

Allegato A)

ASL 7 CARBONIA

UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA RIABILITATIVA

DIRETTORE: DR. SSA MIRIANA FRESU

*REALTÀ OPERATIVA ATTUALE E OBIETTIVI
A REGIME DEL PROGETTO ORGANIZZATIVO*

REALTÀ OPERATIVA ATTUALE

La frammentarietà presente, quale espressione dell'implementazione progressiva nel tempo, ha privato l'unità operativa della necessaria integrazione. Al momento attuale persistono distorsioni organizzative che impediscono di governare l'intero processo riabilitativo del paziente. La differenziazione di presidi, funzioni e coordinazione rappresenta un fattore critico che appesantisce il corretto utilizzo delle risorse e conseguentemente l'efficacia dell'intervento.

OBIETTIVO A REGIME DEL PROGETTO ORGANIZZATIVO

Un progetto organizzativo in riabilitazione deve tenere conto della specificità peculiare di una disciplina impostata non per organo ed apparato, bensì mediata dalla capacità valutativa del recupero delle funzioni sociali, motorie, famigliari e lavorative del soggetto.

Tale target può essere solo raggiunto se è possibile governare l'intero processo che, nella realtà ospedaliera, prevede almeno di:

- ✓ degenza per acuti,
- ✓ di degenza post-acuzie,
- ✓ riabilitative specifiche.

Infatti un approccio differente o, al limite, contrastante nelle varie fasi del processo, proprio in ragione di una mancanza di omogeneità formativa e organizzativa delle risorse umane, vanificherebbe gran parte dell'intervento.

Risulta quindi doverosa la correzione di alcune anomalie persistenti che vedono risorse di personali tecnico ospedaliero impropriamente impegnate sul territorio.

PROSPETTIVE PROMETTENTI PER UN RINNOVO DELL'APPROCCIO ORGANIZZATIVO

La gestione sopra descritta del progetto organizzativo dovrebbe attivare i seguenti riscontri positivi:

- ✓ migliore e più tempestiva collaborazione dell'Unità Operativa con i reparti per acuti (tempestività della visita specialistica, omogeneità del personale tecnico che interviene nelle varie fasi, tempestività della programmazione dei trasferimenti);
- ✓ ottimizzazione delle diverse fasi del progetto nel dominio del tempo (intervento dovuto nel momento fertile necessario), per esempio evitando i passaggi per i ricoveri impropri nei reparti acuti, minimizzando la durata della degenza negli stessi;
- ✓ omogeneizzazione delle competenze del personale dirigente e tecnico secondo un modello di progressiva osmosi culturale; per il raggiungimento di tale obiettivo essenziale, è necessaria una equilibrata e coerente rotazione del personale con conseguente minore necessità di ricorrere a strutture esterne convenzionate.

AREE DI CRITICITÀ

- ✓ Alcuni vincoli derivanti da processo di implementazione storica delle attività di cui in premessa (personale tecnico del reparto separato da quello operante nel servizio).
- ✓ Necessità di ricostruire un modello culturale incentrato sul paziente e sul processo terapeutico, invece che sulla struttura di erogazione.
- ✓ Riconversione verso una base culturale minima orientata alla riabilitazione che può risultare problematica in presenza di competenze disciplinari difformi.

- ✓ Limite operativo della realizzazione del progetto a regime per evidenti carenze strutturali. Per il pieno espletamento delle funzioni, il Servizio dovrebbe essere dotato di adeguati spazi all'interno del Presidio Ospedaliero S. Barbara, con aree di erogazione della terapia riabilitativa.

INTERVENTI URGENTI NECESSARI PER L'INIZIO DELL'OPERABILITÀ

Atteso che appare necessario considerare in modo unitario la realtà ospedaliera anche se distribuita su più presidi, è necessario ed urgente che il personale tecnico assegnato al presidio di Carbonia (tre unità) venga riconsegnato alla responsabilità del dirigente direttore dell'unità operativa per consentire la necessaria risposta ai bisogni dei pazienti degenti in quel presidio.

Appare inoltre indispensabile la reintegrazione del dirigente dimissionario e, quindi, l'avvio di un equo programma di rotazione dei dirigenti.

Si è in attesa di comunicazione in merito all'apertura della Unità Operativa di Medicina Riabilitativa presso l'Ospedale Sirai.

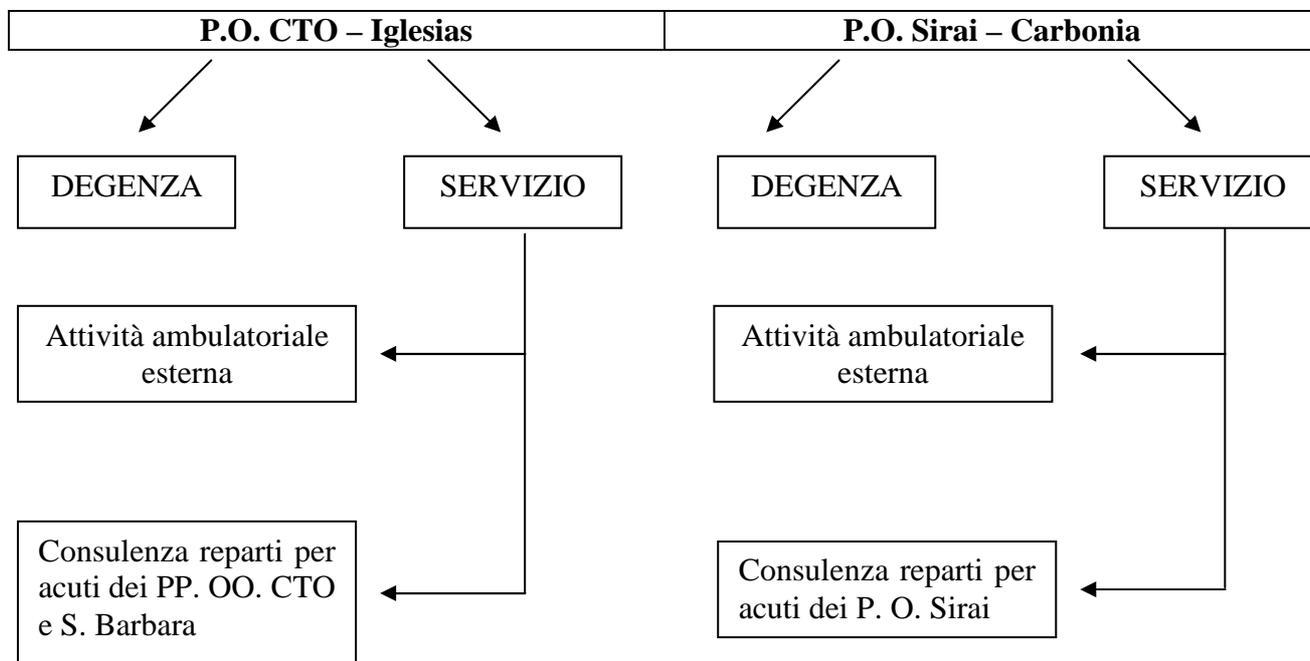
ORGANIGRAMMA ATTUALE

L'unità operativa è stata istituita con un reparto di 15 posti letto (attualmente ne risultano attivi 6) e un servizio di recupero e rieducazione funzionale. Nasce con:

- ✓ 5 medici fisiatri in organico (di cui uno risulta attualmente dimissionario),
- ✓ 1 neurologo,
- ✓ 1 urologo,
- ✓ 1 caposala,
- ✓ 11 infermieri professionali,
- ✓ 2 ausiliari,
- ✓ 1 OTA,
- ✓ 1 OSS,
- ✓ 1 infermiere generico.

I terapisti della riabilitazione sono 19 di cui 7 dedicati all'attività di reparto e 12 al servizio. Tra essi 2 si occupano della gestione organizzativa come coordinatrici facenti funzione, una terapeuta è assunta a contratto.

PROPOSTA ORGANIZZATIVA PER L' U.O. DI MEDICINA RIABILITATIVA



La dotazione di personale tecnico-assistenziale dovrà essere idonea a garantire la realizzazione del progetto individuale e del progetto riabilitativo di struttura, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

STANDARD MINIMI DEL PERSONALE DI ASSISTENZA				
Riabilitazione codice 56	Fisiatri	Infermieri	OSS/OTA	Fisioterapisti/Logopedisti
Fino a 10 pazienti	3	8	3	4/1
Da 10 a 20 pazienti	5	0,3	0,15	0,3/2

Riabilitazione codice 60	Fisiatri	Infermieri	OSS/OTA	Fisioterapisti/Logopedisti
Fino a 10 pazienti	2	6	4	2/1
Da 10 a 20 pazienti	3	0,3	0,15	0,15

Lungodegenza*	Internista	Infermieri	OSS/OTA	Fisioterapisti/Logopedisti
Fino a 10 pazienti	1	7	4	1
Da 10 a 20 pazienti	2	0,3	0,2	0,05

* fisiatra su richiesta per elaborazione progetto /programma riabilitativo

PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER IL PAZIENTE RICOVERATO IN U.O. DI MEDICINA RIABILITATIVA

Avvenuto il ricovero, ogni paziente viene valutato dai componenti dell'equipe riabilitativa, per le specifiche competenze, ai fini della stesura del progetto programma riabilitativo. Ogni componente dell'equipe nell'ambito del programma riabilitativo e secondo le specifiche competenze, mette in atto le modalità di intervento necessarie per il raggiungimento degli obiettivi esplicitati nel progetto riabilitativo. In corso di riunione di coordinamento si valuta la necessità di valutazione neuropsicologica, socio assistenziale e/o psicologica. In base all'esito delle specifiche valutazioni seguirà la presa in carico dell'eventuale trattamento neuropsicologico da parte del logopedista, i relativi interventi di tipo sociale e/o psicologico. Per le necessità dei pazienti il fisioterapista collabora con tutti i componenti dell'equipe per lo studio degli ausili e la valutazione ambientale. Per quanto di competenza del fisioterapista e del logopedista, come dichiarato nel profilo professionale, vengono applicate tecniche riabilitative riconducibili al "nomenclatore tariffario nazionale" per il raggiungimento degli obiettivi.

PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER IL PAZIENTE RICOVERATO IN U.O. DI MEDICINA RIABILITATIVA

L'infermiere, come previsto dal profilo professionale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi previsti per il paziente, garantisce la rilevazione dei bisogni assistenziali, la pianificazione dell'assistenza, la corretta esecuzione delle prestazioni diagnostiche terapeutiche, la prevenzione delle lesioni da decubito, la gestione delle pompe da infusione e per l'alimentazione, ecc, l'addestramento alle ADL. Per quanto di competenza, il personale OTA, ai fini del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi previsti per il paziente, supporta l'infermiere professionale nelle attività assistenziali per le aree di competenza e nell'addestramento nelle ADL.

ALTRE PRESTAZIONI

Si aggiungono: assistenza psicologica e assistenza sociale quando necessaria, un supporto psicologico o un presa in carico socio/assistenziale attraverso figure professionali presenti in azienda. Alla dimissione dal reparto, pianificata in riunione di coordinamento inter-professionale, vengono consegnate al paziente: la lettera di dimissione medica, la prescrizione ausili (se necessario), la relazione infermieristica (in caso di eventuale assistenza domiciliare), la richiesta di prosecuzione ambulatoriale/domiciliare del programma riabilitativo, o la segnalazione per la presa in carico da parte dei servizi territoriali (se necessario).

INDICATORI DI QUALITÀ

Rilevazioni annuali a cura del medico fisiatra

N. decessi/N. pazienti ricoverati	Fonte: registro nosologico
N. pazienti dimessi/N. pazienti dimessi verso una struttura protetta	Fonte: SDO
Degenza media annuale	Fonte: SDO
N. pazienti ricoverati senza LDD/N. pazienti dimessi con LDD di 2° grado dello stesso campione	

Rilevazioni quadrimestrali

N. ricoveri in continuità (post-acuto)/N. pazienti ricoverati
N. ricoveri elettivi (di mantenimento)/N. pazienti ricoverati
N. schede FIM compilate/N. totale di ricoverati

PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER I PAZIENTI RICOVERATI NELLE DEGENZE PER ACUTI

Il trattamento riabilitativo viene erogato al paziente ricoverato presso altra U.O. del Presidio Ospedaliero a seguito della consulenza fisiatrica. Il fisioterapista prende in carico il paziente ed effettua il trattamento presso la U.O. (se il paziente non è trasportabile presso i locali del Servizio di Medicina Riabilitativa). Il trattamento viene condotto secondo specifiche modalità tecniche riconducibili al nomenclatore tariffario nazionale e tempi orientati ad ottenere l'obiettivo indicato nel progetto programma, che potrà essere aggiornato nel tempo, in funzione dei cambiamenti clinici e alle risposte funzionali del paziente. Il trattamento riabilitativo, applicato in funzione dell'obiettivo, viene adattato alle condizioni cliniche del paziente, in integrazione sinergica con gli atti terapeutici ed assistenziali effettuati dalle altre figure professionali. Il diario fisioterapico tenuto all'interno della cartella clinica del paziente riporta:

- il nome del paziente
- il reparto
- la camera
- il nome del fisioterapista
- il nome del medico fisiatra che ha effettuato la consulenza
- la data e la descrizione sintetica del lavoro al trattamento nonché le osservazioni della risposta al trattamento durante la seduta.

INDICATORI DI QUALITÀ

Rilevazione quadrimestrale a cura del medico fisiatra

N. di prescrizioni fisiatriche/N. totale di pazienti trattati.

PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER IL PAZIENTE ESTERNO

Le prestazioni riabilitative possono essere :

- ✓ a carattere urgente: inserite nella lista dei trattamenti urgenti;
- ✓ a carattere non urgente: da prenotarsi tramite CUP.

L'unità operativa si impegna ad evadere le richieste urgenti entro 7 giorni e le richieste non urgenti entro 30 giorni

INDICATORI DI QUALITÀ

Rilevazione quadrimestrale

N richieste evase/ N richieste prenotate urgenti

N richieste evase /N richieste prenotate non urgenti.

NORMATIVA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- ✓ Piani Sanitari Nazionali
- ✓ Piano Sanitario Regionale
- ✓ Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (G.U. n. 124 del 30 maggio 1998)
- ✓ DGR 8/16 del 28/02/2006 “Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e socio-sanitarie di riabilitazione”
- ✓ Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna “Requisiti specifici per l’accreditamento delle strutture di Medicina Fisica e Riabilitazione”
- ✓ “Riabilitare in ospedale. Profili di assistenza” – Edi-Ermes – autore Maria Manichetti
- ✓ “Progettare la Riabilitazione – Il lavoro in team interprofessionale” – Edi-Ermes – autore Nino Basaglia