



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 2 alla Delib.G.R. n. 54/5 del 30.12.2013

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

CENTRO REGIONALE SPERIMENTALE PER ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

CENTRO DI RIABILITAZIONE GLOBALE DIURNO E RESIDENZIALE A CARATTERE MISTO PER L'ASSISTENZA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE ADULTE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

È una struttura sociosanitaria territoriale a carattere diurno rivolta all'assistenza e alla riabilitazione di persone con disturbo dello spettro autistico in età adulta, che fornisce interventi a carattere educativo-riabilitativo e di avvio all'inserimento lavorativo, con l'obiettivo dell'uscita dal circuito riabilitativo sanitario.

Il calendario di apertura della struttura è di 12 mesi/anno, nei giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 16:00 per il ciclo diurno con chiusura sabato e domenica, durante le festività di calendario e per 15 giorni durante il mese di agosto.

La definizione implica che i diversi setting in cui i pazienti si trovano a lavorare, devono intendersi del tutto peculiari e non condivisibili con pazienti affetti da altre patologie psichiatriche, in modo da favorirne una progressiva emersione delle loro specifiche abilità volta a incrementare le loro possibilità d'inserimento nell'ambito lavorativo, con impiego adeguato e compatibile con le abilità socio-comunicative e cognitive dei pazienti.

Il Centro regionale sperimentale per adulti con Disturbo dello Spettro Autistico dovrà essere collocato nell'area del cagliaritano, sia per la maggiore densità di popolazione sia per mantenersi in prossimità del Centro per i disturbi pervasivi dello sviluppo istituito presso l'Azienda ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari.

La struttura può essere anche dotata di un modulo residenziale non superiore ai 20 posti, che preveda l'ospitalità di alcune tipologie di utenti a sostegno delle famiglie con caratteristiche strutturali e impiantistiche previste per la civile abitazione.

REQUISITI GENERALI		SI	NO
1.	La capacità ricettiva del centro è compresa tra i 10 ed i 20 accessi in ciclo diurno.		
2.	I locali e gli spazi della struttura sono correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.		
3.	Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature sono adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati.		

REQUISITI STRUTTURALI CENTRO DIURNO		SI	NO
4.	Sono presenti i seguenti ambienti:		
5.	Area di attesa/accoglienza con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		
6.	Locale adeguato per le attività amministrative di accettazione e di archivio.		
7.	Locali per attività dinamiche individuali e di gruppo (palestra) con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

8.	Aree attrezzate per le attività individuali e di gruppo, in luoghi condivisi (laboratori), con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		
9.	Ambulatori medici per le visite specialistiche e le valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate, con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		
10.	Servizi igienici e spazi/locali spogliatoio per gli operatori, con caratteristiche strutturali, tecnologiche, organizzative e di arredo previste nell'apposita scheda.		
11.	Servizi igienici per gli utenti, attrezzati in relazione alle disabilità trattati, e spazi/locali spogliatoio, con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		
12.	Locale/spazio per il deposito materiale pulito;		
13.	Locale/spazio per il deposito materiale sporco;		
14.	Locali per cucina, dispensa, con caratteristiche strutturali, tecnologiche, di dotazioni e arredo previste nell'apposita scheda, o in alternativa in caso di esternalizzazione sono sufficienti degli appositi spazi per il deposito dei carrelli o lo smistamento dei pasti.		
15.	Locale soggiorno-pranzo adeguato al numero degli utenti, con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		
16.	E' garantita l'accessibilità negli ambienti di vita della struttura;		
17.	Spazio polivalente per attività riabilitative individuali, didattiche e formative, per il tempo libero;		
18.	Locale per attività cognitivo-comportamentali non inferiore a 12 mq, dotato di specchio unidirezionale;		
19.	Locale guardiola/sosta per il personale di almeno 9 mq;		
20.	Bagno assistito, con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda.		

REQUISITI TECNOLOGICI CENTRO DIURNO		SI	NO
21.	La dotazione strumentale è correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate, sono comunque presenti:		
	a. attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate;		
	b. sussidi e attrezzature per la valutazione delle abilità cognitive, del linguaggio e di altre funzioni neuropsicologiche;		
	c. sistemi di valutazione delle caratteristiche comportamentali;		
	d. dispositivi per acquisizione e riproduzione di immagini qualora fosse necessario per la tipologia di utenza per monitorarne l'evoluzione clinica;		
	e. attrezzature per l'allestimento dei laboratori;		
	f. attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte dei medici specialisti e del personale specializzato addetto alla riabilitazione dei pazienti;		
g. attrezzature e presidi necessari alle singole tipologie di attività terapeutica e di rieducazione.			
22.	E' presente carrello per la gestione dell'emergenza clinica con le dotazioni previste nella scheda ambulatori medici.		

REQUISITI IMPIANTISTICI		SI	NO
23.	Gli impianti tecnologici sono realizzati in conformità alle vigenti normative in materia.		
24.	La struttura è dotata di un idoneo impianto di microclima che garantisce i parametri termo-igrometrici previsti dalle norme vigenti sia nel periodo estivo che in quello invernale.		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

REQUISITI ORGANIZZATIVI CENTRO DIURNO		SI	NO
25.	Per le strutture la dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.		
26.	La dotazione minima di personale non medico , prevede le seguenti figure professionali:		
	a. OSS/OTA: 1,5 unità ogni 10 ospiti;		
	b. 5 educatori professionali ovvero laureati in Scienze dell'Educazione o tecnici della riabilitazione psichiatrica: per 19 ore/settimanali ciascuno ogni 10 ospiti;		
	c. Psicologo: presenza programmata per : 10 ore/settimanali ogni 10 ospiti;		
	d. Assistente sociale: presenza programmata per 9 ore/settimanali ogni 10 ospiti;		
	e. Infermiere: presenza programmata per almeno 5 ore/settimanali ogni 10 ospiti;		
f. Adeguato personale di supporto amministrativo.			
27.	La dotazione minima di personale medico , prevede:		
	a. La presenza programmata per 5 ore/settimana di un medico per le responsabilità delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative ogni 20 ospiti;		
	b. Psichiatra con esperienza adeguata per qualità e quantità specifica nella patologia: presenza programmata per almeno 10 ore settimanali ogni 10 ospiti.		
28.	Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare.		

REQUISITI STRUTTURALI MODULO RESIDENZIALE		SI	NO
29.	E' assicurato il collegamento strutturale e funzionale con il livello assistenziale diurno.		
30.	E' assicurato l'accesso dei disabili a tutti gli spazi collettivi ad almeno una stanza e ad un servizio igienico con i relativi percorsi di collegamento.		
31.	E' rispettata la capacità recettiva massima di 3 posti letto in camera.		
32.	In rapporto alla capacità recettiva della struttura, la zona notte prevede la diversificazione delle camere a 1, 2 e 3 letti anche con bagno, rispettivamente con superfici nette minime di 9 mq, 14 e 18 mq.		

REQUISITI ORGANIZZATIVI MODULO RESIDENZIALE		SI	NO
33.	La dotazione minima di personale non medico , prevede le seguenti figure professionali:		
	1,5 OSS/OTA a turno ogni 10 ospiti.		
34.	La presenza programmata per ulteriori 5 ore/settimana di un medico per le responsabilità delle funzioni sanitarie ed igienico-organizzative ogni 10 ospiti.		

REQUISITI ORGANIZZATIVI (procedure)		SI	NO
35.	L'equipe garantisce i necessari approfondimenti valutativi e la personalizzazione dell'intervento riabilitativo. A tal fine per ogni paziente l'equipe redige e aggiorna il progetto e il programma riabilitativo, ne individua il responsabile, anche con il coinvolgimento della persona e/o dei familiari e ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di valutazione.		
36.	Il team interprofessionale, assicura le seguenti funzioni:		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	a. Valutazione;		
	b. Elaborazione e stesura del progetto riabilitativo;		
	c. Elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi;		
	d. Erogazione del trattamento riabilitativo;		
	e. Educazione e training;		
	f. Mantenimento di rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente;		
	g. Partecipazione attiva alle riunioni;		
	h. Pianificazione della dimissione.		
37.	Il centro prevede:		
	a. Momenti di formazione ed educazione nei confronti di utenti e loro familiari e, quando necessario, degli operatori dei servizi sociali, e della formazione professionale;		
	b. Procedure relative alla tutela dei diritti dei pazienti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa;		
	c. Procedure che facilitino il contatto del paziente con i propri familiari;		
38.	d. Procedure di attivazione dei servizi sociali.		
	Le prestazioni sono erogate:		
	a. Individualmente		
	b. a piccoli gruppi di pazienti (massimo 5)		
39.	c. in sede murale		
	d. in sede extramurale		
40.	L'orario di apertura del servizio è di almeno 36 ore settimanali articolabili in almeno 5 giorni settimanali in relazione ai bisogni socio-assistenziali dell'utenza. È inclusa la somministrazione giornaliera del pasto.		
41.	È garantita la continuità del servizio in tutti i mesi dell'anno.		
41.	Lo staff sanitario della struttura cura la compilazione e detiene, per ciascun assistito, la cartella clinica, dalla quale risultano:		
	a. Le generalità dell'assistito;		
	b. La diagnosi (clinica, funzionale e di funzionamento e prognosi riabilitativa)		
	c. L'anamnesi personale e familiare;		
	d. L'esame obiettivo;		
	e. Gli eventuali esami strumentali e di laboratorio;		
	f. I progressi e gli obiettivi raggiunti;		
g. Il progetto-programma con i periodici aggiornamenti.			
42.	Vengono sistematicamente utilizzate scale di valutazione che permettono un confronto nazionale ed internazionale.		
REQUISITO		SI	NO
43.	Sono rilevati e analizzati, almeno su base annua, i seguenti indicatori:		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	a. Numero assoluto e percentuale di trasferimenti verso altre strutture di riabilitazione sociale, verso attività lavorative o socio assistenziali (appropriatezza);		
	b. Numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficacia);		
	c. Numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso l'attività lavorativa (efficienza);		
	d. Incremento sulle scale di valutazione tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati.		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole *delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo* in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.

In fede (firma del dichiarante)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

NOTE

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____