

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
Azienda U.S.L. n° 7
Carbonia

Deliberazione n° 2000

Adottata dal Direttore Generale in data 16 SET. 2003

Oggetto: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI AFFERENTI ALLA
- AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLA RIABILITAZIONE -

- Premesso** che l'organizzazione aziendale del settore riabilitativo si presenta frammentario e non conforme alla domanda di prestazioni in qualità e quantità adeguate, né da quanto previsto dal Provvedimento del 7 maggio 1998 della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni: *"Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione"*;
- Constatato** che già il D.M. 13/8/1988 "Donat Cattin", tuttora in vigore, contiene le linee organizzative definite nel provvedimento del 1998 sopra definito;
- Visto** il Piano Sanitario 1998-2000 che detta gli obiettivi generali della riorganizzazione delle attività riabilitative ed il D.P.R. 23 maggio 2003 *"Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005"* che tra gli obiettivi generali di promozione della salute, al comma 3.4. Sviluppare la riabilitazione recita *"Quale che sia la natura dell'evento lesivo che causa la necessità di interventi di riabilitazione, gli obiettivi da perseguire sono la garanzia dell'unitarietà dell'intervento mediante un approccio multidisciplinare e la predisposizione ed attuazione di un progetto riabilitativo personalizzato, al fine di consentire al paziente il livello massimo di autonomia fisica, psichica e sensoriale...."*;
- Preso Atto** della Deliberazione della Giunta Regionale sui Livelli Essenziali di Assistenza che ha dato esecutività al disposto normativo D.P.C.M. 29/11/2001;
- Visto** il D.Lgs. n° 502/92 e relative modificazioni ed integrazioni;
- Ritenuto** che in relazione alle esigenze dei bisogni riabilitativi dell'utenza afferente al territorio aziendale in termini di efficienza, efficacia, qualità ed economicità sia necessaria la riorganizzazione dell'attività della riabilitazione finalizzata a garantire l'integrazione tra interventi, attraverso l'attivazione di circuiti riabilitativi mirati alla continuità ed all'efficacia assistenziale, stabilendo collegamenti organici tra prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere e tra assistenza sanitaria e sociale;
- Dato atto** che la proposta organizzativa dell'Area Funzionale Riabilitativa, come da relazione allegata che fa parte integrante del presente Atto, risponda ai seguenti obiettivi:
- Garantire la continuità assistenziale, assicurando l'organica collocazione della riabilitazione nel circuito "prevenzione, cura e riabilitazione";
 - Assicurare l'efficacia delle prestazioni rese;
 - Articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni;

- La precisazione e la qualificazione delle funzioni dei diversi soggetti erogatori (pubblici e privati);
- Il riassetto complessivo del settore per quanto attiene alle funzioni riabilitative di tipo intensivo (in ambiente ospedaliero ed extra-ospedaliero), alle funzioni riabilitative intermedie di tipo estensivo e alla gestione della lungodegenza post-acuzie.

Preso Atto della proposta organizzativa, del Responsabile dell'U.O. di II° livello Dr. Lelio Usai e del Direttore Sanitario, che fanno parte integrante del presente Atto deliberativo;

Ritenuto che per una migliore fruizione delle prestazioni riabilitative da parte dell'utenza, la funzione amministrativa collegata all'attività riabilitativa non possa considerarsi disgiunta da quella sanitaria;

IL DIRETTORE GENERALE

Sentiti il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

D E L I B E R A

Per i motivi esposti in premessa:

- Di definire l'Area Funzionale Omogenea della Riabilitazione e Rieducazione Funzionale così articolata:

U.O. di II° Livello riabilitativo Struttura Complessa di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale;

Struttura di I° Livello riabilitativo Struttura Semplice di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale;

- Di ritenere parte integrante del presente Atto la relazione del Responsabile dell'U.O. di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, Dr Lelio Usai;
- Di allegare alla presente, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, la relazione della Direzione Sanitaria aziendale;
- Di ritenere l'attività amministrativa, svolta dai diversi uffici, afferente funzionalmente all'Area Omogenea di Riabilitazione;
- Di rinviare ad ulteriore Atto deliberativo gli incarichi dirigenziali conseguenti alla presente riorganizzazione aziendale.

DIRAMM

DIRSAN



IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Emilio Simeone

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione
n. 2000 del 16 SET, 2003

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 17 SET, 2003 al 1 OTT, 2003

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

(Dr.ssa Margherita Cannas)



Allegati n.

Collegio Sindaci

Bilancio

D.S.

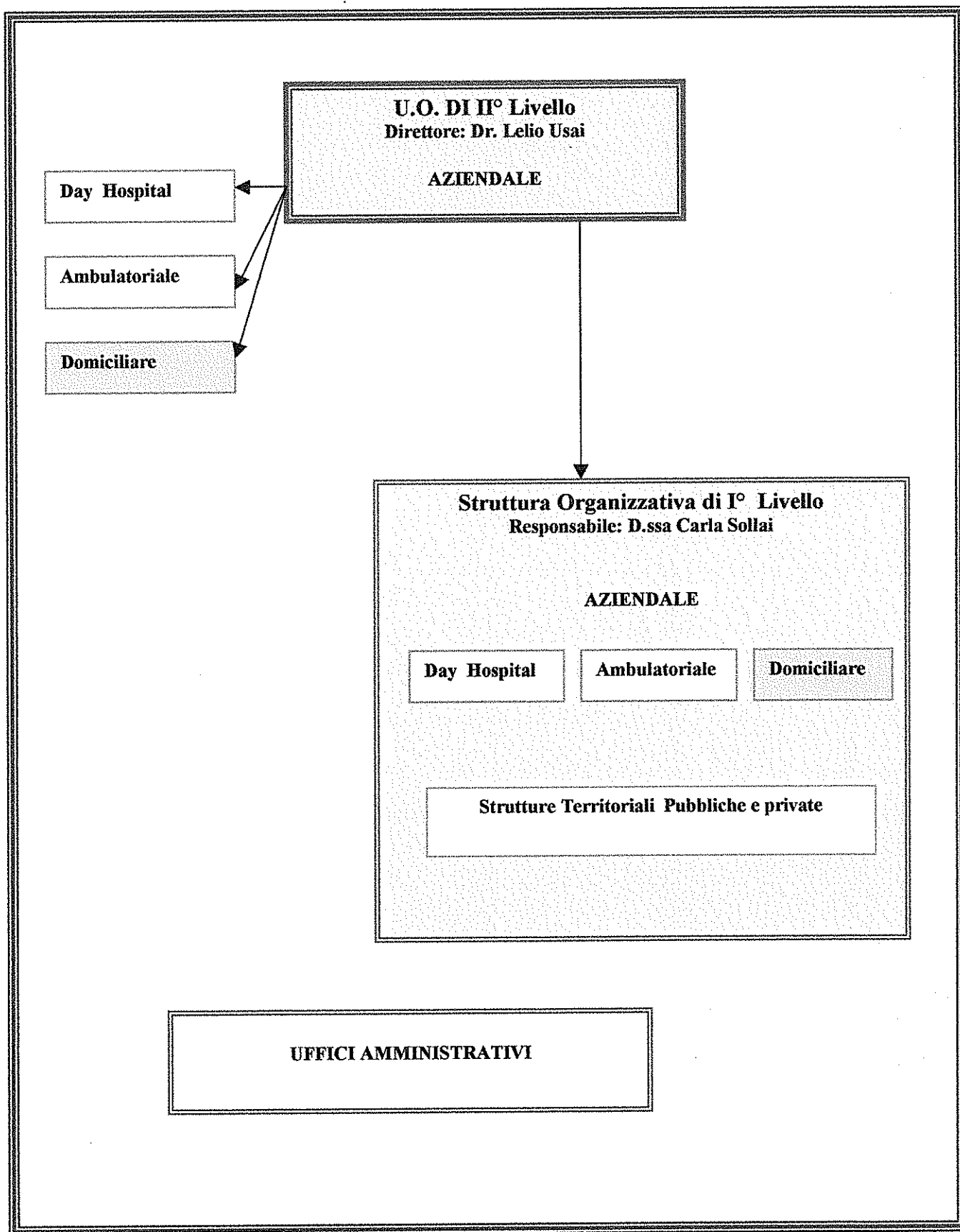
Direzione Sanitaria

**PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE
DELLE ATTIVITA' RIABILITATIVE
FISICHE, PSICHICHE, COGNITIVE,**

IPOTESI DI DIPARTIMENTALIZZAZIONE

Direttore Generale *Dr. Emilio Simeone*
Direttore Amm.vo *Dr. Giovanni A. Fadda*
Direttore Sanitario *Dr. Rita Cantone*

IPOTESI DI DIPARTIMENTO ORGANIGRAMMA



PARTE PRIMA

**ISTITUZIONE DELL'AREA FUNZIONALE OMOGENEA DI RIABILITAZIONE
DELL'ADULTO E DELL'ANZIANO
E RELATIVE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE
OSPEDALIERE E TERRITORIALI**

ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE

Il presidio ospedaliero CTO, sorto come centro ortopedico – traumatologico in un ambito storico lavorativo minerario, ha sviluppato una notevole attività riabilitativa ambulatoriale e post – acuta dedicata soprattutto alla riabilitazione post – traumatica.

Lo sviluppo clinico della specialità riabilitativa e la regolamentazione normativa della materia hanno reso limitativa e non competitiva l'attività riabilitativa svolta presso la struttura;

pertanto, in conformità con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia, nell'anno 2000 la nostra Azienda ha istituito, presso la struttura ospedaliera CTO, l'Unità Operativa di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale attivando 13 posti letto di ricovero ordinario post – acuto e 2 posti letto di Day Hospital con relativi spazi tecnici operativi. Tale Unità Operativa è stata attivata con figure professionali già presenti nella dotazione organica dell'Azienda ma parte di queste hanno mantenuto il carico di lavoro già svolto in precedenza, come i Medici Fisiatri e i Terapisti della riabilitazione; ciò ha quindi creato dei notevoli disagi lavorativi e diminuzione delle prestazioni erogate in ambito ambulatoriale al fine di garantire prioritariamente l'assistenza al paziente ricoverato.

Attualmente la struttura, pur erogando un servizio essenziale alla domanda dell'utente, è assolutamente insufficiente sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, non potendo attivare il completo percorso riabilitativo previsto dalla buona pratica clinica e dalla normativa vigente. E' sicuramente migliorabile, in tempi brevi, adeguando l'organico medico e di comparto ma il livello ottimale e accreditabile può essere attuabile solo con la definitiva ristrutturazione dei locali del presidio ospedaliero Santa Barbara.

CAMPO DI ATTIVITA'

La medicina riabilitativa è quella parte della metodologia clinica che studia le alterazioni del comportamento motorio indotte da uno stato di malattia e pone in opera quegli accorgimenti necessari per recuperare l'individuo al miglior stato di funzionalità motoria possibile.

I principali stati di malattia che inducono alterazioni del comportamento motorio possono essere classificati in tre sottogruppi:

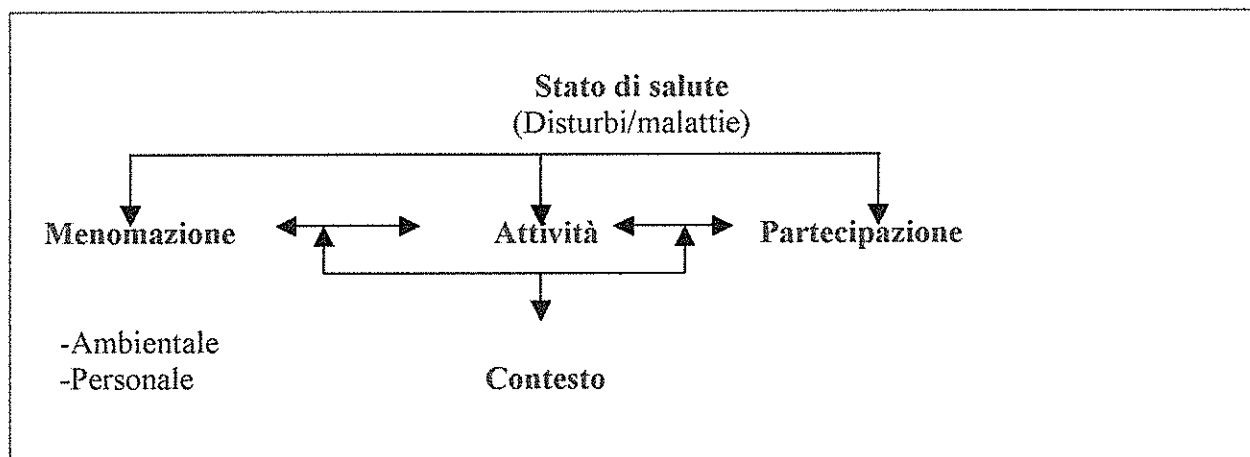
1. malattie che interessano specificatamente (traumi o malattie d'organo) il complesso osteomioarticolare e/o il complesso neuromuscolare: sono quelle che influiscono direttamente sulla possibilità del soggetto di avere un rapporto motorio normale con l'ambiente che lo circonda.
2. malattie d'organo o di sistema che siano in grado di interferire con i meccanismi di controllo metabolico, in particolar modo con quelli coinvolti nel trasporto di ossigeno (ad es. malattie polmonari, ematologiche o vascolari), nella produzione di ormoni attivi sul metabolismo

energetico (ad es. diabete) o nei processi di eliminazione di sostanze tossiche (ad es. epatopatie e nefropatie).

- malattie in grado di alterare i processi di apprendimento o di gestione del significato o motivazionali dell'individuo, in grado di agire cioè sulla sfera cognitiva.

Il Medico Fisiatra coordina tutti gli interventi terapeutici che si rendono necessari immediatamente dopo l'insorgenza di una menomazione acuta, collaborando con i Colleghi che hanno in carico il Paziente, agli accertamenti strumentali e di laboratorio di controllo ed i conseguenti adeguamenti della terapia farmacologia, adattando l'impegno richiesto dalle tecniche speciali di riabilitazione (riabilitazione neuromotoria, cognitiva, cardiologia e respiratoria) alle condizioni morbose del paziente e disponendo il nursing riabilitativo.

Gli sviluppi successivi della disciplina hanno evidenziato la necessità di considerare il singolo intervento riabilitativo come parte integrante di un percorso che vede nel livello di attività di un individuo il nucleo centrale di una serie di interrelazioni che lo legano all'ambiente in cui vive ed opera.



Modello delle interazioni tra le dimensioni dell'ICIDH-2

L'OMS struttura questi aspetti mediante la produzione di un sistema classificativo, soggetto a periodiche revisioni, che si affianca a quello in uso per le malattie acute (International Classification of Diseases = ICD) e che prende il nome provvisorio di ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Diseases and Handicap).

AREA FUNZIONALE OMOGENEA DI RIABILITAZIONE SOGGETTO ADULTO

La peculiarità del settore riabilitativo è stata formalizzata dal legislatore, con il D.M. del 13/9/88 "Donat Cattin" tutt'ora in vigore, attraverso l'identificazione di un'Area Funzionale Omogenea (AFO) della Riabilitazione. In quest'area si raggruppano **tre Unità Operative** che si differenziano

per la tipologia dei pazienti accolti e soprattutto per l'intensità dell'attività riabilitativa specialistica da erogare.

In base alla normativa vigente l'Area Funzionale Ospedaliera Riabilitativa della nostra Azienda comprenderà, a regime, le strutture funzionali:

1. Recupero e Rieducazione Funzionale (Medicina Riabilitativa) **Cod. 56** Servizio di Medicina Riabilitazione di I° Livello
2. Gravi Lesioni Motorie – Traumatiche – Neurologiche U.O. di Medicina Riabilitazione di II° Livello
3. Lungodegenza Riabilitativa **Cod. 60**

Rieducazione Funzionale: l'attività di questa struttura si esplicita nell'assistere individui adulti nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili che necessitano di interventi valutativi e terapeutici intensivi (erogabili con una dotazione di personale pari a 5 Terapisti della Riabilitazione per 22 posti letto, equivalenti a non meno di 2 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero) non erogabili in forma extra - ospedaliera. Tali attività di riabilitazione intensiva si esplicano di norma entro 60 giorni dal ricovero. Questo limite non si applica ai primi ricoveri riabilitativi di mielolesi, di gravi traumatizzati cranio-encefalici, di comi post-anossici e di gravi cerebropatie qualora queste non trovino collocazione negli appositi centri di III livello (cod. 75 o cod. 28-Unità Spinali);

Lesioni Motorie (Traumatiche e/o Neurologiche) questa tipologia di struttura è indirizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave lesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura), con il coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse e che necessitano di interventi valutativi o terapeutici (erogabili con una dotazione di personale pari a 5 Terapisti della Riabilitazione per 22 posti letto, equivalenti a non meno di 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero) non erogabili in regime ambulatoriale. Questa struttura deve essere in grado di fornire un trattamento riabilitativo specifico e una notevole integrazione con altre specialità necessarie per la cura dei pazienti (soprattutto rianimazione, cardiologia e neurologia*) ed ha per obiettivo la dimissione del paziente in reparti di I livello, in trattamento tipo Day Hospital o A.D.I. o verso strutture protette;

Lungodegenza Riabilitativa: questa struttura ha il compito di offrire assistenza sanitaria e riabilitativa non intensiva a soggetti, in genere anziani, provenienti dalle differenti discipline specialistiche presenti nell'ospedale per acuti ed affetti da polipatologie e da problemi clinico – assistenziali non stabilizzati che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico non erogabile in forme alternative ospedaliere; prevede una dotazione di personale almeno pari a 3-4 Terapisti della Riabilitazione per 22 posti letto, equivalenti a non meno di 1 ora di trattamento riabilitativo specifico giornaliero. Tali attività si devono esplicare di norma entro 60 giorni dal ricovero.

Le linee guida ministeriali del 30 maggio 1998 in corso di approvazione da parte della Regione modificano in parte ed integrano il disposto della Legge "Donat Cattin" che vengono riassuntivamente e schematicamente riportate:

III livello riabilitativo (alta specialità riabilitativa) (Unità Spinale) – non attuabile in sede

• Cod. 75 – Gravi neurolesioni acquisite

- Riabilitazione intensiva, massimo 180 gg di degenza, 4 ore di Terapista al giorno/paziente;
- Accesso diretto;

II livello riabilitativo (ricovero ospedaliero ordinario o a ciclo diurno)

• Cod. 56 – Medicina riabilitativa (recupero e rieducazione funzionale)

- Riabilitazione intensiva, massimo 120 gg di degenza, 3 ore di Terapista al giorno/paziente;
- Riabilitazione estensiva
- Accesso diretto;

Cod. 60 – Lungodegenza riabilitativa

- Riabilitazione estensiva, massimo 240 gg di degenza, 2 ore di Terapista al giorno/paziente;
- Accesso diretto;

I livello riabilitativo (attività specialistica ambulatoriale)

Attività ambulatoriali di riabilitazione estensiva

- Ex art. 25 (servizi ospedalieri);
- Accesso diretto (impegnativa del Curante);
- Durata a seconda della prestazione – prestazioni in nomenclatore tariffario; (DM 96)
- Ex art. 26 (IDR);
- Durata 1 ora – prestazione omnicomprensiva;

Istituto di Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 geriatrico o per handicap

- Riabilitazione estensiva, secondo i protocolli emanati dalla Struttura pubblica;

FASI ED OBIETTIVI

Nel percorso riabilitativo si distinguono, tipicamente, quattro fasi successive ed interconnesse; va tuttavia evidenziato che il cosiddetto percorso riabilitativo può cominciare da una qualsiasi di esse a seconda delle esigenze del singolo paziente.

Fase 1 – intraospedaliera: si rivolge a pazienti ricoverati in reparti per acuti (Rianimazioni, Ortopedie, Neurologie, Medicine, Chirurgie, Pneumologie, Neonatologie e Pediatrie ecc.) ai fini preventivi ed in preparazione alla dimissione od all'intervento.

Fase 2 – intraospedaliera: si rivolge ai pazienti post-acuti affetti da disabilità importanti (esiti di comi, ictus, importanti interventi chirurgici, ecc.) che determinano la non autosufficienza temporanea e che necessitano di interventi terapeutici intensivi e valutativi specialistici atti a contenere e ridurre l'entità della menomazione quando la disabilità è più facilmente modificabile.

Fase 3 – ospedalizzazione diurna o ambulatoriale: si rivolge al completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione quando non siano richiesti interventi intensivi in regime di ricovero a ciclo continuo.

Fase 4 – ambulatoriale o domiciliare: si prefigge il mantenimento e/o la prevenzione del degrado del recupero motorio o funzionale e generalmente si integra con il recupero sociale.

Le attività sanitarie della Struttura Complessa di Riabilitazione della nostra Azienda

- Si rivolgono: alla **menomazione** per contenere o minimizzare la disabilità, ed alla **disabilità** per migliorare la performance ADL o IADL;
 - Sono caratterizzate: dall'esplicitazione di un **obiettivo** riabilitativo, espresso in termini di ADL ed IADL, e da un tempo in cui raggiungerlo;
 - Comprendono: interventi valutativi, interventi diagnostici, interventi terapeutici, procedure operative;
 - Operano attraverso: il **progetto riabilitativo** individuale e di struttura ed i **programmi riabilitativi** che lo compongono;
1. **il progetto riabilitativo individuale** è responsabilità del medico specialista (è un atto medico specialistico) – definisce le abilità residue e recuperabili in rapporto alla menomazione ed alla disabilità del paziente – definisce gli esiti desiderati – definisce gli obiettivi a breve, medio e lungo termine – i tempi previsti – le azioni e le condizioni necessarie;
 2. **il progetto riabilitativo di struttura** prevede la disponibilità ed organizzazione degli spazi – organizzazione degli interventi dei vari componenti dell'équipe riabilitativa – stesura ed applicazione delle procedure operative standard in rapporto con le altre strutture complesse e/o semplici dell'Azienda;
 3. **il programma riabilitativo** prevede – le modalità della presa in carico – gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico – gli obiettivi immediati (a pochi giorni) – gli obiettivi a breve termine (poche settimane) – modalità e tempi di erogazione – le misure di esito degli interventi – il ruolo dei singoli operatori – esso costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo;
 4. **le fasi dell'intervento riabilitativo** interessano diverse Strutture dell'Azienda: la prevenzione del danno secondario e di riabilitazione intensiva e di completamento del processo di recupero vengono garantite dalla struttura di ricovero ospedaliero in regime di ricovero a ciclo continuo o di ricovero in Day Hospital; parte della fase di completamento del processo di recupero e del progetto riabilitativo di mantenimento o prevenzione della progressione della disabilità viene effettuato in regime ambulatoriale dal Servizio di FKT.

REQUISITI SPECIFICI DELL' AFO A REGIME

La struttura dell'Area Funzionale Ospedaliera Omogenea di Riabilitazione verrà allocata nella struttura ospedaliera Santa Barbara di Iglesias, dove verranno costituite le tre strutture dedicate su riportate, ciascuna costituita da 20 posti letto di degenza a ciclo continuativo e 2 posti letto in regime di ricovero a ciclo diurno.

Ogni struttura viene distribuita per piano per un complessivo di tre piani (1° - 2° - 3°), mentre il 4° e il 5° piano sono dedicati al ricovero ordinario per acuti dell'U.O. Medicina generale e cardiologia.

Tale distribuzione degli spazi permette una razionale continuità assistenziale tra la patologia in fase acuta del paziente e la fase post – acuta, garantendo la **multi-disciplinarietà** dell'assistenza medica generale e specialistica;

infatti, nel 4° piano sarà presente la struttura semplice di Patologia Cardiovascolare con 10 posti letto di cui 2 monitorizzati e la struttura semplice dedicata allo Scompenso Cardiaco con 10 posti letto di cui 2 monitorizzato;

al 5° piano la degenza specialistica Internistica, Neurologica, Endocrinologica e di Area Critica;

al 6° piano la struttura dedicata al D.H. Oncologico, attività ambulatoriali di Medicina Interna ed angiologia, di Gastroenterologia ed Epatologia.

Gli spazi, che attualmente sono impegnati dal blocco operatorio (al 1° piano) e dal blocco parto (al 2° piano) saranno dedicati ai locali operativi per la Rieducazione Funzionale multi-disciplinare compreso il **Day Hospital centralizzato**. Restano ancora da verificare e destinare i restanti locali siti al piano attico e quelli del settimo piano che si renderanno liberi dalle attività ambulatoriali dei Reparti che saranno allocati nella struttura ospedaliera CTO.

L'Area Funzionale Ospedaliera Omogenea di Riabilitazione assicura al paziente adulto della nostra Azienda tutte le tipologie di ricovero, le specialistiche ad esso collegato, la garanzia dell'intensità della prestazione riabilitativa.

L'assistenza al degente, in regime di ricovero post – acuto e lungodegente, di competenza specialistica è assicurata dalle UU.OO. competenti in base alla classificazione MDC mentre il processo specifico riabilitativo è sotto la responsabilità del Direttore dell'Area Riabilitativa che con il relativo personale assegnato, Fisiatri, Terapisti della Riabilitazione e Infermieri Professionali, formulano, attuano e verificano il piano terapeutico di riabilitazione e rieducazione funzionale.

La struttura è localizzata in zona urbanizzata, integrata con il preesistente contesto e ben collegata, tramite mezzi pubblici, con il centro urbano e i paesi limitrofi;

E' articolata in moduli operativi ciascuna composta da 22 posti letto;

AREE DI COMPETENZA

Il “Dipartimento” di Riabilitazione e Rieducazione funzionale ha competenza sui Soggetti adulti ed anziani affetti da disabilità motoria e/o cognitiva bisognosi di intervento medico riabilitativo, erogato da:

- UU.OO. ospedaliere di ricovero per acuti;
- Presidio di riabilitazione motoria e/o cognitiva del paziente adulto o anziano in ricovero post-acuto (ex art. 26) in struttura pubblica e in struttura privata accreditata e convenzionata;
- Presidio di riabilitazione motoria e/o cognitiva del paziente adulto o anziano in regime di Day Hospital e/o Centro Diurno (ex art. 26) in struttura pubblica e in struttura privata accreditata e convenzionata;
- Presidio di riabilitazione motoria e/o cognitiva del paziente adulto o anziano in regime ambulatoriale e in Assistenza Domiciliare Integrata (ex art. 26) in struttura pubblica e in struttura privata accreditata e convenzionata;

AREE DI RESPONSABILITA'

Responsabile del processo riabilitativo motorio e/o cognitivo globale del soggetto adulto ed anziano, in strutture pubbliche e private accreditate, della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero a ciclo continuativo, a ciclo diurno, ambulatoriale e di Assistenza Domiciliare Integrata e in Residenza Sanitaria Assistita.

Dr. Lelio Usai

Responsabile dell'articolazione organizzativa dell'Area Omogenea Riabilitativa per l'organizzazione delle attività riabilitative di I° Livello, svolte nei Servizi Territoriali a livello distrettualizzato per il completamento del processo di recupero e per il mantenimento della stabilizzazione:

D.ssa Carla Sollai

Si Allega schema di Macro-Struttura come ipotesi dipartimentale

STRUTTURE OPERATIVE E RELATIVE FUNZIONI

1. UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA RIABILITATIVA

E' una unità clinica, didattica nei confronti di soggetti affetti da disabilità motoria, neuropsicologica, pneumologica, oncologica, cardiologia etc.

Svolge le funzioni di II Livello e possono essere contemplate nel suo interno sezioni qualificate nel trattamento di specifiche patologie.

Le funzioni più importanti sono:

- Fornire assistenza riabilitativa al malato colpito da disabilità, predisponendo un **progetto riabilitativo**;
- Attuare funzioni di coordinamento tecnico – funzionale dei vari servizi e presidi quali ad esempio i servizi ambulatoriali divisionali e di Distretto, laboratori per la fornitura di protesi, ortesi ed ausili etc.;
- Fornire assistenza riabilitativa tramite modalità di Day Hospital, ambulatoriale e domiciliare;
- Garantire consulenza medico riabilitativa nelle strutture protette per persone non auto – sufficienti o parzialmente auto – sufficienti;
- Effettuazione dei controlli presso le strutture private convenzionate dopo l'adeguamento delle stesse agli standard nazionali e regionali;

Per la ASL n° 7 possono essere previsti complessivi 60 posti letto più 6 posti in regime di Day Hospital.

In ogni U.O. di riabilitazione deve essere previsto

- un Day Hospital,
- un servizio rivolto ai ricoverati nei reparti per acuti,
- un servizio rivolto al territorio con l'attivazione di "palestra" ed ambulatori periferici.

L'U.O. è diretta da un Medico Fisiatra che si avvarrà delle consulenze dei vari specialisti dell'Azienda.

Il personale deve comprendere:

- Fisiatri,
- Personale tecnico (Terapisti per lesioni motorie, Terapisti occupazionali, Terapisti per afasici),
- Psicologo (valutazione dei disturbi neuropsicologici e per le valutazioni e trattamento delle problematiche psicologiche relative all'insulto patologico),
- Assistente Sociale (per le problematiche sociali),
- Personale Infermieristico,
- OTA e/o OSA.

2. SERVIZIO DI MEDICINA RIABILITATIVA

E' un'articolazione organizzativa che eroga assistenza sanitaria di I Livello nei confronti dei soggetti disabili.

Le funzioni del Servizio di Riabilitazione sono rappresentati da:

- Assistenza riabilitativa di I Livello con relativi **progetto** riabilitativo e valutazione;
- Assistenza riabilitativa a pazienti ricoverati nelle UU.OO. per acuti di cui utilizza letti tecnici di appoggio;
- Assistenza riabilitativa sul territorio;
- Fornire assistenza riabilitativa nelle modalità di Day Hospital, ambulatoriale e domiciliare.

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N°7 CARBONIA

STRUTTURA COMPLESSA
RIABILITAZIONE E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
Direttore: Dr. Lelio Usai

ORGANIZZAZIONE DI UNA RETE DI SERVIZI E PRESIDII DI ASSISTENZA
RIABILITATIVA RIVOLTA AI DISABILI

STATO DELL'ARTE

La situazione attuale dei presidi di Medicina Riabilitativa, sia all'interno della nostra Azienda che sul territorio regionale, è carente sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Il numero di posti letto è assolutamente insufficiente a dare una risposta alle necessità, sempre più elevate, di intervento verso le tipologie di pazienti che necessitano di degenza medio - lunga come per esempio gli infarti cerebrali e midollari, i gravi traumi cranici, etc.

Se a questo si associa una non omogenea distribuzione dei servizi nell'ambito territoriale, la mancanza di omogenei protocolli di intervento nelle patologie più comuni, la mancanza di idonee strutture sociali e di una adeguata integrazione con le stesse, si può intuire quanto la situazione sia, attualmente, grave onde ottenere assistenza.

OBIETTIVI GENERALI DI INTERVENTO

Per garantire una adeguata assistenza sanitaria ai soggetti colpiti da patologie con esiti invalidanti, motori e/o neuro-psicologici, è indispensabile un ampliamento delle strutture demenziali di Medicina Riabilitativa in grado di fornire terapie specifiche e specialistiche nelle varie branche.

L'accesso a queste strutture deve avvenire per trasferimento dalle Unità Operative per acuti (generiche o specialistiche) quando la necessità di "rieducazione funzionale" diventa predominante nell'iter terapeutico.

FASI DI INTERVENTO

Per poter realizzare un valido programma di una rete di strutture e servizi di Medicina Riabilitativa debbono essere superate le rigide divisioni fra ospedale e territorio e tra l'intervento sanitario e quello sociale.

L'intervento di Medicina Riabilitativa **inizia** nella fase acuta (ricovero nelle Unità Operative per acuti, Rianimazione, Terapia Intensiva) **continua** nella fase di recupero, nella fase di stabilizzazione degli esiti più o meno invalidanti, **prosegue** nella fase di reintegro della persona nel proprio ambiente familiare e lavorativo.

La riabilitazione, e quindi il riabilitatore, non deve limitare la sua opera ad uno solo dei momenti sopra definiti, non debbono esistere "salti" o interruzioni illogiche.

L'intervento deve essere:

- Precoce
- Adeguato
- Continuativo

Per ottenere un recupero che sia il maggiore possibile e mantenuto nel tempo.

L'obiettivo è modificare l'intervento riabilitativo intra ed extra ospedaliero in modo da far nascere e crescere i servizi di Medicina Riabilitativa con i relativi Day Hospital, le attività ambulatoriali e domiciliari.

3. DAY HOSPITAL

Le disabilità che possono essere trattate in regime di ricovero diurno sono previste da apposito Decreto ministeriale.

I compiti e funzioni sono:

- Valutazione e terapia dei pazienti che necessitano di interventi riabilitativi senza sorveglianza continua e per i quali è utile l'apporto dell'ambiente socio – familiare;
- Controlli ed interventi medico – riabilitativi periodici (in alternativa ai ricoveri ospedalieri);
- Filtro di ricoveri ospedalieri in pazienti che necessitano di periodici interventi riabilitativi intensivi per la prevenzione dell'aggravamento delle funzioni motorie (come per esempio nelle malattie croniche evolutive);
- Facilitare una miglior fornitura di protesi, ortesi, ed ausili, mediante prove e periodi di addestramento.

E' indispensabile che le strutture riabilitative di I e II Livello di Medicina Riabilitativa disponga di un D.H. fisiatrico (nell'Azienda n° 7 è centralizzato all'interno dell'U.O. di II Livello).

Si accede al D.H. di Medicina Riabilitativa su proposta del Medico di famiglia e dalle UU.OO. di degenza per acuti.

Trattandosi di pazienti affetti da disabilità secondaria/e a diverse situazioni patologiche è indispensabile l'apporto dei vari specialisti quali il Neurologo, l'Ortopedico, il Geriatra, l'Urologo, il Pneumologo, il Cardiologo etc., e dovranno essere garantite le prestazioni psicologiche.

A completamento e ad integrazione del processo riabilitativo è indispensabile l'intervento degli operatori dei vari Servizi Sociali.

Le considerazioni che si possono trarre da quanto descritto sono le seguenti:

- L'intervento riabilitativo deve essere utilizzato sia nella prevenzione primaria che secondaria (ovvero non deve essere utilizzato solo nella fase finale dell'evento morboso);
- Da quanto precisato al punto precedente risulta evidente che l'obiettivo principale è un intervento precoce ed intensivo nella primissima fase dell'evento morboso a rischio di handicap. L'intervento precoce evita la sovrapposizione di handicap secondari e terziari che talora sono più gravi dell'handicap stesso e talora più difficili da recuperare. Esiste una proporzione diretta fra l'intensità, la tempestività, la precocità del trattamento riabilitativo e l'entità del recupero funzionale;
- Le considerazioni su esposte suggeriscono di utilizzare risorse operative sulla prima fase della malattia a rischio di handicap. Questo approccio riabilitativo intensivo e precoce diminuisce l'entità dell'handicap e quindi riduce la richiesta di riabilitazione nelle fasi successive.
- Se esaminiamo delle patologie più frequenti come la reumatologica degenerativa nella quale possono verificarsi dimorfismi scheletrici, esiti di traumi, disassamenti delle articolazioni da carico, problemi dismetabolici etc., l'intervento di prevenzione è notevolmente efficace soprattutto se accompagnato da una adeguata educazione sanitaria.
- In queste patologie reumatologiche l'intervento di Medicina Riabilitativa ha come provvedimento più importante e mirato l'esercizio terapeutico (chinesiterapia). I provvedimenti terapeutici come le terapie strumentali possono essere utilizzate solo come supporto all'esercizio terapeutico. Infatti, la terapia strumentale ha un significato essenzialmente sintomatico mentre l'esercizio terapeutico, indirizzato al sintomo e alla etiopatogenesi dell'evento morboso, ha un significato di provvedimento riabilitativo.

DOTAZIONE ORGANICA

La dotazione organica viene calcolata in funzione di n° 60 posti letto in regime di ricovero a ciclo continuo (post – acuto), n° 6 posti letto in regime di ciclo diurno (Day Hospital), delle attività di ambulatoriali ospedaliere e territoriali, delle attività domiciliari e di verifica e controllo delle attività rese dalle Strutture private accreditate e convenzionate.

QUALIFICA	SPECIALIZZAZIONE	N°	COSTO PRESUNTO
Dirigente medico ex II° livello	Medicina Riabilitativa	1	€ 80.000
Dirigente medico ex I° livello resp. S.S.	Medicina Riabilitativa	1	€ 69.000
Dirigente medico ex I° livello	Medicina Riabilitativa	8	€ 500.000 circa
Dirigente medico ex I° livello	Reumatologo	1	€ 56.000
Dirigente medico ex I° livello	Urologo	1	€ 56.000
Dirigente psicologo		1	€ 35.000
Terapisti della riabilitazione		24	€ 648.000
Capo Sala		1	€ 29.000
Infermieri Professionali		27	€ 729.000
Assistente Sociale		1	€ 27.000
OTA e/o OSA		21	€ 462.000
TOTALE		87	€ 2.691.000

Ai costi fissi del personale devono aggiungersi i variabili determinati dai rimborsi Kilometrici determinati dall'attività territoriale ambulatoriale, domiciliare e di verifica delle strutture private ed accreditate.

A fronte, considerata l'alta domanda di utenza interna ed esterna alla nostra Azienda, determinando una tariffa giornaliera media tra l'intensivo, semi – intensivo ed estensivo di 200 € per 66 posti letto di degenza per 365 giorni/anno, l'attività dovrebbe produrre **4.818.000 €/anno**.

Alla precedente cifra vanno aggiunti tutti gli introiti delle prestazioni erogate a livello territoriale ed il valore aggiunto, attualmente non calcolabile, determinato dall'attività di prevenzione degli esiti gravi di disabilità che oltre un risparmio della spesa sanitaria generano benessere psico – sociale.

Segue Allegato 1

IL RESPONSABILE U.O. DI II° livello
Riabilitazione, Rieducazione Funzionale

Dr. Lelio Usai



Documento composto di

000.05. 9 n° pagina

ala2 oqa

Il Responsabile del Servizio

ALLEGATO N. 101/101 NAZIONALE

2000

16 SET. 2003

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

