



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



IL PRESIDENTE

Regione Autonoma della Sardegna
Ufficio di Gabinetto della Presidenza
Prot. Uscita del 10/10/2017
nr. 0000132
Classifica I.6.4

Consiglio regionale della Sardegna

> On. Gianfranco Ganau
Presidente

> Gruppo UDC Sardegna

e p.c. > Ufficio di Presidenza

Oggetto: Interrogazione n.886/A sull'insufficienza dei fondi stanziati all'ASL 5 di Oristano per il 2017, che non garantirebbero la copertura dei costi per la prosecuzione dell'attività di neuroriabilitazione (cod. 75) avviata a luglio 2016 presso il San Martino di Oristano. Risposta.

In riferimento all'interrogazione in oggetto, trasmetto la nota n.4763/gab. del 23 dicembre 2016 inviati dall'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

Con i migliori saluti.

Francesco Pigliaru





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Ufficio di Gabinetto

Prot. L. 463/4AB

Cagliari 23.12.2016

A.6.4-1
N.60

718
7116

PEC

Alla Presidenza della Giunta regionale

PEC

Oggetto: Interrogazione N. 886/A - TATTI, con richiesta di risposta scritta, sull'insufficienza dei fondi stanziati all'ASL 5 di Oristano per il 2017, che non garantirebbero la copertura dei costi per la prosecuzione dell'attività di neuroriabilitazione (cod. 75) avviata a luglio 2016 presso il San Martino di Oristano.

In riferimento all'interrogazione indicata in oggetto si trasmettono le note, pervenute dalla ASL n. 5 di Oristano, contenenti esaustivi elementi di risposta sia in ordine ai costi del progetto per l'anno 2016 che per l'intero triennio 2016-2018.

Cordiali saluti.

L'Assessore
Luigi Benedetto Arru
Assessore dell'ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Prot 6621/GRAB

prot 13.12.2016



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanità
Servizio programmazione sanitaria e economico finanziaria e controllo di gestione
Settore 2.2 – Gestione del personale delle AS

Regione Autonoma della Sardegna
Direzione Generale della Sanita'
Prot. Uscita del 12/12/2016
nr. 0031910
Classifica I.6.4
12-01-00

POSTA CERTIFICATA



All'Ufficio di Gabinetto
dell'Assessore dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale

Oggetto: Consiglio Regionale della Sardegna – Interrogazione n. 886/A (Tatti)

Con riferimento all'interrogazione consiliare in oggetto, si trasmette in allegato le note prot. n. 73900 del 28/11/2016 e prot. n. 22413 del 12/04/2016 con relativo "Progetto di avvio attività nell'unità operativa complessa di neuroriabilitazione P.O. San Martino Oristano – Triennio 2016-2018", della ASL 5 di Oristano.

Distinti saluti



Il Direttore del 2° Servizio
Dott.ssa Francesca Piras

MBP/SETT.2.2-P
RM/COORD. SETT. 2.2

Direzione Generale

Oristano li, _____

ASL5
Prot. 2016/73900 del 28/11/2016 ore 14
Mitt.: Area della Direzione - Diretto
Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Class.: 1.2.1. Fase.: 1 del 2016

**Servizio programmazione sanitaria e
economico finanziaria e controllo di gestione****Assessorato Igiene e Sanità
Regione Autonoma della Sardegna****c.a. dott.ssa Francesca Piras****Oggetto: Consiglio Regionale della Sardegna - Interrogazione n. 886/A
(Tatti)**

La presente per rispondere a quanto richiesto con Vostra nota protocollo 29524 del 15.11.2016, in merito all'oggetto.

Appare utile premettere che con nota prot. n. 22413 del 12.04.2016 la scrivente ha inviato a codesto Assessorato un dettagliato documento ove è illustrato il Progetto di avvio di attività dell'UOC di Neuroriabilitazione presso il PO San Martino di Oristano.

Tuttavia, allegato alla presente si vuole rappresentare sinteticamente il contenuto del sopra citato progetto, con particolare riferimento alla copertura dei costi per l'anno 2016, per l'attività di neuroriabilitazione avviata a settembre c.a.

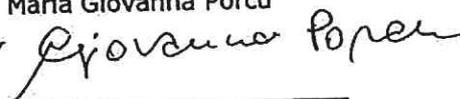
Qualora necessari, nel progetto dettagliato sono rappresentati anche i costi che questa Azienda andrà a sostenere negli anni 2017 e 2018 quando il reparto espletterà la sua attività a regime.

Nel rimanere a disposizione per qualunque chiarimento, si porgono cordiali saluti.

U.O. PeC
Dott.ssa G. Pira
ASL 5 Oristano



Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Maria Giovanna Porcu



Via Carducci, 35
09170 Oristano
www.asloristano.it

PROGETTO DI AVVIO ATTIVITA' NELL'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI NEURORIABILITAZIONE P.O. SAN MARTINO ORISTANO

MISSION DELLA STRUTTURA COMPLESSA PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI CEREBROLESIONI

Il trattamento riabilitativo di cui necessitano le persone affette da GCA e garantito dai LEA, deve essere fornito secondo modalità e setting individuati dalla normativa e dalle evidenze esistenti (Linee guida italiane per la riabilitazione del 1998, Piano di indirizzo per le attività di riabilitazione del 2011 nonché dalle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone con disordine di coscienza, queste ultime recepite dalla regione Sardegna con delibera 35/29 del 28.08.2012). Il setting ospedaliero dedicato è l'Unità Operativa per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni acquisite (UGC) secondo codice ospedaliero 75 (Neuroriabilitazione).

L'UGC deve garantire una presa in carico del paziente e della famiglia sulla base di un progetto riabilitativo di struttura e di un progetto riabilitativo Individuale (PRI).

Nel percorso del paziente, l'attività di degenza in UGC si colloca dopo la fase di trattamento intensivo e, dove presente, di trattamento semi-intensivo. La degenza in UGC prevede poi il passaggio della persona verso setting territoriali con obiettivo primario il ritorno alle condizioni di vita precedenti al danno cerebrale.

IL CONTESTO AZIENDALE E REGIONALE

La U.O. di Neuroriabilitazione viene inserita all'interno del Dipartimento di Cure Mediche della ASL di Oristano. In ambito ospedaliero l'U.O. di Neuroriabilitazione si candida ad essere il riferimento per le valutazioni e trattamenti riabilitativi all'interno del presidio San Martino ove già operavano un medico fisiatra e sei fisioterapisti facenti parte della pianta organica dell'U.O. di Ortopedia. Le Unità Operative per acuti d'altra parte saranno i reparti da cui potranno essere trasferiti i pazienti con grave cerebrolesione che rispettino i requisiti di appropriatezza per l'accesso.

A livello regionale la UO di Neuroriabilitazione rappresenterà il secondo centro di degenza per GCA, immediatamente disponibile secondo codice 75 (l'altro la struttura dipartimentale dell'A.O. Brotzu con 11 posti letto operativo dal 2008). Nel progetto di Rete Ospedaliera Regionale in via di approvazione, l'U.O. di Neuroriabilitazione rappresenterà un polo riabilitativo regionale, nelle more dell'apertura dei posti letto del privato convenzionato ad Olbia e di altri posti letto previsti dal documento ma attivabili dopo attenta valutazione dei bisogni e dell'offerta.

E' necessario sviluppare un sistema organizzato in rete di tipo Hub and Spoke con processi di centralizzazione e decentralizzazione a seconda del bisogno della persona,

rete che andrà necessariamente ad integrarsi con quella Traumi e Stroke della fase acuta.

In tale rete regionale il polo oristanese di servizi riabilitativi appare unicamente ricco e completo per la presenza di posti letto di riabilitazione ad alta specialità, intensivi ed estensivi ospedalieri nonché intensivi ed estensivi territoriali e servizi ambulatoriali pubblici e convenzionati così da garantire una presa in carico estesa potenzialmente per i pazienti dell'intera regione. I pazienti con GCA confluiranno nel polo Oristanese dall'intero territorio regionale in un percorso di centralizzazione. Sarà quindi necessario sviluppare percorsi efficaci ed efficienti dai DEA di secondo livello (Sassari e Cagliari) e di primo livello (Nuoro, Olbia, San Gavino, Lanusei, Carbonia e Cagliari) al fine di determinare una rapida presa in carico dai reparti per acuti mantenendo elevato il livello di sicurezza per i soggetti. Sarà necessario quindi sviluppare un sistema a rete informativa, a cui dovrà partecipare ovviamente anche il centro codice 75 dell'A.O. Brotzu, finalizzato alla segnalazione precoce dei casi di GCA e all'individuazione della struttura riabilitativa accettante; tale sistema dovrà coinvolgere i servizi riabilitativi che insistono nei diversi DEA con funzione di gatekeeper della rete. Dal polo oristanese, dopo la degenza riabilitativa ospedaliera e territoriale, ricca della funzione di elevata expertise del centro territoriale Santa Maria Bambina, i pazienti verranno decentralizzati verso i servizi dei distretti territoriali di residenza che rappresentano i gestori principali della disabilità al momento della fine del percorso ospedaliero.

IL RUOLO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE SANTA MARIA BAMBINA NEL PERCORSO RIABILITATIVO

Risulta di fondamentale importanza in questo contesto il ruolo del Centro Santa Maria Bambina che negli anni ha gestito i 14 posti letto di codice 75; tale esperienza è infatti da salvaguardare e valorizzare all'interno della rete dei servizi regionali. Infatti oltre l'esperienza acquisita, la posizione geografica, la rilevanza delle attrezzature e delle tecnologie di cui il centro dispone, nonché le professionalità acquisite connotano detta struttura riabilitativa come possibile riferimento regionale per la gestione in fase cronica post-ospedaliera delle persone con disordine di coscienza cronicizzato dopo GCA. In tal senso dovranno essere creati percorsi a valenza aziendale e regionale che dalle degenze per codice 75 coinvolgano il centro suddetto a conclusione del progetto riabilitativo individuale ospedaliero.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'obiettivo primario è stato quello di **inizio dell'attività di ricovero ordinario** in risposta al bisogno della popolazione, conformemente al progetto di Rete ospedaliera

della Sardegna e come confermato nel Piano della Performance 2016 della ASL di Oristano.

L'inizio delle attività di ricovero è avvenuta nel mese di settembre 2016 ed è stata possibile a seguito del completamento dell'accreditamento regionale temporaneo, a cui è seguito il reclutamento del personale avvenuto nel mese di luglio c.a. e della sua formazione, che si è svolta presso l'AO Brotzu di Cagliari durante il mese di agosto.

SINTESI DEI COSTI PER L'AVVIO DELL'ATTIVITÀ

Sempre per permettere la graduale acquisizione di expertise mantenendo la sicurezza del paziente, si è proposto un **PIANO TRIENNALE** di avvio delle attività al fine di portare progressivamente la dotazione di posti letto e l'adeguamento della dotazione organica e tecnica all'obiettivo del 16 posti letto previsti dalla riforma della rete ospedaliera. Si è proceduto pertanto con l'attivazione di 10 posti letto nel mese di settembre 2016, da implementare a 14 nel 2017 e a 16 nel 2018 con un coerente incremento del tasso di occupazione. L'incremento di posti letto è di fondamentale importanza per permettere una maggiore sostenibilità economica delle attività di degenza in codice 75, remunerate per diaria giornaliera di 361,51. Nella domanda di accreditamento è stata allegata la pianta organica dell'U.O. di Neuroriabilitazione per 16 posti letto di degenza secondo DGR 47/42 del 30/12/2010. Tale pianta organica prevedeva un totale di 46 operatori con individuazione di un direttore di struttura complessa, di un coordinatore infermieristico e di un coordinatore dei tecnici della riabilitazione. Anche tali assunzioni sono previste secondo un piano triennale delle assunzioni 2016-2018. Sempre gradualmente sono state inoltre previste anche alcune spese per l'acquisto di attrezzature/arredi per il completamento tecnico del reparto. Per l'avvio delle attività sono contabilizzati infine i costi generali relativi a pulizie, lavano, pasti e consumo energetico.

Di seguito si riportano i costi di avvio dell'attività preventivati per l'anno 2016:

	Voci	Importo anno 2016 (periodo luglio - dicembre 2016)
Previsione dei costi da sostenere per l'anno 2016 per l'avvio dell'attività di ricovero di Neuroriabilitazione cod. 75 presso il PO San Martino	personale	885.040,50
	costi generali	132.658,00
	formazione	27.000,00
	attrezzature	123.372,21
	TOTALE	1.168.071

Per il corrente anno tali costi troveranno copertura dal venir meno dei costi per l'attività di ricovero cod 75, erogata dalla Struttura Santa Maria Bambina di Oristano che, negli anni precedenti il 2016 ammontavano a circa € 1.500.000.

Direzione Generale

ASLS
Prot. 2016/22413 del 12/04/2016 ore :
Mitt.: Area della Direzione - Diretto
Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA
Class.: 1.2.1. Fasc.: 1 del 2016



**All'Assessora Regionale
Igiene e Sanità e Ass. Sociale
Dr. Luigi Benedetto Arru
P.E.C.: san.assessore@pec.regione.sardegna.it**

**Al Direttore Generale
Assessorato Reg.le Igiene e Sanità
Dr. Giuseppe Maria Sechi
P.E.C.: san.dgsan@pec.regione.sardegna.it**

**Al Dott. Marcello Tidore
Assessorato Igiene e Sanità e Ass. Sociale
Servizio Autorizzazioni e
Accreditamenti delle Strutture
Sanitarie e Socio-sanitarie**

**OGGETTO: Riabilitazione intensiva Cod. 75 – P.O. San Martino Oristano
Trasmissione progetto di inizio attività U.O.C. Di Neuroriabilitazione**

Facendo seguito alle precedenti richieste di accreditamento Istituzionale del reparto di neuroriabilitazione del P.O. San Martino di Oristano ed ai relativi riscontri RAS si trasmette in allegato il progetto di avvio attività della U.O.C. di Neuroriabilitazione in oggetto predisposto dal Dott. Andrea Montis, Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione (in servizio presso il Centro di Neuroriabilitazione della Azienda Ospedaliera "Brotzu" di Cagliari in comando parziale ex art. 21 CCNL dell'area della Direzione Medica e Veterinaria alla Scrivente ASL) con il supporto della Direzione Sanitaria del PP.OO. San Martino di Oristano e della Direzione Generale Aziendale.

Il progetto contiene un cronoprogramma di 12 mesi che prevede l'avvio dell'attività di degenza nel prossimo mese di Luglio.

Nella domanda di accreditamento presentata a Codesto Assessorato è stata allegata la dotazione organica dell'U.O. di Neuroriabilitazione per 16 posti letto di degenza secondo DGR 47/42 del 30/12/2010. Tale dotazione organica (vedi tabella di seguito riportata) prevede un totale di 46 operatori con individuazione di un direttore di struttura complessa, di un coordinatore infermieristico e di un coordinatore dei tecnici della riabilitazione.



**DOTAZIONE ORGANICA SECONDO ACCREDITAMENTO
PER ATTIVAZIONE 16 POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA**

POSIZ.FUNZIONALE/PROFILO	NUMERO	COSTI €
Direttore UO Neuroriabilitazione	1	€ 128.746,00
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa	6	€ 448.556,00
Dirigente Medico Neurologia	5	€ 373.796,00
Fisioterapista	7	€ 235.763,00
Terapista occupazionale	2	€ 67.360,00
CPS-Infermiere-Cat d	18	€ 606.245,00
Operatore Socio Sanitario	6	€ 165.267,00
Dirigente Sanitario Psicologo .	1	€ 62.502,00
TOTALE	46	€ 2.088.235,00

Considerate le attività descritte nel progetto e le attività che i professionisti andranno a svolgere risulta proponibile una revisione della dotazione organica. Nel progetto di attività viene prevista un'organizzazione dell'attività medica specialistica in 24 h in cui le 12 ore diurne, compresi i festivi, sono garantite da personale specialista in medicina riabilitativa mentre le 12 ore notturne sono garantite da medici Internisti afferenti al dipartimento di area medica. Inoltre risulta proponibile la riduzione da 2 ad 1 unità di terapeuta occupazionale, vista la tipologia di pazienti che presentano in gran parte delle difficoltà motorie e cognitive tali per cui non è proponibile lo sviluppo di programmi specifici di terapia occupazionale. Risulta invece necessario incrementare la quota di personale assistenziale di supporto, rispetto a quanto proposto, per la necessità di gestire le attività qui presentate che richiedono importante coinvolgimento degli operatori sanitari non solo in ambiente degenziale ma anche negli ambienti tecnici riabilitativi ove la complessità assistenziale dei pazienti, in assenza di personale di supporto, determinerebbe una riduzione dell'effettivo tempo di trattamento a scapito dei programmi riabilitativi. Si ritiene pertanto necessario, rispetto alla quota da accreditamento, incrementare a 10 le unità di operatore socio sanitario (OSS) con 19 quelle di infermiere; inoltre risulta necessario ricomprendere delle figure professionali ritenute essenziali per la presa in carico di questa tipologia di utenti: il logopedista, di cui si propone l'assunzione di 2 unità; lo psicologo, di cui si propone l'assunzione di 2 unità a tempo parziale al posto di una a tempo pieno; l'educatore professionale, di cui si propone l'assunzione di 1 unità a tempo parziale; l'assistente sociale di cui si propone l'assunzione di 1 unità a tempo parziale.

Tale variazione della dotazione organica, oltre una migliore risposta al bisogno ed una efficacia maggiore nella realizzazione dei programmi, comporterebbe un risparmio superiore ai 150.000 euro annui (vedi tabella seguente).

**DOTAZIONE ORGANICA SECONDO INTEGRAZIONE PROPOSTA NEL RISPETTO DEGLI
STANDARD DI ACCREDITAMENTO E DELLE ESIGENZE OPERATIVE**

POSIZ.FUNZIONALE/PROFILO	NUMERO	COSTI €
Direttore UO Neuroriabilitazione	1	€ 128.746,00
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa	6	€ 448.556,00
Dirigente Medico Neurologia (già presenti all'interno del dipartimento)	5	€ 0,00
Dirigente Sanitario Psicologo con rapporto di lavoro (part time a 20 ore sett.)	2	€ 65.791,00
Fisioterapista	7	€ 235.763,00
Logopedista	2	€ 67.360,00
Terapista Occupazionale	1	€ 33.680,00
CPS-Infermiere-Cat d	19	€ 639.926,00
Educatore professionale con rapporto di lavoro (part time a 24 ore sett.)	1	€ 22.453,00
Assistente sociale con rapporto di lavoro (part time a 20 ore sett.)	1	€ 18.710,00
Operatore Socio Sanitario	10	€ 275.445,00
TOTALE	55	€ 1.936.430,00

Alla luce delle considerazioni che precedono, prima di attivare le procedure per il reclutamento del personale necessario per l'avvio del reparto, si chiede formale approvazione del progetto, presentato unitamente alla presente nota, anche facendo riferimento agli standard di accreditamento indicati nella DGR 47/42 del 30/12/2010.

Si rimane in attesa di urgente riscontro e si porgono Cordiali Saluti



Commissario Straordinario
Dott.ssa M.Giovanna Porcu

M. Giovanna Porcu

Referente dell'Istruttoria
Dott. Luca Pisano
P.O. Affari Generali e Legali

Via Carducci, 35
09170 Oristano
Tel 0783 317836 Fax 0783 317837
www.asloristano.it
E-m@il: direzione.generale@asloristano.it
direzione.generale@pec.asloristano.it

 ASL Oristano

**PROGETTO
DI AVVIO ATTIVITA'
NELL'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
DI NEURORIABILITAZIONE
P.O. SAN MARTINO ORISTANO
TRIENNIO 2016-2018**

REDAZIONE:

Dott. Nicolo' Orru'

Dott. Andrea Montis

Dott. Gianni Piras


1

INDICE

<input type="checkbox"/>	ANALISI DEL DEL CONTESTO E DEL FABBISOGNO GENERALE.....	pg 3
<input type="checkbox"/>	ANALISI DEL CONTESTO LOCALE.....	pg 4
<input type="checkbox"/>	INTEGRAZIONE LOCALE	pg 5
<input type="checkbox"/>	INTEGRAZIONE REGIONALE	pg 6
<input type="checkbox"/>	IL RUOLO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE SANTA MARIA BAMBINA NEL PERCORSO RIABILITATIVO....	pg 7
<input type="checkbox"/>	LA RETE RIABILITATIVA.....	pg 7
<input type="checkbox"/>	PREVISIONE DEL FLUSSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO	pg 8
<input type="checkbox"/>	MISSION DELLA STRUTTURA COMPLESSA PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI CEREBROLESIONI	pg 9
<input type="checkbox"/>	MODELLO DI PRESA IN CARICO.....	pg 11
<input type="checkbox"/>	OBIETTIVI DI PROGETTO.....	pg 12
<input type="checkbox"/>	CRONOPROGRAMMA	pg 12
<input type="checkbox"/>	SELEZIONE DEL PERSONALE.....	pg 13
<input type="checkbox"/>	PIANO TRIENNALE DI AVVIO DELLE ATTIVITA'.....	pg 13
<input type="checkbox"/>	ANALISI DELLA PRODUZIONE 2016.....	pg 17
<input type="checkbox"/>	ANNO 2017	pg 17
<input type="checkbox"/>	ANALISI DELLA PRODUZIONE 2017.....	pg 19
<input type="checkbox"/>	ANNO 2018	pg 19
<input type="checkbox"/>	CONSIDERAZIONI SU COSTI E PRODUZIONE.....	pg 20
<input type="checkbox"/>	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	pg 23
<input type="checkbox"/>	Attività medica	pg 23
	o Attività assistenziale.....	pg 24
	o Attività fisioterapica.....	pg 25
	o Attività di terapia occupazionale.....	pg 26
	o Attività logopedica	pg 27
	o Attività psicologica	pg 27
	o assistente sociale	pg 28
	o attività di visita pazienti	pg 28
<input type="checkbox"/>	STRUMENTI PER 'ATTIVITÀ DEL TEAM	pg 30
<input type="checkbox"/>	DOCUMENTI DI BASE PRODOTTI	pg 31

❑	PROCEDURE SPECIFICHE DI UO	pg 31
❑	FONTI E DEFINIZIONI	pg 33
❑	PIANTA CORPO M PIANO TERRA UO NEURORIABILITAZIONE.....	pg 34
❑	ALLEGATI	pg 35
○	P-01 SELEZIONE DEI PAZIENTI (ALLEGATO 1)	pg 35
○	P-02 ACCESSO E ACCOGLIMENTO DEI PAZIENTI I REGIME DI RICOVERO (ALLEGATO 2)	pg 37
○	P-03 DEFINIZIONE E STESURA DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (ALLEGATO 3)	pg 38
○	P-04 PIANIFICAZIONE DIMISSIONE E/O PASSAGGIO AD ALTRO SETTING (ALLEGATO 4).....	pg 41

ANALISI DEL CONTESTO E DEL FABBISOGNO REGIONALE

Per Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale severo e acquisito che determini uno stato di coma grave (Glasgow Coma Scale score <9) di almeno 24 ore con conseguenti alterazioni funzionali motorie, cognitive e/o comportamentali.

Il setting ospedaliero dedicato alla presa in carico riabilitativa delle persone affette da GCA è l'Unità operativa per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni acquisite (UGC) secondo codice ospedaliero 75 (Neuroriabilitazione). Attualmente l'offerta regionale di posti letto secondo codice 75 ammonta a 11 posti letto di degenza ordinaria ed 1 di Day Hospital presenti all'interno dell'AO Brotzu; fino al 2015 erano attivi altri 14 posti letto di degenza ordinaria presso il centro Santa Maria Bambina (autorizzati all'esercizio e all'accreditamento provvisorio alla ASL di Oristano, erogati però nel centro suddetto, nota 1487/XV.8.12/3 del 27.1.2010 e nota 13533/XV.8.12/3 dell'Assessorato regionale alla Sanità).

I dati nazionali e internazionali, benché deficitari, stimano un'incidenza annua di gravi cerebrolesioni di 12-15 casi ogni 100000 abitanti per anno per cui in Sardegna (circa 1,6 milioni di abitanti) è prevedibile un'incidenza di circa 190-240 casi anno.

Dall'analisi delle SDO dei ricoveri regionali in codice 75 per l'anno 2014 (ultimo anno completo di attività dei posti letto al centro Santa Maria Bambina) si evince che il numero totale delle persone con GCA



ricoverate è stato di 91, ampiamente sotto il range di Incidenza presunta. La degenza media è stata di 86 giorni con notevole difformità tra i due centri (112 gg per il Santa Maria Bambina e 61 per AO Brotzu). Calcolando il numero dei posti letto regionali necessari (numero di casi anno X degenza media / 365) si ottiene, utilizzando la degenza media piu' bassa (AO Brotzu) un numero di 32 posti letto in regione; utilizzando la degenza media dei due centri i posti letto necessari risultano 45. In conclusione emerge quindi una grave carenza della dotazione di posti letto in ambito regionale. Tali dati sono sostanzialmente coerenti con la base normativa ossia il decreto nazionale 02/04/2015, n. 70 (Standard Ospedalleri GU 4.6.2015) che prevede un bacino che va da 0.6 a 1.2 milioni di abitanti per le unità di Neuroriabilitazione codice 75 con un rapporto posto letto abitanti stimato a 0,02/1000 abitanti.

CENTRO CODICE 75	NUMERO POSTI LETTO	N°CASI ANNO 2014	DEGENZA MEDIA ANNO 2014
AO Brotzu	11	53	61 gg
Santa Maria Bambina	14	38	112 gg
TOTALE	25	91	86 gg

dati SDO 2014

Tale situazione determina evidente inapproprietezza per difetto di accesso al setting piu' adeguato alla presa in carico del paziente nonché una spinta ai ricoveri extraregione. D'altra parte, l'incidenza della patologia e le sue caratteristiche (elevata complessità come postumo di patologia tipicamente tempo dipendente nella gestione in acuto), determina la necessità di un'organizzazione a rete per la sua gestione con sviluppo di pochi centri ad alta expertise raccordati tra loro e con i centri territoriali che rappresentano la prosecuzione del percorso di cura e riabilitazione.

Altre esperienze nazionali e internazionali mostrano come lo sviluppo di sistemi di regionalizzazione delle attività di riabilitazione specialistica comportino miglioramento di efficacia ed efficienza. In ambito nazionale nelle regioni Friuli ed Emilia Romagna sono già operative reti e registri per i pazienti con GCA.

Per tali premesse i centri di riabilitazione secondo codice 75 (come quelli per codice 28 ossia le unità spinali per la presa in carico della mielo-lesione) devono avere una valenza regionale e non locale, solo in questo modo si ottiene incremento dell'efficienza in patologie a bassa incidenza. Nell'ambito regionale, come noto, la distribuzione della popolazione presenta notevole disomogeneità; ma nel contesto di questa area di attività del sistema sanitario, in coerenza con la proposta di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera in Sardegna, l'inizio delle attività del reparto di riabilitazione per GCA dell'ospedale San Martino di Oristano darà una risposta al bisogno regionale e non soltanto a quello locale.

ANALISI DEL CONTESTO LOCALE

Allo stato attuale, a livello aziendale nell'ASL 5, l'attività riabilitativa ospedaliera all'interno dell'Ospedale San Martino è basata sull'attività di consulenza di un medico riabilitatore e di 6 tecnici fisioterapisti appartenenti alla pianta organica della SC di Ortopedia e Traumatologia. Tale attività risponde al fabbisogno riabilitativo motorio delle unità per acuti dell'ospedale San Martino con la realizzazione di programmi che prevedono in alcuni casi anche il trattamento domiciliare. I pazienti con grave cerebro-lesione venivano, come detto, indirizzati alla degenza presso il centro S. Maria Bambina, mentre i pazienti che necessitano di

trattamento riabilitativo intensivo vengono accolti nei posti letto dell'ospedale privato Casa di cura Madonna del Rimedio secondo codice ospedallero 56. Il centro di riabilitazione territoriale Santa Maria Bambina ha disponibilità al momento di 30 posti letto di riabilitazione globale a ciclo continuativo intensiva (in possibile incremento a 44 secondo delibera regionale 66/21 2015) e 15 posti letto di riabilitazione globale a ciclo continuativo estensiva.

La rete riabilitativa locale è completata dall'offerta delle strutture private accreditate che operano nel territorio della ASL di Oristano per la riabilitazione territoriale, per le prestazioni residenziali e semi-residenziali e dalle strutture territoriali aziendali quali:

- Centro di riabilitazione globale di Oristano
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Samugheo
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Terralba
- Centro di riabilitazione globale di Ghilarza
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Ales
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Mogoro
- Centro di riabilitazione globale di Bosa

Come dal documento di riforma della rete ospedaliera i servizi verranno completati dall'apertura dei 16 posti letto secondo codice 75 di riabilitazione ad alta specialità e dei 13 posti letto in codice 56 di riabilitazione intensiva che insisteranno all'interno dell'ospedale San Martino nell'U.O. di Neuroriabilitazione, posti letto attivati dopo approvazione della riforma.

INTEGRAZIONE LOCALE

La U.O. di Neuroriabilitazione viene inserita all'interno del Dipartimento di Cure Mediche della ASL di Oristano (vedi organigramma). In ambito ospedallero l'U.O. di Neuroriabilitazione si candida ad essere il riferimento per le valutazioni e trattamenti riabilitativi all'interno del presidio San Martino ove già operano un medico fisiatra e sei fisioterapisti facenti parte della pianta organica dell'U.O. di Ortopedia. Le Unità Operative per acuti d'altra parte saranno i reparti da cui potranno essere trasferiti i pazienti con grave cerebrolesione che rispettino i requisiti di appropriatezza per l'accesso.

L'attività di consulenza attiva e passiva pone la necessità di sviluppare rapporti con le diverse UU.OO. del presidio in particolare è ipotizzabile, viste le necessità dei pazienti con grave cerebrolesione, lo sviluppo di istruzioni operative condivise con la Rianimazione, la Medicina Interna, la Cardiologia, l'Ortopedia e i servizi di Otorinolaringoiatria, di Oculistica, di Neurologia e con l'Endoscopia digestiva.

Il processo di integrazione sarà condotto attraverso incontri di informazione sulle attività realizzate nella U.O. e attraverso lo sviluppo delle istruzioni operative suddette che definiscano le attività da condividere tra le diverse UU.OO.

ORGANIGRAMMA DIPARTIMENTO CURE MEDICHE ASL ORISTANO

Dipartimento di Cure Mediche	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	STRUTTURE SEMPLICI
	Medicina Interna PO Oristano		Epatologia
	Medicina Interna PO Ghilarza		
	Medicina Interna PO Bosa		Day Hospita e Day Service
		Oncologia	
	Cardiologia Utic PO Oristano		Emodinamica Diagnostica non Invasiva
			Aritmologia e elettrostimolazione
	Nefrologia e Dialisi Oristano		
	Pneumologia Oristano		Allergologia respiratoria
	Diabetologia Oristano		
	Pediatria PO Oristano		
			Diagnostica neurologica
		Centro Talassemie Oristano	
		Centro Riferimento Alzheimer	
	Neuroriabilitazione PO Oristano		

In ambito aziendale i servizi di riabilitazione hanno uno sviluppo non solo ospedaliero ma anche e soprattutto territoriale. Sono presenti nel territorio della ASL posti letto di riabilitazione Intensiva (codice 56) e riabilitazione estensiva (codice 60) nonché di riabilitazione globale a ciclo continuativo Intensiva ed estensiva; sono inoltre presenti servizi di trattamento ambulatoriale e domiciliare. Con l'apertura dell'U.O. di Neuroriabilitazione (posti letto secondo codice 75 e dei posti letto secondo codice 56) viene a costituirsi quindi un'offerta di servizi riabilitativi particolarmente ricca e completa. La U.O. dovrà quindi obbligatoriamente essere calata all'interno di un percorso di presa in carico riabilitativo che valorizzi il legame e il flusso ospedale territorio. Sarà necessario e valorizzante pertanto lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici riabilitativi assistenziali (PDTRA) che permettano di ordinare le risposte ai bisogni di specifiche patologie e problematiche (stroke, frattura di femore, GCA, sclerosi multipla et al.).

INTEGRAZIONE REGIONALE

A livello regionale la UO di Neuroriabilitazione rappresenterà il secondo centro di degenza per GCA, immediatamente disponibile secondo codice 75 (l'altro, come detto, è la struttura dipartimentale dell'A.O. Brotzu con 11 posti letto operativo dal 2008). Nel progetto di Rete Ospedaliera Regionale in via di approvazione, l'U.O. di Neuroriabilitazione rappresenterà un polo riabilitativo regionale, nelle more dell'apertura dei posti letto del privato convenzionato ad Olbia e di altri posti letto previsti dal documento ma attivabili dopo attenta valutazione dei bisogni e dell'offerta.

Come precisato è necessario inquadrare l'attività di tale U.O. nel contesto della regione con l'obiettivo di rispondere al bisogno della popolazione e quello di costruire un sistema di risposta efficiente.



E' necessario sviluppare un sistema organizzato in rete di tipo Hub and Spoke con processi di centralizzazione e decentralizzazione a seconda del bisogno della persona, rete che andra' necessariamente ad integrarsi con quella Traumi e Stroke della fase acuta.

In tale rete regionale il polo oristanese di servizi riabilitativi appare unicamente ricco e completo per la presenza di posti letto di riabilitazione ad alta specialità, intensivi ed estensivi ospedalieri nonché intensivi ed estensivi territoriali e servizi ambulatoriali pubblici e convenzionati così da garantire una presa in carico estesa potenzialmente per i pazienti dell'intera regione. I pazienti con GCA confluiranno nel polo Oristanese dall'intero territorio regionale in un percorso di centralizzazione. Sara' quindi necessario sviluppare percorsi efficaci ed efficienti dal DEA di secondo livello (Sassari e Cagliari) e di primo livello (Nuoro, Olbia, San Gavino, Lanusei, Carbonia e Cagliari) al fine di determinare una rapida presa in carico dai reparti per acuti mantenendo elevato il livello di sicurezza per i soggetti. Sara' necessario quindi sviluppare un sistema a rete informativa, a cui dovrà partecipare ovviamente anche il centro codice 75 dell'A.O. Brotzu, finalizzato alla segnalazione precoce dei casi di GCA e all'individuazione della struttura riabilitativa accettante; tale sistema dovrà coinvolgere i servizi riabilitativi che insistono nei diversi DEA con funzione di gatekeeper della rete. Dal polo oristanese, dopo la degenza riabilitativa ospedaliera e territoriale, ricca della funzione di elevata expertise del centro territoriale Santa Maria Bambina, i pazienti verranno decentralizzati verso i servizi dei distretti territoriali di residenza che rappresentano i gestori principali della disabilità al momento della fine del percorso ospedaliero.

IL RUOLO DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE SANTA MARIA BAMBINA NEL PERCORSO RIABILITATIVO

Risulta di fondamentale importanza in questo contesto il ruolo del Centro Santa Maria Bambina che negli anni ha gestito i 14 posti letto di codice 75; tale esperienza è infatti da salvaguardare e valorizzare all'interno della rete dei servizi regionali. Infatti oltre l'esperienza acquisita, la posizione geografica, la rilevanza delle attrezzature e delle tecnologie di cui il centro dispone, nonché le professionalità acquisite connotano detta struttura riabilitativa come possibile riferimento regionale per la gestione in fase cronica post-ospedaliera delle persone con disordine di coscienza cronicizzato dopo GCA. In tal senso dovranno essere creati percorsi a valenza aziendale e regionale che dalle degenze per codice 75 coinvolgano il centro suddetto a conclusione del progetto riabilitativo individuale ospedaliero.

LA RETE RIABILITATIVA

Nella rete dovranno essere identificati quindi un Hub, dei nodi Spoke Ospedalieri di degenza riabilitativa e dei nodi Spoke Territoriali diffusi nel territorio.

Per tali motivazioni territoriali, storiche e gestionali l'U.O. di Neuroriabilitazione potrebbe candidarsi a ruolo di HUB o Centro Regionale di Riferimento della rete per le GCA come definita dalle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone con disordine di coscienza che prevedono per esso compiti di:

- Predisposizione di protocolli per acquisizione di dati epidemiologici
- Promozione di ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche
- Formazione ed aggiornamento dei professionisti
- Consulenza tecnica per la costruzione e sperimentazione di ausili, protesi ed ortesi

Tale centro non ha funzione gerarchica ma piuttosto ha il ruolo di mantenere il database della patologia.

Infine è necessario ricordare che i bisogni specialistici dei pazienti con GCA dovranno essere soddisfatti in centri esterni al presidio Oristanese; in primis le valutazioni neurochirurgiche che saranno realizzate mediante attività di teleconsulenza o consulenza diretta al momento con l'U.O. di Neurochirurgia della A.O.U. di Sassari con la quale è in essere convenzione per attività di consulenza a distanza e in sede; è in previsione la realizzazione di medesima convenzione con la SC di Neurochirurgia dell'A.O. Brotzu. Allo stesso modo con altre specialità non presenti all'interno del presidio San Martino dovranno essere realizzate istruzioni operative con sistemi di convenzione al fine di rispondere all'eventuale bisogno dei pazienti (Chirurgia MaxilloFacciale, Chirurgia Plastica e il necessario potenziamento dell'ORL e Oculistica come già previsto dalla programmazione di questa ASL e dal documento regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera).

PREVISIONE DEL FLUSSO DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO

L'attivazione progressiva dei 16 posti letto di degenza ordinaria (di cui uno da dedicare ad attività di Day Hospital) come previsto dalla Proposta di revisione della rete ospedaliera, creerà le condizioni per un flusso di pazienti dal territorio regionale come d'altra parte già verificatosi in precedenza quando i posti letto insistevano nel centro Santa Maria Bambina. Infatti, dall'analisi dei dati storici del 2014, risulta che solo il 21.04% del totale delle giornate di degenza secondo codice 75 sono state utilizzate da residenti in ASL di Oristano mentre del circa 80% di giornate rimanenti, il maggior numero è stato consumato da residenti nelle aree del cagliaritano e del sassarese. Il numero dei pazienti residenti in ASL 5 è stato pari a 9 sui 34 totali.

	Tot. Pazienti	GG DEG	% utilizzo giornate di degenza complessive	% utilizzo dei 14 posti
ASL 1	10	913	24,80%	3,43
ASL 5	9	784	21,04%	2,94
ASL 2	3	291	7,81%	1,09
ASL 3	3	364	9,77%	1,37
ASL 6	1	106	2,84%	0,40
ASL 7	2	358	9,55%	1,34
ASL 8	5	733	19,67%	2,75
FUORI REGIONE	1	180	4,83%	0,68
TOTALE PAZIENTI	34	3727		

TARIFFA € 381,51/die

D'altra parte rispetto alla popolazione residente in ASL 5, valutata l'incidenza prevista di GCA, sono attese 18-25 persone con GCA all'anno. Risulta pertanto fondamentale la progressiva attivazione dei posti letto previsti nell'obiettivo di soddisfare i bisogni della popolazione regionale.

Realisticamente è pertanto prevedibile che la mobilità attiva da altre aree della regione consumerà dal 70 all'80% delle giornate di degenza dell'U.O. di Neuroriabilitazione

Tabella 2.1. Caratteristiche demografiche aree omogenee, popolazione residente al 01 gennaio 2014.

<i>Aree Omogenee</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Totale</i>	<i>Superficie (Km²)</i>	<i>ab./Km²</i>
Nord Ovest (Sassari)	163.364	171.733	335.097	4.286	78
Nord Est (Olbia-Tempio)	78.935	79.583	158.518	3.406	47
Nuorese	78.099	80.881	158.980	3.932	40
Orihanese	80.319	83.192	163.511	3.034	54
Ogliastra	28.503	29.196	57.699	1.855	31
Medio Campidano	49.732	50.944	100.676	1.517	66
Sulcis Iglesiente	62.891	65.660	128.551	1.500	86
Sud Est (Cagliari)	273.110	287.717	560.827	4.570	123

Da "Riorganizzazione della Rete Ospedaliera in Sardegna 2015-2018"

MISSION DELLA STRUTTURA COMPLESSA PER LA RIABILITAZIONE DELLE GRAVI CEREBROLESIONI

Il trattamento riabilitativo di cui necessitano le persone affette da GCA e garantito dai LEA, deve essere fornito secondo modalità e setting individuati dalla normativa e dalle evidenze esistenti (Linee guida italiane per la riabilitazione del 1998, Piano di indirizzo per le attività di riabilitazione del 2011 nonché dalle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone con disordine di coscienza, queste ultime recepite dalla regione Sardegna con delibera 35/29 del 28.08.2012). Il setting ospedaliero dedicato è l'Unità Operativa per la riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni acquisite (UGC) secondo codice ospedaliero 75 (Neuroriabilitazione).

L'UGC deve garantire una presa in carico del paziente e della famiglia sulla base di un progetto riabilitativo di struttura e di un progetto riabilitativo individuale (PRI).

Nel percorso del paziente, l'attività di degenza in UGC si colloca dopo la fase di trattamento intensivo e, dove presente, di trattamento semi-intensivo. La degenza in UGC prevede poi il passaggio della persona verso setting territoriali con obiettivo primario il ritorno alle condizioni di vita precedenti al danno cerebrale.



nursing riabilitativo multiplo o complesso;

c) le condizioni cliniche del paziente sono tali da permettere un trattamento riabilitativo da somministrarsi con l'approccio multidisciplinare più adeguato.

Le Unità di Riabilitazione per le persone affette da GCA hanno nello specifico il compito, entro la rete riabilitativa, di realizzare:

- la predisposizione dei protocolli operativi per la acquisizione dei dati epidemiologici relativi alle malattie invalidanti a livello provinciale e regionale;
- la promozione di ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche riabilitative;
- la predisposizione di protocolli valutativi e terapeutici di base per l'omogeneizzazione e l'elevazione degli standard di trattamento in relazione alle più comuni disabilità;
- la formazione, il perfezionamento e l'aggiornamento professionale degli operatori;
- l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi e ortesi;
- la prescrizione, il collaudo e l'adattamento, nella fase del trattamento, degli ausili, delle protesi e delle ortesi previsti dal vigente nomenclatore tariffario delle protesi.

MODELLO DI PRESA IN CARICO

Il modello di presa in carico proposto, come diffuso e riconosciuto a livello nazionale e internazionale, prevede una presa in carico omni-comprendiva delle menomazioni in termini di funzioni, attività e partecipazione della persona con grave cerebro-lesione secondo il modello dell'International Classification of Functioning (ICF, OMS 2001).

Lo strumento cardine della presa in carico in riabilitazione intensiva è il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**; esso definisce un insieme di proposizioni che, elaborate da un team riabilitativo, tenendo conto dei bisogni del paziente, delle sue menomazioni, disabilità e abilità residue, delle risorse ambientali disponibili, definiscono gli esiti finali generali. All'interno del PRI sussistono i singoli programmi riabilitativi di intervento definiti per:

- o Tipologia
- o Obiettivi
- o Tempi
- o Misure di valutazione
- o Professionisti responsabili

L'attività di riabilitazione viene condotta quindi attraverso un approccio basato:

-sul lavoro in team inter-professionale costituito da diversi professionisti (medico, fisioterapista, infermiere, operatore socio sanitario, logopedista, terapeuta occupazionale, psicologo, educatore, assistente sociale) che utilizzano strumenti e luoghi adibiti alla individuazione e condivisione degli obiettivi di trattamento;

-sulla definizione di un PRI (che definisce l'outcome globale) e conseguenti programmi riabilitativi (che definiscono obiettivi a breve e medio termine) specifici in cui partecipano i professionisti con responsabilità diverse;



-su Interventi orientati gli obiettivi specifici raggiungibili dal paziente;

-su valutazioni con strumenti validati eseguite all'inizio, durante e alla fine dei programmi col fine di poter misurare l'outcome del paziente.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo primario è l'inizio dell'attività di ricovero ordinario in risposta al bisogno della popolazione, conformemente al progetto di Rete ospedaliera della Sardegna e come confermato nel Piano della Performance 2016 della ASL di Oristano.

L'inizio delle attività di ricovero verrà infatti permesso dal completamento dell'accreditamento regionale temporaneo la cui procedura è già stata avviata da questa azienda.

Nella nota finale del verbale di Ispezione del 29.7.2015 viene posta come condizione l'acquisizione di:

1. estremi del personale medico e non medico con relative certificazioni
2. collaudo di avviamento degli impianti
3. procedure specifiche della struttura
4. relazione tecnico sanitaria di attivazione della struttura

Esistono pertanto dei necessari sotto-obiettivi nel processo di inizio attività:

- ~~Predisposizione progetto con descrizione attività caratterizzanti e sviluppo procedure e istruzioni operative correlate e~~
- Presentazione del progetto all'Assessorato alla Sanità
- Selezione del personale.
- Formazione del personale.
- Integrazione della SC nella realtà dei servizi dell'Ospedale San Martino e della nuova rete ospedaliera regionale.

CRONOPROGRAMMA 36 mesi																															
ATTIVITÀ	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
	/	/	/	/	/	/	/	0	1	2	/	/	/	/	/	/	/	0	1	2	/	/	/	/	/	/	/	0	1	2	
	1	1	1	1	1	1	1	/	/	/	1	1	1	1	1	1	1	/	/	/	1	1	1	1	1	1	1	/	/	/	
	6	6	6	6	6	6	6	1	1	1	7	7	7	7	7	7	7	1	1	1	8	8	8	8	8	8	8	8	1	1	1
Elaborazione progetto																															
Presentazione assessorato																															
Selezione personale																															

Nel progetto di attività viene prevista un'organizzazione dell'attività medica specialistica garantita in h 24, di cui le 12 ore diurne, compresi i festivi, sono a carico del personale specialista in medicina riabilitativa mentre le 12 ore notturne sono garantite da medici Internisti afferenti al dipartimento di area medica. Inoltre risulta proponibile la riduzione da 2 ad 1 unità di terapeuta occupazionale, vista la tipologia di pazienti che presentano in gran parte delle difficoltà motorie e cognitive tali per cui non è proponibile lo sviluppo di programmi specifici di terapia occupazionale.

Risulta invece necessario incrementare la quota di personale assistenziale di supporto, rispetto a quanto proposto a suo tempo, per la necessità di gestire le attività che richiedono un'importante coinvolgimento degli operatori sanitari non solo in ambiente degenziale ma anche negli ambienti tecnici riabilitativi. Ciò in quanto la complessità assistenziale dei pazienti, in assenza di personale di supporto, determinerebbe una riduzione dell'effettivo tempo di trattamento a scapito dei programmi riabilitativi. Si ritiene pertanto necessario, rispetto a quanto previsto nelle tabelle di accreditamento, incrementare a 9 le unità di operatore socio sanitario (OSS) con 15 unità infermieristiche; inoltre risulta necessario ricomprendere delle figure professionali ritenute essenziali per la presa in carico di questa tipologia di utenti: il logopedista, di cui si propone l'assunzione di 2 unità; lo psicologo, di cui si propone l'assunzione di 2 unità di cui una a tempo parziale al posto di una a tempo pieno (per garantire la struttura da assenze prolungate per malattia, ferie, etc.); l'educatore professionale, di cui si propone l'assunzione di 1 unità a tempo parziale; l'assistente sociale di cui si propone l'assunzione di 1 unità a tempo parziale.

PIANO TRIENNALE DI AVVIO DELLE ATTIVITA'

Il piano triennale di apertura prevede l'incremento progressivo della dotazione dell'U.O. di Neuroriabilitazione dell'ospedale San Martino fino ai 16 posti letto secondo codice 75 previsti dalla Proposta di riforma della rete ospedaliera. Il piano prevede il coerente progressivo incremento della dotazione organica e delle attrezzature al fine di permettere una presa in carico adeguata in sicurezza.

ANNO 2016

Obiettivo è l'apertura della struttura entro il mese di Luglio 2016 con numero 10 posti letto di degenza ordinaria, di cui si prevede un tasso di occupazione $\Rightarrow >60\%$. Tale previsione di occupazione al 60% nei primi 6 mesi di attività è legata alla necessità di sviluppare expertise nei professionisti, nonché rendere operativa l'organizzazione di UO. Per garantire la piena funzionalità della struttura per i 10 posti letto, secondo quanto previsto dalle norme di accreditamento in ambito regionale, si rende necessaria l'acquisizione della sottoelencata dotazione organica.

POSIZ.FUNZIONALE/PROFILO	NUMERO	COSTI €
Direttore UO Neuroriabilitazione	1	128.746
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa (1 già presente ortopedia)	5	299.037
Dirigente Medico Neurologia/Medicina Interna (2 già presenti dipartimento)	4	149.518
Fisioterapista	6	202.080
Terapista occupazionale	1	33.680

L.L. T.K. G. nelli 

Logopedista	2	67.360
CPS-Infermiere-Cat d	15	505.200
Operatore Socio Sanitario	9	247.899
Dirigente Sanitario Psicologo Esperto in Neuropsicologia	1	62.502
Dirigente Sanitario Psicologo TEMPO PARZIALE 20 ORE	1	32.896
Educatore professionale con rapporto di lavoro (part time a 24 ore sett.)	1	22.453
Assistente sociale con rapporto di lavoro(part time a 20 ore sett.)	1	18.710
TOTALE per 12 mesi	47	1.770.081
TOTALE per 6 mesi (1.7-31.12.2016)		885.040,5

Nonche' delle seguenti attrezzature/arredi previsti per il completamento tecnico del reparto:

Descrizione	caratteristiche	Modello	Quantità	Prezzo Unitario	Prezzo complessivo	Iva 22%	Totale
ATTIVITA' ASSISTENZIALE							
Carrello emergenza			1	1275,00	1275,00	280,50	1555,50
Carrello biancheria			2	508,00	1016,00	223,52	1239,52
Carrello di servizio			3	215,00	645,00	141,90	786,90
Carrello multifunzione			3	990,00	2970,00	653,40	3623,40
Carrello porta cartelle			1	972,00	972,00	213,84	1185,84
Postazione di lavoro infermeria con lavabo - mobile contenitore prodotti pulizia			1	2500,00	2500,00	550,00	3050,00
Carrello elettrocardiografo/carrello servitore			1	515,00	515,00	113,30	628,30
STRUMENTI TECNICI							
Monitor multi parametrici			10	980,00	9800,00	2156,00	11956,00
Polsossimetri portatili			2	220,00	440,00	96,80	536,80
Aspiratori portatili			2	250,00	500,00	110,00	610,00
Eco bladder			1	3000,00	3000,00	660,00	3660,00
Sollevatore deambulatore			1	1200,00	1200,00	264,00	1464,00
Bilancia a pedana			1	1150,00	1150,00	253,00	1403,00
Defibrillatore			1	1300,00	1300,00	286,00	1586,00
Cardiolina ECG			1	1500,00	1500,00	330,00	1830,00

Letti per verticalizzazione statica			2	1800,00	3600,00	792,00	4392,00
Software Test Neuropsicologici			1	5000,00	5000,00	1100,00	6100,00
Strumenti (software per riabilitazione neuropsicologica)			1	5200,00	5200,00	1144,00	6344,00
Frigido farmacia			1	1500,00	1500,00	330,00	1830,00
CAMERE DEGENZA							
Letti elettrici (tipo Avantguard)			2	1520,00	3040,00	668,00	3708,00
Materassi anti decubito curativi a bassa pressione alternata		Hill-Rom Duo2	4	4500,00	18000,00	3960,00	21960,00
Porta scopino+scopino			13	50,00	650,00	143,00	793,00
Porta salviette			15	30,00	450,00	99,00	549,00
Porta sapone			10	30,00	300,00	66,00	366,00
Porta carta igienica			13	30,00	390,00	85,80	475,80
Cestini bagno			16	20,00	320,00	70,40	390,40
Armadio camere degenza (2 ante)			1	450,00	450,00	99,00	549,00
Poltrone relax (per familiari)			2	500,00	1000,00	220,00	1220,00
Sfigomanometro			14	50,00	700,00	154,00	854,00
ARREDI COMUNI							
Sedia			40	134,00	5360,00	1179,20	6539,20
Mobile porta tv per soggiorno			1	500,00	500,00	110,00	610,00
Televisione per soggiorno			1	800,00	800,00	176,00	976,00
ARREDI STUDI							
Mobile alto ante scorrevoli (180x45x200)			10	351,50	3515,00	773,30	4288,30
Mobile basso ante scorrevoli standard 100 cm			4	207,50	830,00	182,60	1012,60
Postazione di lavoro standard (Scrivanias+cassettiera+sedia)			11	503,22	5535,42	1217,79	6753,21
Postazione di lavoro superiore (Scrivanias+cassettiera+sedia)			1	899,00	2500,00	550,00	3050,00

Computer			10	510,00	5100,00	1122,00	6222,00
Scaffale – libreria per ufficio			12	200,00	2400,00	528,00	2928,00
Appendini			6	45,50	273,00	60,06	333,06
Sedute sala d'attesa su barra			8	50,00	400,00	88,00	488,00
Armadio farmaci			1	729,00	729,00	160,38	889,38
Armadio liquidi			1	700,00	700,00	154,00	854,00
Fotocopiatore			1	1600,00	1600,00	352,00	1952,00
Televisore LED schermo 60"			1	1500,00	1500,00	330,00	1830,00
TOTALE COMPLESSIVO					101425,42		123372,21

Per l'avvio delle attività sono previsti inoltre costi generali relativi a pulizie, lavanolo, pasti e consumo energetico come da tabella successiva.

COSTI GENERALI DELLA STRUTTURA PER 10 POSTI LETTO	
Pulizie	60.226
Consumo energetico/manutenzioni	55.000
Pasti	46.366
Lavanolo	23.725
Farmaci e presidi	80.000
TOTALE per 12 mesi	265.317
TOTALE per 6 mesi (1.7-31.12.2016)	132.658

Infine nella fase iniziale di apertura è prevista un piano di formazione del personale neo-assunto da realizzarsi in parte all'interno di questa azienda e in parte attraverso convenzione con una struttura di eccellenza e di riferimento a livello nazionale (AOU Ferrara, Ospedale San Gioglio, HUB rete GCA Emilia Romagna) dove è previsto un affiancamento e tutoraggio di alcuni dei neoassunti (figure di coordinamento e dirigenziali).

COSTI DELLA FORMAZIONE	
AFFIANCAMENTO E TUTORAGGIO DEL PERSONALE IN STRUTTURE DI RIFERIMENTO NAZIONALE PER 15 GG LAVORATIVI PER 10 OPERATORI	22.000
EVENTI FORMATIVI INTERNI	5.000

ANALISI PRODUZIONE ANNO 2016

In considerazione della disponibilità di 10 posti letto e del proposto tasso di occupazione => 60%, è prevista una produzione di 395.853 euro per i sei mesi di attività (Luglio-Dicembre 2016). La maggior parte della produzione, come sopra descritto, sarà a carico del territorio extra ASL 5. Quindi è ipotizzabile, sulla base delle giornate di degenza consumate nel 2014 (presso centro Santa Maria Bambina), una produzione per mobilità attiva pari a 316.682 (80% giornate di degenza consumate da residenti in altre ASL).

ANNO 2017

Dal 1.1.2017 si prevede l'ampliamento da 10 a 14 posti letto secondo codice 75. Tale incremento determinerà l'esigenza di adeguare la dotazione organica agli standard di riferimento (DGR 47/42 2010), di implementare la dotazione tecnica del reparto e continuare il percorso formativo includendo i neoassunti. La dotazione organica dovrà essere così modificata:

POSIZ.FUNZIONALE/PROFILO	NUMERO	COSTI €	INCREMENTO	VARIAZIONE
Direttore UO Neuroriabilitazione	1	128.746	0	128.746
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa (1 già presente ortopedia)	5	299.037	1	373.796
Dirigente Medico Neurologia/Medicina Interna (2 già presenti dipartimento)	4	149.518	0	149.518
Fisioterapista	6	202.080	1	235.760
Terapista occupazionale	1	33.680	0	33.680
Logopedista	2	67.360	0	67.360
CPS-Infermiere-Cat d	15	505.200	3	606.240
Operatore Socio Sanitario	9	247.899	0	247.899
Dirigente Sanitario Psicologo Esperto in Neuropsicologia	1	62.502	0	62.502
Dirigente Sanitario Psicologo TEMPO PARZIALE 20 ORE	1	32.896	0	32.896
Educatore professionale con rapporto di lavoro (part time a 24 ore sett.)	1	22.453	0	22.453
Assistente sociale con rapporto di lavoro(part time a 20 ore sett.)	1	18.710	0	18.710
TOTALE per 12 mesi (1.1-31.12.2017)	47	1.770.081	52	1.979.560

Attrezzature/arredi e spazi tecnici previsti per il completamento tecnico del reparto rispetto all'ampliamento dei posti letto:

Descrizione	caratteristiche	Modello	Quantità	Prezzo Unitario	Prezzo complessivo	Iva 22%	Totale
Letto verticalizzatore			1	25.000	25.000	5.500	30.500
Letti elettrici (tipo Avantguard)			5	1.520,00	7.600,00	1.672,00	9.272,00
Letto verticalizzatore robotico	Verticalizzatore e mobilizzatore con svncoll per gli arti associato a stimolazione elettrica funzionale (FES)		1	80.000	80000	17.600	97.600
Laboratorio di analisi del movimento	Sistema computerizzato di acquisizione cinematica,		1	100.000	100.000	22.000	122.000

	sistema di pedana dinamometrica, sistema emg di superficie wifi						
LAVORI DI ULTIMAZIONE E ARREDO ULTERIORI SPAZI TECNICI	3 palestre 2 ambulatori Secondo piano corpo M						250.000
LAVORI DI PREDISPOSIZIONE E SISTEMAZIONE SPAZI ESTERNI	Creazione giardino riabilitativo per terapie occupazionali, relazionali e vocazionali						40.000,00
TOTALE COMPLESSIVO							549.372,00

COSTI GENERALI DELLA STRUTTURA PER 14 POSTI LETTO	
Pulizie	60.225
Consumo energetico/manutenzioni	55.000
Pasti	64.912
Lavabo	33.215
Farmaci e presidi	224.000
TOTALE per 12 mesi (dal 1.1-31.12.2017)	437.352

FORMAZIONE	
AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE IN STRUTTURE DI RIFERIMENTO NAZIONALE PER 15 GG LAVORATIVI PER 4 OPERATORI	8.800
EVENTI FORMATIVI INTERNI	4.000

ANALISI PRODUZIONE ANNO 2017

In considerazione della disponibilità di 14 posti letto e del proposto tasso di occupazione intorno al 90%, è prevista una produzione di 1.662.584,49 euro per l'anno 2017. La maggior parte della produzione sarà a carico del territorio extra ASL 5 quindi è ipotizzabile una produzione per mobilità attiva pari a 1.330.067 (80% giornate di degenza consumate da residenti in altre ASL).

ANNO 2018

Dal 1.1.2018 si prevede l'ampliamento da 14 a 16 posti letto secondo codice 75. Tale incremento determinerà l'esigenza di adeguare la dotazione organica agli standard di riferimento (DGR 47/42 2010), di implementare la dotazione tecnica del reparto e continuare il percorso formativo includendo i neoassunti. La dotazione organica dovrà essere così modificata:

POSIZ.FUNZIONALE/PROFILO	NUMERO	COSTI €	INCREMENTO	VARIAZIONE
Direttore UO Neuroriabilitazione	1	128.746	0	128.746
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa (1 gla' presente ortopedia)	6	373.796	0	373.796
Dirigente Medico Neurologia/Medicina Interna (2 gla' presenti dipartimento)	4	149.518	1	224.277
Fisioterapista	7	235.760	0	235.760
Terapista occupazionale	1	33.680	0	33.680
Logopedista	2	67.360	0	67.360
CPS-Infermiere-Cat d	18	606.240	2	673.600
Operatore Socio Sanitario	9	247.899	1	275.443
Dirigente Sanitario Psicologo Esperto in Neuropsicologia	1	62.502	0	62.502
Dirigente Sanitario Psicologo TEMPO PARZIALE 20 ORE	1	32.896	0	32.896
Educatore professionale con rapporto di lavoro (part time a 24 ore sett.)	1	22.453	0	22.453
Assistente sociale con rapporto di lavoro(part time a 20 ore sett.)	1	18.710	0	18.710
TOTALE per 12 mesi (1.1-31.12.2018)	52	1.770.081	56	2.149.224

Attrezzature/arredi e spazi tecnici previsti per il completamento tecnico del reparto rispetto all'ampliamento dei posti letto:

Descrizione	caratteristiche	Modello	Quantità	Prezzo Unitario	Prezzo complessivo	Iva 22%	Totale
Letto verticalizzatore			1	25.000	25.000	5.500	30.500
Letti elettrici (tipo Avantguard)			2	1.520,00	3.040,00	668,00	3.708,00
Apparecchio robotico per la riabilitazione del cammino	Struttura di supporto con svincoli alle anche, ginocchia e caviglia e sostegno del peso		1	300.000	300.000	66.000	366.000
TOTALE COMPLESSIVO							400.208

COSTI GENERALI DELLA STRUTTURA PER 16 POSTI LETTO	
Pulizie	60.225
Consumo energetico/manutenzioni	55.000
Pasti	74.185
Lavabo	37.960
Farmaci e presidi	256.000
TOTALE per 12 mesi (dal 1.1-31.12.2018)	483.370

FORMAZIONE	
AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE IN STRUTTURE DI RIFERIMENTO NAZIONALE PER 15 GG LAVORATIVI PER 2 OPERATORI	4.400
EVENTI FORMATIVI INTERNI	4.000

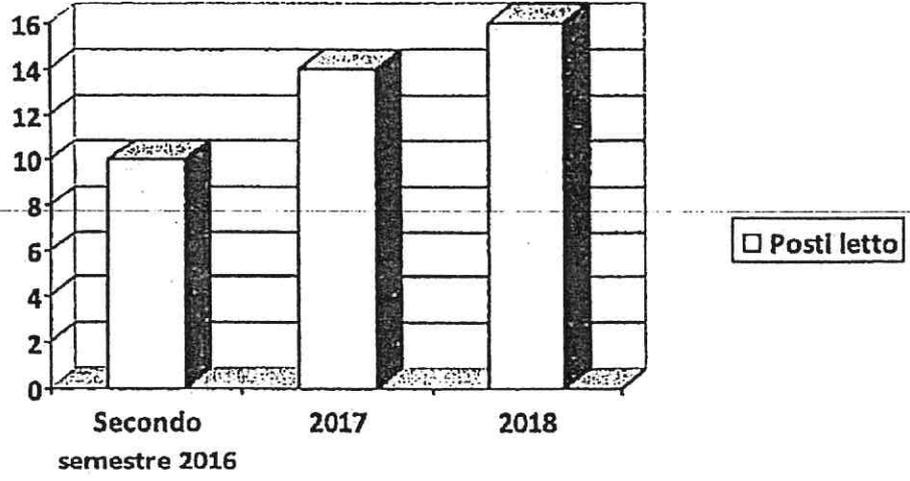
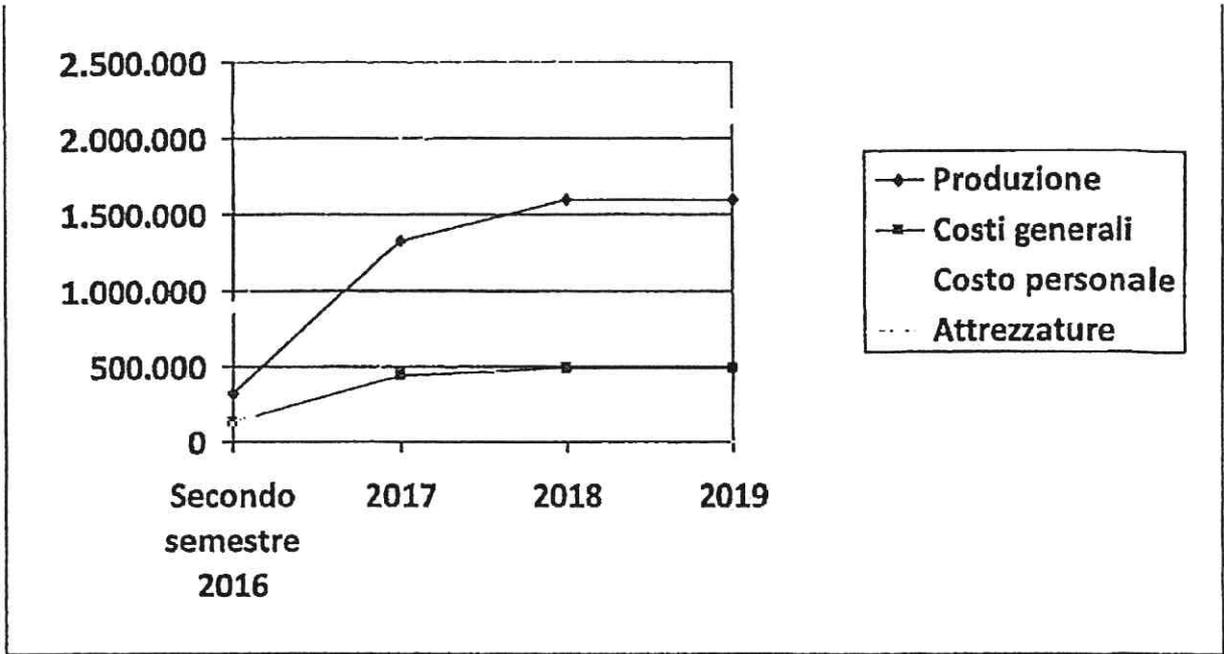
ANALISI PRODUZIONE ANNO 2018

In considerazione della disponibilità di 16 posti letto e del proposto tasso di occupazione intorno al 95%, è prevista una produzione di 2.005.657 euro per l'anno 2018. La maggior parte della produzione sarà a carico del territorio extra ASL 5 quindi è ipotizzabile una produzione per mobilità attiva pari a 1.604.525 (80% giornate di degenza consumate da residenti in altre ASL).

CONSIDERAZIONI SU COSTI E PRODUZIONE

Come si evince dal grafico sottostante, la progressiva apertura dei posti letto permetterà di ridurre il gap tra costi e produzione fino allo status a regime, che verrà raggiunto nel 2019 quando è prevedibile un tasso di occupazione del 16 posti letto superiore al 95%; è evidente che anche a regime, mantenendo costante la dotazione di posti letto e la valorizzazione di 361,51 euro per giornata di degenza, permarrà una differenza di circa 600.000 euro tra costi e valore di produzione. Detta differenza potrà essere finanziata a funzione in quanto il servizio risponde ad un bisogno di livello regionale, oppure dovrà essere rivista la valorizzazione economica della giornata di degenza che nella nostra regione è prevista al minimo tariffario. Altri elementi economici da tenere in considerazione sono:

- quello legato al costo della convenzione col centro di riabilitazione Santa Maria Bambina il cui valore economico nel 2015 era di circa 1.500.000 euro, nel 2016 si è ridotto sotto i 300.000 euro e nel 2017 verrà a cessare del tutto;
- l'apertura di 13 posti letto secondo codice 56 la cui attivazione, per il principio di economia di scala, potrebbe consentire, a fronte di un aumento dei valori di produzione, un incremento dei costi più contenuto per la possibilità di creare economie di scala prevedendo l'utilizzo del personale assistenziale e dirigenziale in un'unica area di degenza clinico-assistenziale.



[Handwritten signature]

	II°SEMESTRE 2016	2017	2018	2019
Produzione complessiva	395.853	1.662.583	2.005.656	2.005.656
Produzione prevista per mobilità attiva	316.682	1.330.067	1.604.525	1.604.525
Costi generali	-132.658	-437.352	-483.370	-483.370
Costo personale	-885.040	-1.979.560	-2.149.224	-2.149.224
Attrezzature	-123.372	-549.372	-400.208	0
Costi degenza codice 75 presso SMB nel 2016 fino a dimissione pazienti ricoverati (04/2016)	-242.212	0	0	0
Stima incremento costi riabilitazione ciclo continuativo alta Intensità anno 2016	-400.000	0	0	0
TOTALE (tenuto conto della sola produzione per mobilità attiva)	-1.466.600	-1.636.217	-1.428.277	-1.028.069

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

STANDARD DI PRESENZA DEL PERSONALE DURANTE I TURNI GIORNALIERI PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI SEGUITO DESCRITTE. L'INIZIO E LA DURATA DEI TURNI VARIA SECONDO LE ATTIVITÀ E IL CONTRATTO DI LAVORO.

PROFESSIONISTA	Turno mattino	Turno pomeridiano	Turno notturno
Dirigente medico	6	1	1 (guardia dipartimentale)
Dirigente psicologo	1 part time	1 part time	0
Fisioterapista	7	-	0
Terapista occupazionale	1	-	0
Logopedista	2	-	0
Educatore professionale	0	1 part time	0
Assistente sociale	1 part time	0	0
Infermieri	6	4	2
Operatori Sanitari	3	2	1

Attività medica

Il dirigente medico riabilitatore è il responsabile diretto del PRI del paziente ricoverato in UGC; ha ruolo di coordinamento all'interno del team riabilitativo. Ha il compito di aggiornare e verificare la documentazione clinica e in maniera specifica le valutazioni necessarie per il PRI e per i programmi specifici; guida le riunioni di programma e gli incontri informativi con i familiari.

L'attività medica riabilitativa si svolgerà nelle 12 ore diurne dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7. Un medico designato come "medico di guardia diurna" (MGD) riceverà le consegne dal "medico di guardia notturna" alle ore 8. Il MGD farà una prima ricognizione in reparto quindi parteciperà alle attività della giornata. Il MGD avrà il compito di redigere il registro delle consegne per consegnarlo al medico di guardia notturna informandolo sulle problematiche presenti in reparto.

L'attività clinica inizia con il Briefing del mattino, riunione di reparto finalizzata a colmare il gap informativo sui fatti avvenuti nella notte e nel pomeriggio del giorno precedente. A tale riunione partecipano i medici in turno al mattino, il direttore della UO, il coordinatore infermieristico, il coordinatore dei tecnici della riabilitazione.

I medici visitano i pazienti nelle camere di degenza e preferibilmente durante le attività riabilitative (ambulatori e palestre) per condividere valutazioni di menomazione e di funzione e le variazioni cliniche con il team. I medici sono responsabili della gestione clinica generale e, delle attività di consulenza attiva e passiva, della definizione dei tempi di ricovero in base al PRI. Il medico redige la lettera di dimissione in accordo con il team integrando all'interno le valutazioni e i trattamenti realizzati nei programmi riabilitativi specifici.

Ad ogni paziente viene assegnato un dirigente medico responsabile del PRI, il quale sarà, di norma, colui che seguirà il progetto riabilitativo dalla fase iniziale fino alla dimissione del paziente. Sarà quindi il medico che guiderà la visita di team e tutte le riunioni e le attività valutative e di trattamento del paziente, valuterà e prescriverà gli ausili e presidi necessari, non ultimo redigerà la relazione di dimissione.

E' ipotizzabile, dopo la prima fase di attività, la valutazione di una eventuale trasformazione di uno/ due posti di degenza ordinaria in posti letto di Day Hospital che permetterebbero il riavvicinamento della persona disabile al contesto di vita precedente con la possibilità di utilizzare le acquisizioni funzionali ottenute durante la degenza ordinaria. Inoltre è ipotizzabile lo sviluppo di attività medica ambulatoriale di primo e soprattutto di secondo livello volta al trattamento delle problematiche sensorio-motorie, cognitive e comportamentali proprie della popolazione dei neurolesi.

PRESENZA ORARIA DI MASSIMA DIRIGENTI MEDICI

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Direttore SC	8-17	8-17	8-17	8-17	8-17		
Attività di Guardia Diurna	8-20	8-20	8-20	8-20	8-20	8-20	8-20
Attività di Medico Consulente	8.30-16.30	8.30-16.30	8.30-16.30	8.30-16.30	8.30-16.30		
Attività di Medico di reparto	Attività di reparto diurna 8.30-16.30 da lunedì al venerdì e 2 riposi settimanali a seconda della turnistica						
Le attività di medico di guardia diurna, medico consulente e medico di reparto varieranno a seconda della turnistica settimanale tra i dirigenti medici.							

Attività assistenziale

L'attività assistenziale verrà definita specificamente al momento dell'integrazione delle figure di coordinamento nel gruppo di leadership della unità operativa. L'attività si svolgerà secondo tre turni quotidiani; quello del mattino, quello del pomeriggio e quello notturno con copertura quindi 24/24 e 7/7 di personale infermieristico della UO. Gli standard previsti nelle diverse fasce orarie dovranno essere quelli presentati nella tabella successiva. Cio' è di fondamentale importanza al fine di permettere la crescita e il mantenimento dell'expertise necessaria allo sviluppo della professionalità dell'infermiere di riabilitazione.

L'attività si concentrerà maggiormente durante il turno del mattino quando è prevedibile la necessità maggiore di personale assistenziale. Durante il turno diurno un operatore socio sanitario sarà incaricato di aiutare il personale tecnico della riabilitazione nella gestione del paziente in ambiente riabilitativo.

Il personale infermieristico è responsabile dell'assistenza diretta sul malato e si avvale del personale di supporto. Nell'attuazione di quanto previsto nel profilo professionale, l'infermiere assicura l'assistenza infermieristica al paziente con erogazione di prestazioni in autonomia totale o in interdipendenza con il medico e con le altre figure; applica conoscenze, competenze tecniche e relazionali, assumendo la responsabilità totale del piano di assistenza.

Il personale infermieristico avrà il compito di portare avanti i programmi specifici assistenziali, di refertare le attività e documentarle utilizzando strumenti appositi (schede specifiche, diario assistenziale, cartella clinica Integrata) al fine di adempiere al dovere di rendicontazione e registrazione inoltre partecipa alle riunioni di progetto, di programma e di relazione con la famiglia e partecipa alla preparazione della relazione di dimissione.

L'attività ausiliare è gestita attraverso un'organizzazione a squadre Interdipartimentale all'interno del presidio, garantendo gli interventi secondo un modello di "LEAN organization" basato sul soddisfacimento del bisogno puntuale delle singole unità operative (just in time).

SCHEMA DI PRESENZA PERSONALE INFERMIERISTICO E DI SUPPORTO

	Turno diurno H 7-14			Turno pomeridiano H 14-22			Turno notturno H 22-7		
	Giorni Feriali	Sabato	Festivi	Giorni Feriali	Sabato	Festivi	Giorni Feriali	Sabato	Festivi
Infermieri	6	4	3	4	3	2	2	2	2
Operatori Sanitari	3	3	2	2	2	2	1	1	1

Attività fisioterapica

L'attività riabilitativa fisioterapica verrà definita specificamente al momento dell'integrazione delle figure di coordinamento nel gruppo di leadership della struttura complessa.

L'attività verrà svolta secondo un unico turno dalle ore 8.30 alle ore 16.30 dal lunedì al venerdì, mentre il sabato e la domenica dalle ore 8.30 alle ore 14.30. Le attività vengono pianificate in base all'organizzazione ordinaria di reparto e, qualora fosse necessario, in base agli eventi extra-ordinari.

Il luogo d'attività sono le palestre, le camere di degenza e i laboratori di attività individuale.

Il fisioterapista durante l'attività ha il compito di eseguire le valutazioni cliniche specifiche (range articolare; la forza e il tono muscolare, la coordinazione e l'equilibrio, il controllo posturale, lo stato di coscienza e la funzione respiratoria, utilizzando scale e strumenti specifici), di mantenere adeguata igiene articolare, di prevenire le complicanze da ipo-mobilità; effettua il trattamento riabilitativo attraverso la mobilizzazione passiva, attiva e assistita, la rieducazione neuro-motoria con l'utilizzo di tecniche specifiche, il ricondizionamento alla postura seduta e alla progressiva verticalizzazione, il training deambulatorio con o senza ausili, il training per il recupero e il miglioramento dell'equilibrio statico e dinamico; effettua la rieducazione della funzione respiratoria in particolare nei pazienti portatori di cannula tracheo-stomica, collabora alla valutazione degli ausili ed effettua l'addestramento al loro utilizzo, addestra i familiari in reparto per quanto riguarda i trasferimenti e la deambulazione in previsione di prove di domiciliazione e/o dimissione.

Il personale fisioterapico avrà il compito di portare avanti i programmi specifici riabilitativi, di riferire le attività e documentarle utilizzando strumenti appositi (schede specifiche, cartella clinica integrata), al fine di adempiere al dovere di rendicontazione e registrazione, inoltre partecipa alle riunioni di progetto, di programma e di relazione con la famiglia e partecipa alla preparazione della relazione di dimissione.

Attività di terapia occupazionale

L'attività riabilitativa di terapia occupazionale verrà definita specificamente al momento dell'integrazione delle figure di coordinamento nel gruppo di leadership della struttura complessa.

L'attività verrà svolta secondo un unico turno dalle ore 8.30 alle ore 16.15 dal lunedì al venerdì. Le attività vengono pianificate in base all'organizzazione ordinaria di reparto e, qualora fosse necessario, in base agli eventi extra-ordinari.

I luoghi d'attività sono prevalentemente i laboratori di attività individuale ma anche le palestre e non ultime le camere di degenza.

Il terapeuta occupazionale agisce allo scopo di migliorare le capacità fisiche e cognitive residue della persona mediante esercizi finalizzati al recupero di funzioni legate all'autonomia quotidiana; valuta e prova le attrezzature e gli ausili che possono aiutare la persona nelle attività, valuta i rischi per la sicurezza nell'ambiente domestico e lavorativo, consiglia le attività che migliorano l'autostima ed aumentano la motivazione alla partecipazione, addestra gli assistenti/familiari a prendersi cura al meglio del paziente e di se stesso.

Il personale di terapia occupazionale avrà il compito di portare avanti i programmi specifici riabilitativi, di refertare le attività e documentarle utilizzando strumenti appositi (schede specifiche, cartella clinica integrata), al fine di adempiere al dovere di rendicontazione e registrazione, inoltre partecipa alle riunioni di progetto, di programma e di relazione con la famiglia e partecipa alla preparazione della relazione di dimissione.

Attività logopedica

L'attività riabilitativa di logopedia verrà definita specificamente al momento dell'integrazione delle figure di coordinamento nel gruppo di leadership della struttura complessa.

L'attività verrà svolta secondo un unico turno dalle ore 8.30 alle ore 16.30 dal lunedì al venerdì, mentre il sabato e la domenica dalle ore 8.30 alle ore 14.30. Le attività vengono pianificate in base all'organizzazione ordinaria di reparto e, qualora fosse necessario, in base agli eventi extra-ordinari.

I luoghi d'attività sono prevalentemente i laboratori di attività individuale ma anche le palestre, il soggiorno dove i pazienti mangiano e non ultime le camere di degenza.

Il logopedista durante l'attività ha il compito di eseguire la valutazione di riflessi orali patologici, prassie orobucco-facciali, funzione fonatoria e articolatoria, funzione comunicativa; effettua la valutazione della deglutizione con tutte le consistenze e l'osservazione del pasto, nel paziente tracheo-stomizzato valuta la gestione delle secrezioni orali con colorante, partecipa valutazione stato di coscienza mediante scale specifiche; partecipa alla valutazione neuropsicologica ed il trattamento dei deficit cognitivi riguardanti le funzioni attentive, mnestiche, linguistiche ed afasiche; funzioni prassiche ed esecutive; effettua training specifico per la deglutizione, per le funzioni neuropsicologiche e del linguaggio; effettua l'addestramento del paziente e/o caregiver per le modalità di alimentazione in sicurezza del paziente; effettua l'addestramento del paziente e/o caregiver all'utilizzo di strategie comunicative efficaci.

Il logopedista avrà il compito di portare avanti i programmi specifici riabilitativi, di refertare le attività e documentarle utilizzando strumenti appositi (schede specifiche, cartella clinica integrata), al fine di



adempiere al dovere di rendicontazione e registrazione, inoltre partecipa alle riunioni di progetto, di programma e di relazione con la famiglia e partecipa alla preparazione della relazione di dimissione.

Attività di educazione professionale

L'attività verrà svolta secondo un unico turno, al pomeriggio dal lunedì al sabato per n° 4 ore (20 ore settimanali). L'educatore avrà il compito di sviluppare all'interno del progetto riabilitativo, programmi relativi all'attività di recupero della socializzazione e ad attività di valutazione delle capacità residue lavorative.

SCHEMA DI MASSIMA DI PRESENZA DEL PERSONALE TECNICO DELLA RIABILITAZIONE

	Lunedì-Venerdì'	Sabato
Coordinatore	8.30-15.45	-
Fisoterapisti	8.30-14.30/9-16.15	8.30-14.30
Logopedisti	8.30-14.30/9-16.15	8.30-14.30
Terapisti Occupazionali	9.00-16.15	-
Educatore professionale	14.00-18.00	-

Attività psicologica

L'attività del dirigente psicologo sarà finalizzata alla parte clinica con la presa in carico dei pazienti e dei familiari che necessitano di supporto durante la degenza ma anche alla parte neuropsicologica in collaborazione con l'attività dei logopedisti.

Il dirigente psicologo svolgerà l'attività in turno diurno dalle 9 alle 19 dal lunedì al venerdì, rapportandosi con tutte le altre figure professionali. Per una ottimizzazione delle attività di servizio sarebbe opportuno prevedere n° 2 figure professionali con rapporto orario di 5 ore giornaliere per cinque giorni la settimana.

I luoghi d'attività sono prevalentemente i laboratori di attività individuale ma anche le palestre e le camere di degenza.

In particolare effettua la valutazione cognitivo-comportamentale ed effettua il loro trattamento (disordini di attenzione, memoria, consapevolezza, prassia e delle funzioni esecutive; disordini comportamentali in minus e in plus); valuta l'eventuale presenza di disordini dell'umore; effettua il counselling familiare e il supporto psicologico al pz e ai familiari, individua il caregiver, prende contatti, quando necessario, con l'assistente sociale per integrare la sua professionalità nel percorso.

Il dirigente psicologo avrà il compito di portare avanti i programmi specifici riabilitativi, di refertare le attività e documentarle utilizzando strumenti appositi (schede specifiche, cartella clinica integrata), al fine di adempiere al dovere di rendicontazione e registrazione, inoltre partecipa alle riunioni di progetto, di programma e di relazione con la famiglia e partecipa alla preparazione della relazione di dimissione.

	Lunedì-Venerdì
Dirigente psicologo	9-19

Attività di Assistente Sociale

L'attività dell'Assistente sociale è finalizzata alla presa in carico dei pazienti e dei loro familiari nonché al raccordo con gli altri enti per il reinserimento sociale della persona. L'Operatore Sociale svolgerà l'attività in turno diurno dal lunedì al venerdì, con un orario di attività giornaliera di 4 ore (20 ore settimanali).

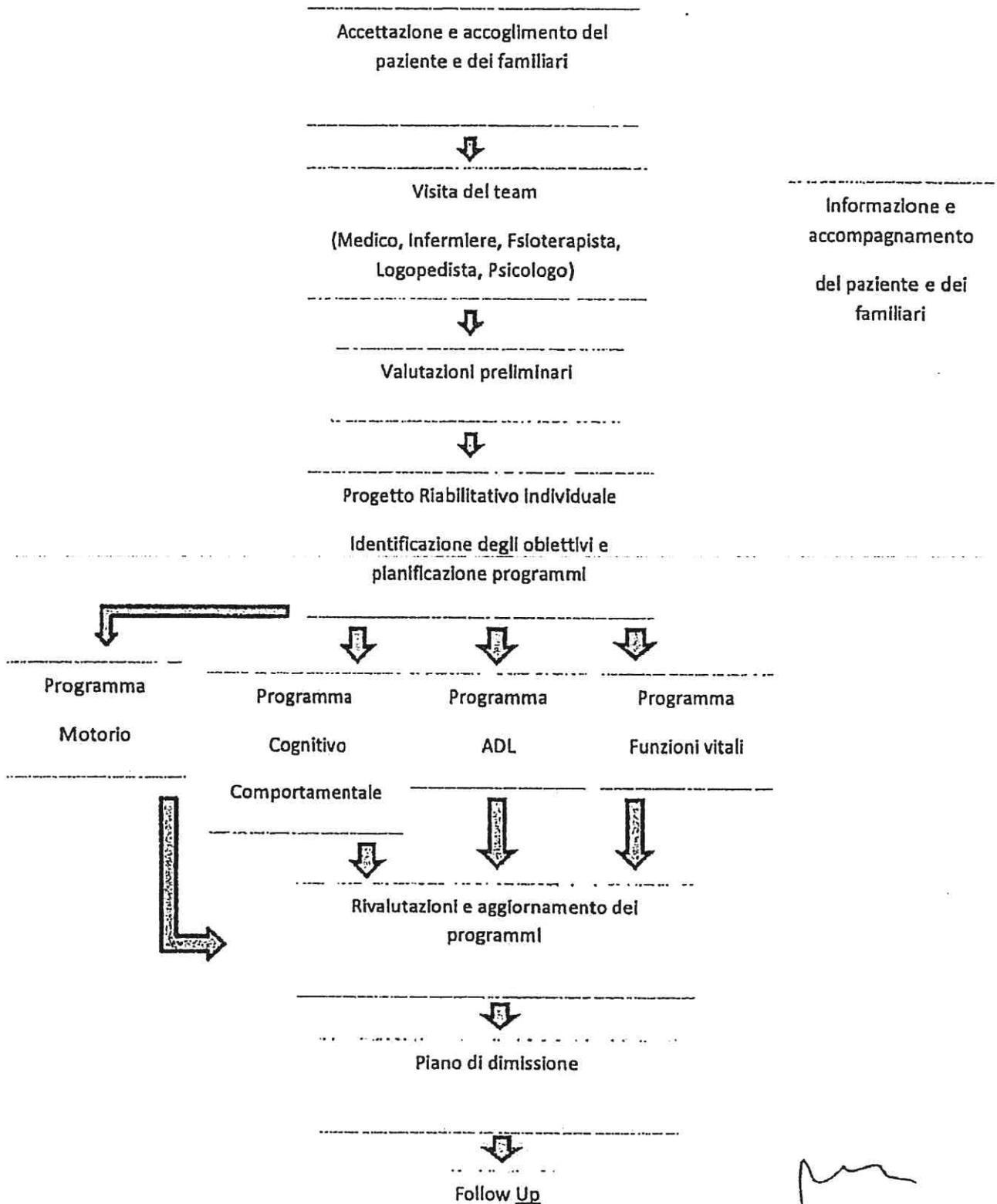
Attività di visita dei pazienti

Il senso generale è quello di riavvicinare la famiglia alla persona con GCA, pertanto il reparto dovrà accogliere i familiari in maniera elastica differenziandosi da ciò che avviene nei reparti per acuti.

I familiari dei pazienti saranno accolti in reparto al termine delle attività riabilitative dalle 17 alle 20. Nel questo orario è esteso nel fine settimana e nei giorni festivi dalle 15 alle 20. In casi particolari, in cui la presenza del familiare è auspicabile o necessaria per gli obiettivi di programma, l'accesso in reparto potrà essere esteso previa autorizzazione del medico responsabile del progetto riabilitativo e condivisione con il coordinatore infermieristico o l'infermiere di turno.



FLOWCHART ATTIVITA' UO NEURORIABILITAZIONE



STRUMENTI PER L'ATTIVITA' DI TEAM

STRUMENTO	SCOPO	QUANDO	PARTECIPANTI	STRUMENTI
Visita Ingresso	Messa in sicurezza del paziente: valutazione clinica iniziale, impostazione terapia, impostazione alimentazione	Giorno di Ingresso	Medico, Inf	Cartella clinica integrata
Visita di team	Valutazione complessiva di strutture, funzioni, attività e partecipazione	Giorno successivo all'Ingresso	Medico, Inf, FT, LP	Scheda visita di team/esame obiettivo Ingresso
Riunione di programma	Condivisione valutazione, definizione obiettivi, tempi e modi	Dopo la visita di team e nel corso del ricovero almeno mensilmente	Medico, Inf, FT, LP, Psicologo	Scheda riunione programma
Riunione di progetto e programma	Condivisione obiettivi lungo termine	Entro una settimana dall'Ingresso	Medico, Inf, FT, LP, Psicologo	Scheda PRI
Riunione pre-dimissione	Definizione outcome alla dimissione, elaborazione relazione di dimissione	Entro 10 giorni dalla dimissione	Medico, Inf, FT, LP, Psicologo	Scheda riunione programma, relazione di dimissione
Riunione con i familiari	Informare e supportare	Dopo le riunioni di programma, progetto e alla necessità	Medico, Inf, FT, LP, Psicologo	Scheda riunione famiglia
Briefing	Informazioni cliniche e riabilitative del pomeriggio e notte	Ogni mattina	Medici, Coordinatori	Registro briefing
Audit settimanale	Informazioni cliniche e riabilitative dei pazienti ricoverati, condivisione programmi, durata degenza	Settimanalmente	Medici, Coordinatori	Report riunione settimanale
Audit clinico	Miglioramento qualità attività	All'occorrenza	Professionisti responsabili dell'attività	Report di audit

DOCUMENTAZIONE BASE PRODOTTA

STRUMENTO	RESPONSABILITA' PRIMARIA	RESPONSABILITA' ASSOCIATE
Cartella clinica integrata	Medico resp PRI	Inf, FT, LP, TO, PSI
Scheda SDO	Medico resp PRI	Direttore UO
Diario Assistenziale	Inf	OSS
Scheda valutazione disfagia	LP	Inf, OSS, FT, OT, Medico
Scheda menomazione motoria	FT, OT	Medico
Diario di attivita' tecnica della riabilitazione	FT, LP, OT, Psicologo	
Registro consegne	Medico guardia diurna	Medici
Relazione di dimissione	Medico resp. PRI	Team del PRI
Scheda valutazione cognitivo-comportamentale	Psicologo, LP	Team
Scale specifiche FIM DRS MODIFIED BARTHEL INDEX CHARLSON BRADEN-NORTON DOSS CRS-R NRS-R RCS-E LCF MOCA	Professionista responsabile di programma specifico	Team

La cartella clinica integrata rappresenta lo strumento documentale principale. La responsabilità primaria è del dirigente medico responsabile del PRI e del direttore dell'U.O. Nella cartella clinica integrata confluisce tutta la documentazione clinica sia durante l'episodio di ricovero sia alla conclusione dello stesso.

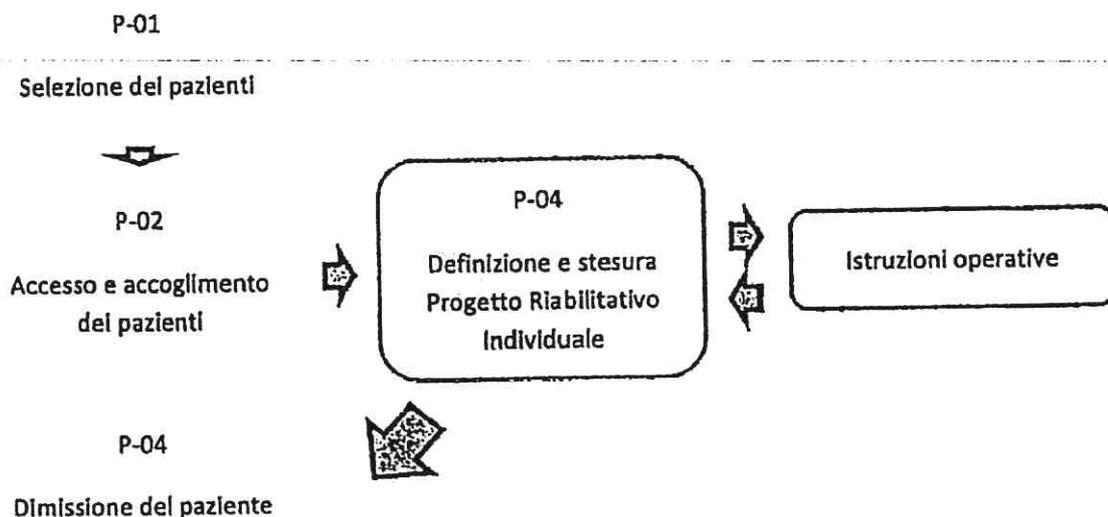
PROCEDURE SPECIFICHE DI UO

Le procedure specifiche rappresentano la base procedurale di attività dell'UO che definiscono la peculiarità dei processi della stessa. Le diverse attività inerenti all'attività di degenza e riabilitativa, inserite all'interno del PRI verranno declinate all'operatività della struttura all'interno di istruzioni operative. L'UO ovviamente assume in via automatica tutte le procedure già in essere a livello aziendale e del dipartimento medico di appartenenza.

Procedure di UO:

- Selezione dei pazienti (allegato 1)
- Accesso e accoglimento dei pazienti in regime di ricovero (allegato 2)
- Definizione e stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (allegato 3)
- Pianificazione dimissione e/o passaggio ad altro setting (allegato 4)

FLOW CHART PROCEDURALE



INTERFACCIA STRUTTURE PER ACUTI - UO NEURORIABILITAZIONE

Paziente con
grave
cerebrolesione
encefalico in
degenza per acuti



Valutazione e presa in carico del
medico fisiatra della UO
Neuroriabilitazione



Compilazione Modulo di Proposta di
ricovero



Bisogno di ricovero
in
Neuroriabilitazione
codice 75?



Pianificazione tempi di accoglimento



Altro percorso appropriato individuato
dal medico fisiatra della UO di
Neuroriabilitazione



FONTI

- Rehabilitation Medicine Indicators – Clinical Indicator Users’ Manual – Version 4 for use in 2008. Australian Faculty of Medicine ACHS performance and outcome Service.
- Consensus Conference Modena sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2000 -*Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 (www.simfer.it; www.pnlg.it)
- Consensus Conference Verona sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2005 -*Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni*.
- Consensus Conference Parma sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2010 -*Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni*.
- Basaglia N. – Progettare la Riabilitazione – Edì Ermes editore, Milano, 2002
- Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- Piano di Indirizzo per la riabilitazione (Conferenza stato regioni 10.2.2011)
- Linee di Indirizzo sulle attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione (Delibera Regione Sardegna 8/16 del 28.2.2006)
- Rehabilitation following acquired brain injury. National clinical guidelines 2003. Royal College of Physician
- International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001

DEFINIZIONI

FT = Fisioterapista

Inf = Infermiere

LT = Logopedista

OSS= Operatore Socio-Sanitario

UO= Unità Operativa

OBIETTIVI RIABILITATIVI= obiettivi individuati dal team riabilitativo

PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE = Insieme di proposizione che orientano verso un outcome globale e/o funzionale

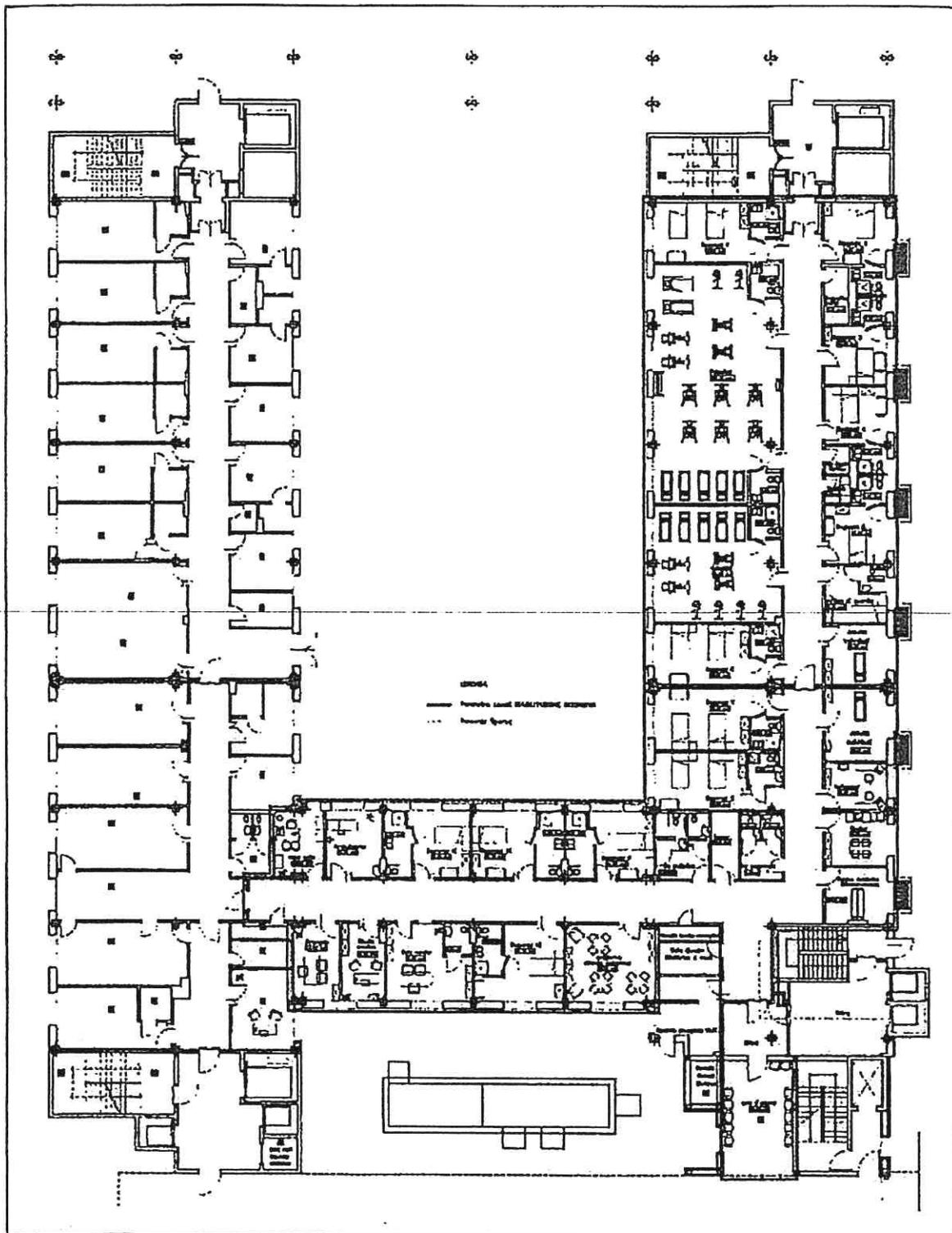
PROGRAMMI RIABILITATIVI= individuazione di obiettivi di breve e medio termine con indicazione delle relative attività, responsabilità, verifiche.

RELAZIONE DI DIMISSIONE= documentazione scritta rilasciata dalla UO di Neuroriabilitazione all’atto della dimissione/reinserimento o passaggio in carico ad altra struttura

RIUNIONE DI PROGRAMMA= riunioni del team dei professionisti per la predisposizione del progetto riabilitativo e dei singoli programmi d’intervento

TEAM RIABILITATIVO INTERPROFESSIONALE = Medico responsabile, Psicologo, Infermiere, Fisioterapista, Logopedista, Terapista occupazionale, OSS

PIANTA CORPO M PIANO TERRA UO NEURORIABILITAZIONE



CORPO M - Pianta Piano Terra



ALLEGATO 1

P-01 NEURORIABILITAZIONE SELEZIONE DEI PAZIENTI

Scopo

Definire i criteri e le modalità di selezione dei pazienti per cui è appropriata la presa in carico in regime di ricovero, le modalità d'accesso in regime di ricovero, in modo da garantire:

- appropriatezza nell'accesso
- equità nell'accesso
- tempestività nell'accesso
- ottimizzazione nell'impiego delle risorse

Campo di applicazione

La procedura riguarda i pazienti proposti per valutazione e presa in carico in regime di ricovero.

Riferimenti

- Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- Consensus Conference Modena sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2000 -Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 www.slmfer.it; www.pnlg.it
- Piano di indirizzo per la riabilitazione (Conferenza stato regioni 10.2.2011)
- Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e socio-sanitarie di riabilitazione (Delibera Regione Sardegna 8/16 del 28.2.2006)

Azioni, responsabilità e strumenti

a – Valutazione del paziente

La valutazione del paziente circa la possibile necessità di presa in carico riabilitativa in regime di ricovero è effettuata dai medici dell'UO durante:

- Visita di consulenza presso le UUOO per acuti aziendali;
- Visita di consulenza presso altre strutture ospedaliere;
- Visite presso altre strutture socio-sanitarie;
- Visite domiciliari;
- Visita ambulatoriale;
- Esame di documentazione clinica inviata

b - Valutazione delle proposte e programmazione del ricovero

La direzione dell'UO o in sua sostituzione il dirigente medico responsabile, in occasione della riunione di pianificazione settimanale, conduce la valutazione relativa alle schede di presentazione dei pazienti. In tale sede viene presa la decisione in merito alla reale possibilità di presa in carico del paziente e il relativo nominativo viene inserito nel registro dei ricoveri, con indicazione della data di ingresso, e viene predisposto il relativo accoglimento.

I criteri generali di inserimento del paziente nel registro dei ricoveri sono:

- Clinico-riabilitativi: possibilità di trarre vantaggio dal trattamento in regime di ricovero in funzione del fabbisogno riabilitativo; adeguatezza della presa in carico in rapporto alle linee-guida specifiche;
- Organizzativi: possibilità di accogliere il paziente in sicurezza, entro un tempo adeguato al suo fabbisogno, e di garantirgli gli interventi necessari in funzione della disponibilità di posti-letto e delle risorse tecnico-professionali disponibili;

Se viene rilevata l'impossibilità alla presa in carico, in tempi adeguati alla situazione clinica ne viene data comunicazione al paziente e/o agli interessati richiedenti. Le proposte di ricovero vengono riesaminate e, se necessario, aggiornate ad ogni riunione settimanale di pianificazione. In tale sede vengono confermate le date e modalità di ricovero per i pazienti il cui ingresso è programmato nella settimana, e si definiscono i pazienti da accogliere per la settimana successiva, si indica il medico responsabile del progetto riabilitativo nonché il fisioterapista

Il coordinatore Infermieristico provvede a programmare l'ingresso del paziente, avvisando il paziente o la UO inviante e informando l'equipe Infermieristica; la "scheda di presentazione del paziente" viene inserita nel registro dello schema organizzativo, in modo che possano essere consultati dagli operatori (medici, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, infermieri, OSS)

Il Coordinatore dei tecnici della riabilitazione provvede ad informare il FT che prenderà in carico il paziente e, se indicato, il logopedista.

Se si verificano eventi imprevisti, che impongono di modificare estemporaneamente la programmazione dei ricoveri, le modifiche vengono definite e gestite da un medico (in assenza del direttore o del suo sostituto, da uno dei medici presenti nella UO) e dal coordinatore Infermieristico.

Gli strumenti di registrazione delle attività sono:

- Modullistica/referti visite ambulatoriali o di consulenza
- Relazioni cliniche da altre strutture
- Scheda di presentazione paziente (datata e firmata dal medico proponente al momento della compilazione)
- Registro dei pazienti ricoverati

Parametri di controllo

Indicatore: La riunione di pianificazione organizzativa relativa ai ricoveri deve essere effettuata ogni settimana.

Numeratore: numero di riunioni di pianificazioni effettuate

Denominatore: numero di settimane dell'anno

Modalità di raccolta: agenda del coordinatore Infermieristico

Standard : deve tendere a 1

Responsabile della raccolta del dato: coordinatore Infermieristico

Periodicità di rilevazione: annuale



ALLEGATO 2

P-02 NEURORIBABILITAZIONE ACCESSO ED ACCOGLIMENTO IN RICOVERO DEL PAZIENTE

Scopo

Obiettivo della procedura è di consentire un corretto accoglimento del paziente e dei suoi familiari all'atto del ricovero presso la Unità Operativa, che comporti la presa in carico in sicurezza, favorisca la continuità assistenziale e terapeutica, e consenta di trasmettere e ricevere informazioni adeguate per la conoscenza reciproca e per lo stabilirsi di un rapporto di fiducia e collaborazione fra utenti e operatori.

Campo di applicazione

La procedura riguarda tutti i pazienti presi in carico in regime di ricovero ordinario.

Riferimenti

- Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- N.Basaglia – Progettare la Riabilitazione – Edi Ermes editore, Milano, 2002
- Piano di Indirizzo per la riabilitazione (Conferenza stato regioni 10.2.2011)

Attività, responsabilità e strumenti

La pianificazione dell'accesso del paziente in degenza si effettua dalle riunioni settimanali (di norma la settimana precedente), fino al giorno dell'accesso.

Si effettua comunicazione alla struttura inviante (se il paziente viene trasferito da una struttura ospedaliera) o direttamente al paziente/famigliare (se il paziente proviene dal domicilio); per concordare data, ora e modalità di accesso all'UO. Se il paziente proviene da altra struttura sanitaria (invio della scheda di presentazione paziente, con richiesta di compilazione e ritorno via fax, oppure) aggiornamento telefonico su quadro clinico, nursing, terapia farmacologica, ausili e presidi necessari.

Si assegna il posto letto e si informa il medico responsabile del progetto riabilitativo del paziente, il coordinatore riabilitativo della data e ora di accesso, da confermare al briefing del mattino; infine informazione del personale infermieristico e OSS dell'accesso, con inserimento nello schema organizzativo della scheda di presentazione

Il responsabile dell'attività è il coordinatore infermieristico

Gli strumenti utilizzati sono la scheda di presentazione del paziente (inviata via fax o mail o definita per telefono)

2- Si realizza la programmazione dei presidi per gestione in sicurezza del paziente quali, ad es. integrità cutanea, disponibilità farmaci, cateteri vescicali, sacche per nutrizione artificiale, presidi per i trasferimenti, ausili vari, etc. Nel caso di pazienti colonizzati/infetti da organismi riconosciuti come ALERT, predisposizione logistica nella degenza e strumenti informativi specifici. Predisposizione cartella clinica integrata

Il responsabile dell'attività è il coordinatore infermieristico.

Gli strumenti sono il report di riunione settimanale, il registro del briefing, la cartella clinica integrata

3- Ingresso del paziente. Conferma assegnazione del team interprofessionale al paziente nuovo entrato durante il briefing del giorno di trasferimento. Sistemazione del paziente nella sua unità, rilevazione

parametri clinici di base, segnalazione al medico dell'avvenuto ingresso, raccolta documentazione clinica, compilazione modulistica di ingresso, accettazione amministrativa, informazione ai familiari.

Visita d'ingresso: si esegue la valutazione clinica all'ingresso, esame della documentazione clinica che accompagna il paziente al fine di impostare gli interventi immediati e necessari per mettere in sicurezza il paziente e dare continuità al processo di cura (terapia farmacologica, richiesta esami)

Si esegue la prima raccolta dati/informazione al paziente/famiglia; si rimanda invece al giorno successivo l'incontro con il medico responsabile del progetto riabilitativo individuale e con l'infermiere referente e/o coordinatore per il colloquio d'ingresso

I responsabili dell'attività sono il medico di guardia diurna e l'infermiere di guardia.

Lo strumento dell'attività è la cartella clinica integrata.

4- Valutazioni di ingresso, prima pianificazione degli interventi ed accoglimento (di norma il giorno dopo l'ingresso; se festivo, o nella giornata di sabato, il primo giorno lavorativo successivo)

Raccolta clinico-anamnestica del paziente, dallo stesso o dai suoi familiari, per trarre informazioni utili per predisporre le prime misure terapeutiche e gli accertamenti necessari

Colloquio di orientamento e informazione alla famiglia relativo alla organizzazione dell'attività dell'UO ed alle modalità di coinvolgimento dei familiari stessi.

Visita di team, per l'effettuazione delle prime valutazioni, raccolta delle informazioni necessarie a pianificare i primi interventi ed alla formulazione/condivisione in team di una prima serie di obiettivi (valutativi e/o di intervento terapeutico, di nursing) finalizzati a realizzare il progetto riabilitativo individuale
Prima riunione di programma: sintesi delle prime valutazioni e definizione di una prima serie di obiettivi di programma per la successiva impostazione del Progetto riabilitativo.

Presentazione dei professionisti del team ai familiari: raccolta ulteriori dati, prima comunicazione degli orientamenti del team relativamente al progetto riabilitativo e pianificazione di eventuali appuntamenti per ulteriore raccolta dati e per concordare la data della prima "riunione di famiglia"

Il responsabile della raccolta anamnestica è il medico responsabile del progetto; il responsabile del colloquio di orientamento è il coordinatore infermieristico; il resto delle attività sono responsabilità del team riabilitativo di progetto.

Gli strumenti dell'attività sono la cartella clinica integrata ed eventualmente materiale informativo.

Parametri di controllo

Indicatore: compilazione delle schede di accoglimento del paziente in regime di ricovero

Numeratore: numero di accoglimenti formalizzati conteggiando le schede accoglimento paziente all'interno della cartella clinica integrata

Denominatore: numero di ingressi totale dal sistema informativo aziendale

Standard: deve tendere a 1

Responsabile della raccolta del dato: Infermieri referenti



ALLEGATO 3

P03-NEURORIABILITAZIONE

DEFINIZIONE E STESURA DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

Scopo

Consentire al team riabilitativo interprofessionale di definire e di realizzare, con la partecipazione del paziente e della famiglia, il progetto riabilitativo individuale, che tenga conto dell'insieme delle problematiche dovute alla malattia disabilitante e che favorisca il recupero del massimo livello di indipendenza sul piano fisico, psicologico e sociale, la miglior interazione con l'ambiente di vita e la miglior qualità di vita concessa dalla malattia e dalle risorse disponibili.

Campo di applicazione

La procedura riguarda tutti i pazienti presi in carico in regime di ricovero in UO di Neuroriabilitazione

Riferimenti

- o Rehabilitation Medicine Indicators – Clinical Indicator Users' Manual – Version 4 for use in 2008. Australian Faculty of Medicine ACHS performance and outcome Service.
- o Consensus Conference Modena sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2000 -Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 (www.simfer.it; www.pnlg.it)
- o Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- o Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e socio-sanitarie di riabilitazione (Delibera Regione Sardegna 8/16 del 28.2.2006)
- o Piano di indirizzo per la riabilitazione (Conferenza stato regioni 10.2.2011)

Attività, responsabilità, strumenti.

1- Effettuazione delle valutazioni pianificate in sede di visita di team e della prima riunione di programma nel corso dei primi giorni di ricovero, fino alla seconda riunione di programma

Il team interprofessionale effettua gli interventi programmati in sede di visita di team, ed effettua le valutazioni pianificate allo scopo di poter definire il progetto riabilitativo ed i programmi nelle diverse aree di intervento:

- Bilancio internistico (clinico, strumentale, consulenze)
- Bilancio di menomazione (sensomotoria, cognitiva, comportamentale)
- Bilancio delle disabilità
- Bilancio socio-ambientale
- Assessment della situazione socioambientale

I responsabili dell'attività sono i componenti del team interprofessionale, nell'area di degenza, nelle aree di trattamento o negli ambulatori/laboratori

- Valutazioni clinico-strumentali della situazione internistica e valutazione socioambientale (medico, psicologo)
- Valutazioni relative alle funzioni vitali di base (medico, inf, FT)
- Valutazioni relative alle menomazioni sensomotorie e mobilità/trasferimenti (Medico, FT)
- Valutazioni relative alle funzioni cognitive (Medico, FT, inf e Logopedista)
- Valutazioni del livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana (FT, inf)
- Bilancio ambientale (FT)
- Assessment della famiglia (psicologo)

Saranno utilizzati come strumenti: scale di valutazione, bilanci clinico-strumentali, schede in uso per la cartella clinica integrata

2-Definizione del progetto riabilitativo e sua socializzazione il giorno della seconda riunione di programma di norma entro 7gg dall'ingresso.

Durante la riunione di programma, ogni componente del team riabilitativo interprofessionale sintetizza i risultati delle valutazioni effettuate, riportandoli nella scheda della riunione di programma prima dell'inizio della stessa riunione

Il medico responsabile redige la bozza del progetto riabilitativo prima della riunione di programma. I componenti del team interprofessionale definiscono e socializzano il progetto riabilitativo in sede di riunione di programma.

I responsabili dell'attività sono i componenti del team interprofessionale, nell'area di degenza, nelle aree di trattamento o negli ambulatori/laboratori specifici.

Gli strumenti sono: scheda progetto, scheda riunione di programma essenziale, nella team room

Parametri di controllo

Indicatore: Ogni paziente ricoverato deve avere un PRI entro una settimana

Numeratore: Numero di pazienti con progetto riabilitativo definito entro 7 gg dal ricovero

Denominatore: Numero di pazienti ricoverati per almeno 7 gg

Modalità di raccolta: Registro Cartella clinica integrata

Standard : deve tendere a 1

Responsabile della raccolta del dato: Direttore UO

Periodicità di rilevazione: annuale

ALLEGATO 4

P-04 NEURORIABILITAZIONE PIANIFICAZIONE DIMISSIONE E/O PASSAGGIO AD ALTRO SETTING

Scopo

La preparazione della dimissione inizia al momento dell'accoglimento del paziente nella struttura e richiede una attenta preparazione al fine di predisporre per tempo tutto quanto necessario perchè l'ambiente di vita del paziente (MMG, famigliari, care giver, domicilio, servizi del territorio, ecc.) siano pronti ad accoglierlo in regime di sicurezza e con modalità tali da permettere il completamento/consolidamento del processo di recupero. Risulta pertanto di fondamentale importanza:

- Favorire una corretta realizzazione della dimissione/reinserimento o del passaggio in carico del paziente/famiglia ad altre strutture, assicurando quando necessario la continuità della presa in carico e facilitando la gestione efficace tempestiva e sicura delle problematiche disabilitanti dopo la uscita dalla Unità Operativa.
- Fornire una adeguata informazione al Medico di Medicina Generale e agli altri operatori sanitarie e sociali coinvolti nella gestione dei problemi sanitari e sociali del paziente e della sua famiglia
- Informare il paziente e la famiglia circa i risultati degli interventi effettuati durante il ricovero, e Informarli ed educarli alla gestione dei problemi sanitari e sociali presenti dopo all'uscita dall'ospedale

Scopo della procedura è di programmare ed effettuare tale restituzione o passaggio in carico:

- garantendo sicurezza e continuità assistenziale;
- favorendo condizioni per il mantenimento o il miglioramento delle capacità funzionali raggiunte con il trattamento durante il ricovero;
- fornendo al paziente, alla famiglia e ad altre persone significative gli strumenti necessari a gestire le eventuali problematiche disabilitanti residue.

Campo di applicazione

La procedura riguarda tutti i pazienti presi in carico in regime di ricovero.

Riferimenti

- Rehabilitation Medicine Indicators – Clinical Indicator Users' Manual – Version 4 for use in 2008. Australian Faculty of Medicine ACHS performance and outcome Service.
- Consensus Conference Modena sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2000 -*Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni*. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 (www.slmfer.it; www.pnlg.it)
- Consensus Conference Verona sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2005 -*Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni*.
- Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- Piano di indirizzo per la riabilitazione (Conferenza stato regioni 10.2.2011)

Attività, responsabilità e strumenti

1-Valutazione della possibile destinazione alla dimissione

Il team riabilitativo definisce al momento della elaborazione del progetto riabilitativo:

- ❖ la situazione clinica e funzionale del paziente prevedibile alla dimissione
- ❖ la sua possibile collocazione alla dimissione
 - Restituzione al domicilio
 - Inserimento in struttura protetta
 - Passaggio in carico ad altra struttura sanitaria.

il prevedibile fabbisogno terapeutico, assistenziale e sociale dopo la conclusione del periodo di presa in carico nell'UO.

La responsabilità dell'attività è del team riabilitativo

Gli strumenti dell'attività sono: schede di valutazione clinica e socio ambientale contenute nella cartella integrata, schede progetto riabilitativo, schede programma

2-Definizione e svolgimento dei programmi riabilitativi orientati al reinserimento nell'ambiente di vita extraospedaliero

Il team riabilitativo elabora e realizza i programmi relativi all'area del reinserimento sociale, nel quadro del progetto riabilitativo, e li documenta nella cartella integrata. Tali programmi comprendono:

- o l'addestramento del paziente e della famiglia
- o l'individuazione, fornitura e addestramento all'uso degli ausili necessari
- o il contatto e la informazione con gli operatori e le strutture coinvolte nella gestione futura del paziente

La responsabilità dell'attività è in capo al team riabilitativo in toto.

Gli strumenti dell'attività sono le schede programma, la modulistica per prescrizione ausili, cartella clinica integrata, relazioni indirizzate a operatori coinvolti nel piano di restituzione extraospedaliera

3- Definizione del piano di dimissione

Il team riabilitativo, valutati i risultati e lo svolgimento del progetto riabilitativo, elabora il piano di dimissione, in sede di riunione di programma.

Di norma, il piano è elaborato almeno 15 giorni prima della dimissione.

Il piano prevede uno dei seguenti percorsi:

- o Restituzione al domicilio
- o Inserimento in struttura protetta
- o Passaggio in carico ad altra struttura sanitaria

Il team riabilitativo presenta il piano di dimissione al paziente e alla famiglia, di norma nel corso della riunione familiare, almeno 15 giorni prima della dimissione, e lo modifica se necessario e nei limiti del possibile, tenendo conto delle loro osservazioni.

Gli strumenti sono; scheda progetto riabilitativo, schede programma, scheda riunione familiare

La responsabilità dell'attività è in capo al team riabilitativo in toto.

4- Definizione della data di dimissione e sua effettuazione

Nel corso della riunione settimanale di pianificazione, vengono riconfermate e meglio definite data e modalità di dimissione dei pazienti la cui uscita è prevista per la settimana successiva.

Il medico responsabile del paziente, conferma al paziente/famigliare la data programmata.

Il coordinatore infermieristico informa gli infermieri e OSS della data programmata e, alcuni giorni prima, provvede a definire con il paziente/famigliare i dettagli della dimissione (orario, mezzo di trasporto) fornendo informazioni e supporto se necessario.

Il coordinatore riabilitativo informa i tecnici della riabilitazione che ha in carico il paziente della data definita per la dimissione.

Tutti gli operatori del team, nei giorni immediatamente precedenti la dimissione verificano per gli aspetti di competenza, che il paziente/famiglia abbiano ricevuto le necessarie informazioni in vista della dimissione.

Entro il giorno di dimissione il medico responsabile provvede a redigere la relazione di dimissione e consegnarla al paziente ed ai familiari.

La responsabilità è in capo al team in toto.

Strumenti: Report della riunione di pianificazione settimanale, relazione di dimissione.

5-Compilazione relazione di dimissione

La relazione di dimissione va redatta e firmata dal medico responsabile del progetto riabilitativo e consegnata al paziente/famiglia al momento della dimissione o del trasferimento/passaggio in carico ad altre strutture sanitarie. La relazione è unica per l'intero team dei professionisti e realizzata con la collaborazione dell'intero team.

In caso di impossibilità da parte del medico a consegnare la relazione completa al momento della dimissione (ad esempio perché si attendono referti o altre informazioni che poi verranno incluse nella relazione) al paziente all'atto della uscita dalla UO va comunque consegnata una "Lettera di dimissione" indirizzata al curante, con le indicazioni necessarie a garantire sicurezza e continuità nelle cure (diagnosi, terapie in atto, eventuali raccomandazioni). In ogni caso, la relazione completa va inviata entro i tre giorni successivi lavorativi.

La relazione di dimissione contiene i seguenti dati:

- Dati anagrafici identificativi del paziente
- Motivo del ricovero e diagnosi di ingresso;
- Situazione clinica e funzionale all'ingresso;
- Principali accertamenti effettuati;
- Sintesi del progetto riabilitativo e dei programmi realizzati (per il LAM può mancare il progetto riabilitativo);
- Situazione clinica e funzionale alla dimissione e prognosi funzionale;
- Programmi da proseguire nel proprio territorio di vita per completare il progetto riabilitativo
- Indicazioni e raccomandazioni necessarie a gestire le problematiche cliniche e funzionali, a prevenire il degrado di abilità acquisite;
- Date e modalità dei controlli di follow-up
- Dati della équipe curante
- Possono essere inseriti eventuali allegati, redatti da operatori del team riabilitativo, contenenti informazioni o istruzioni riguardanti il fabbisogno riabilitativo e assistenziale.
- deve essere inserita l'eventuale richiesta di invalidità inviata all'INPS

Copia della relazione di dimissione va inserita da parte del medico nella cartella del paziente.

Parametri di controllo

Indicatore: Ogni relazione di dimissione deve avere all'interno i dati descritti in procedura

Numeratore: Numero lettere di dimissione complete in un anno

Denominatore: Numero di totale di lettere di dimissione in un anno

Modalità di raccolta: Registro Cartella clinica inegrata

Standard : deve tendere a 1

Responsabile della raccolta del dato: Direttore UO

Periodicità di rilevazione: annuale





Direzione Generale

Oristano _____

ASL5

Prot. 2016/38425 del 23/06/2016 ora 1

Mitt.: Area della Direzione - Diretto

Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA

Class.: 1.2.1. Fasc.: 1 del 2016



All'Assessorato Regionale Sanità

Via Roma 223

09123 CAGLIARI

Direzione Generale

C.a. Dott. Luigi Benedetto Arru

C.a. Dott. Giuseppe Maria Sechi

OGGETTO: Definizione procedure di reclutamento del personale per l'avvio delle Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano

In riferimento alla Determinazione n. 658 del 22.06.2016 con la quale Codesto Assessorato ha rilasciato alla scrivente Azienda Sanitaria l'Autorizzazione e l'Accreditamento Istituzionale in regime temporaneo per un periodo di dodici mesi della struttura indicata in oggetto, si chiede di voler dare cortese formale urgente riscontro alla nostra precedente nota prot. n. 31509 del 25.05.2016 che, ad ogni buon fine, si allega alla presente.

In particolare si reitera la richiesta affinché, in considerazione del fatto che trattasi di nuove attività di interesse e rilievo regionale a totale carico della scrivente Azienda, analizzate le implicazioni che l'apertura del nuovo reparto produce in termini di nuovi oneri economici per il personale, sia concessa l'autorizzazione all'assunzione delle risorse umane necessarie con previsione di una specifica deroga relativamente a:

- limite del meno 1,4% sui medesimi costi sostenuti nell'anno 2004
- detrazione dei costi collegati alle nuove attività in oggetto dal "Piano di rientro dei costi" di cui alla DGR n. 63/24 del 15.12.2015.

Come già rappresentato in diverse occasioni si evidenzia che il reclutamento del personale in argomento non comporterà alcun incremento di costi per l'esercizio corrente in quanto gli stessi trovano completa compensazione nelle economie derivanti dalla mancata remunerazione delle prestazioni di riabilitazione "ex codice 75" effettuate fino ai primi mesi del corrente anno presso il centro privato "Santa Maria Bambina", attraverso anticipi dal Bilancio della Asl di Oristano anche relativamente a prestazioni per pazienti residenti in ambiti territoriali di altre Asl.

Si evidenzia inoltre che l'urgenza della presente richiesta di autorizzazione è collegata alle seguenti motivazioni:

- necessità di poter assicurare, in ambito regionale, una adeguata assistenza ai pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA), posto che dal mese di ottobre 2015 l'Istituto S. Maria Bambina ha sospeso i ricoveri in neuroriabilitazione (cod. 75) secondo quanto disposto da Codesto Assessorato con nota prot.0024301 del 26.10.2015;
- evitare che, una volta acquisito l'accreditamento istituzionale della struttura, ingenti risorse tecnologiche e logistiche possano rimanere inutilizzate con conseguenti danni all'erario;
- imminenza della data prevista per l'apertura del Reparto (ultima settimana di giugno 2016), secondo il crono-programma delle attività concordato con Codesto Assessorato, nonché dalla necessità di procedere preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti di lavoro col personale da acquisire e assegnare all'unità operativa.

Per le ragioni succitate si precisa che questa Azienda, in ragione dell'assoluta urgenza di concludere le procedure di reclutamento del personale necessario per l'attivazione del Reparto entro il corrente mese di giugno 2016 in aderenza al percorso e crono programma già condiviso con Codesto Assessorato, procederà comunque dal 27 giugno 2016 alla sottoscrizione dei contratti di assunzione del personale, fatta salva formale comunicazione ostiativa entro la medesima data da parte di Codesto Assessorato.

Quanto sopra al fine di garantire i livelli minimi di assistenza nel preminente interesse della tutela della salute degli ammalati con l'erogazione di prestazioni in sicurezza, in un contesto ospedaliero dotato di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi prescritti dalla vigente normativa in materia di accreditamento.

Cordiali saluti

Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Maria Giovanna Porcu

Dove



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Direzione Generale

ASL5

Prot. 2016/31609 del 25/05/2016 ore 1

Mitt.: Area della Direzione - Diretto

Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA

Class.: 1.2.1. Fasc.: 1 del 2016



Oristano _____

All'Assessorato Regionale Sanità
Via Roma 223
09123 CAGLIARI
Direzione Generale

OGGETTO: Trasmissione Progetto di Avvio Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano

In riferimento alla precedenti intese intercorse con Codesto Assessorato in merito al percorso da attivarsi per l'avvio del reparto di Neuroriabilitazione del P.O. San Martino di Oristano, ed in particolare ai contenuti della recente riunione tenutasi presso la Direzione Generale dell'Assessorato lo scorso 17 maggio, si trasmette in allegato il "Progetto di Avvio Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano".

Il Progetto, partendo dall'analisi del contesto locale e regionale di riferimento, definisce il ruolo centrale del Polo Riabilitativo Oristanese come individuato dalla DGR 6/15 del 2.02.2016 in tema di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale, attraverso il coinvolgimento in rete di tutti gli operatori, sia pubblici che privati.

Vengono inoltre definiti nel dettaglio i percorsi di presa in carico del paziente con Grave Cerebrolazione Acquisita (GCA), nonché le specifiche attività da intraprendere per l'avvio del Reparto di Neuroriabilitazione presso l'Ospedale di Oristano, secondo un cronoprogramma che ne prevede l'apertura entro il prossimo mese di Giugno 2016.

Di particolare evidenza risultano i dati relativi ai Costi e alla Produzione stimata.

Una volta avviato il Reparto, il saldo, a regime, fra costi e produzione (come analiticamente indicato nello schema rappresentato a pagina 23 del Progetto) si attesta intorno ad 1 ml. di euro per costi fissi di gestione (personale, costi generali, incremento costi per riabilitazione ciclo continuativo alta intensità), per i quali si richiede uno specifico finanziamento "per funzione" nelle future assegnazioni di risorse a bilancio, avuto riferimento alla valenza regionale del nuovo Reparto.

Oltre a tali costi è necessario prevedere quelli relativi all'acquisizione delle ulteriori attrezzature destinate al completamento tecnico del reparto (analiticamente indicate alle pagine 15, 16 e 17), per le quali si richiede il finanziamento in conto capitale con programmazione per il periodo 2016-2018.

In ragione del fatto che trattasi di nuove attività di interesse e rilievo regionale a totale carico della scrivente Azienda, analizzate le implicazioni che l'apertura del nuovo reparto produce in termini di nuovi oneri economici per il personale, si chiede che, avuto riferimento alle vigenti disposizioni circa i limiti dei costi sul personale, sia concessa una specifica deroga relativamente a:

- limite del meno 1,4% sui medesimi costi sostenuti nell'anno 2004
- detrazione dei costi collegati alle nuove attività in oggetto dal "Piano di rientro dei costi" di cui alla DGR n. 63/24 del 15.12.2015.

In considerazione della imminente data prevista per l'apertura del Reparto (ultima settimana di giugno 2016) e della necessità di procedere preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti di lavoro col personale da acquisire e assegnare all'unità operativa, si rimane in attesa di cortese formale urgente riscontro in merito ai contenuti del "Progetto", anche attraverso la presentazione dello stesso e delle richieste di deroga all'approvazione della Giunta Regionale nella seduta del 3 giugno p.v., come da intese con Voi concordate nella recente riunione del 17 maggio scorso.

Distinti saluti



Il Commissario Straordinario

Direzione Generale

ASL5
Prot. 2016/31609 del 25/05/2016 ore 1
Mitt.: Area della Direzione - Diretto
Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA
Class.: 1.2.1. Fase.: 1 del 2016



Oristano _____

All'Assessorato Regionale Sanità
Via Roma 223
09123 CAGLIARI
Direzione Generale

OGGETTO: Trasmissione Progetto di Avvio Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano

In riferimento alla precedenti intese intercorse con Codesto Assessorato in merito al percorso da attivarsi per l'avvio del reparto di Neuroriabilitazione del P.O. San Martino di Oristano, ed in particolare ai contenuti della recente riunione tenutasi presso la Direzione Generale dell'Assessorato lo scorso 17 maggio, si trasmette in allegato il "Progetto di Avvio Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano".

Il Progetto, partendo dall'analisi del contesto locale e regionale di riferimento, definisce il ruolo centrale del Polo Riabilitativo Oristanese come individuato dalla DGR 6/15 del 2.02.2016 in tema di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale, attraverso il coinvolgimento in rete di tutti gli operatori, sia pubblici che privati.

Vengono inoltre definiti nel dettaglio i percorsi di presa in carico del paziente con Grave Cerebrolazione Acquisita (GCA), nonché le specifiche attività da intraprendere per l'avvio del Reparto di Neuroriabilitazione presso l'Ospedale di Oristano, secondo un cronoprogramma che ne prevede l'apertura entro il prossimo mese di **Giugno 2016**.

Di particolare evidenza risultano i dati relativi ai Costi e alla Produzione stimata.

Una volta avviato il Reparto, il saldo, a regime, fra costi e produzione (come analiticamente indicato nello schema rappresentato a pagina 23 del Progetto) si attesta intorno ad 1 ml. di euro per costi fissi di gestione (personale, costi generali, incremento costi per riabilitazione ciclo continuativo alta intensità), per i quali si richiede uno **specifico finanziamento "per funzione"** nelle future assegnazioni di risorse a bilancio, avuto riferimento alla valenza regionale del nuovo Reparto.

Oltre a tali costi è necessario prevedere quelli relativi all'acquisizione delle ulteriori attrezzature destinate al completamento tecnico del reparto (analiticamente indicate alle pagine 15, 16 e 17), per le quali si richiede il **finanziamento in conto capitale** con programmazione per il periodo 2016-2018.

In ragione del fatto che trattasi di nuove attività di interesse e rilievo regionale a totale carico della scrivente Azienda, analizzate le implicazioni che l'apertura del nuovo reparto produce in termini di nuovi oneri economici per il personale, si chiede che, avuto riferimento alle vigenti disposizioni circa i limiti dei costi sul personale, sia concessa una **specifico deroga** relativamente a:

- limite del meno 1,4% sui medesimi costi sostenuti nell'anno 2004
- detrazione dei costi collegati alle nuove attività in oggetto dal "Piano di rientro dei costi" di cui alla DGR n. 63/24 del 15.12.2015.

In considerazione della imminente data prevista per l'apertura del Reparto (ultima settimana di giugno 2016) e della necessità di procedere preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti di lavoro col personale da acquisire e assegnare all'unità operativa, si rimane in attesa di cortese formale urgente riscontro in merito ai contenuti del "Progetto", anche attraverso la presentazione dello stesso e delle richieste di deroga all'approvazione della Giunta Regionale nella seduta del 3 giugno p.v., come da intese con Voi concordate nella recente riunione del 17 maggio scorso.

Distinti saluti



Il Commissario Straordinario
Dot. ssa Maria Giovanna Porcu

Direzione Generale

Oristano _____

ASL5

Prot. 2016/39425 del 23/06/2016 ore 1

Mitt.: Area della Direzione - Direttore

Dest.: ARIS - REGIONE AUTONOMA DELLA

Class.: 1.2.1. Fasc.: 1 del 2016

All'Assessorato Regionale Sanità
Via Roma 223
09123 CAGLIARI
Direzione Generale

C.a. Dott. Luigi Benedetto Arru

C.a. Dott. Giuseppe Maria Sechi

OGGETTO: Definizione procedure di reclutamento del personale per l'avvio delle Attività nell'Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano

In riferimento alla Determinazione n. 658 del 22.08.2016 con la quale Codesto Assessorato ha rilasciato alla scrivente Azienda Sanitaria l'Autorizzazione e l'Accreditamento istituzionale in regime temporaneo per un periodo di dodici mesi della struttura indicata in oggetto, si chiede di voler dare cortese formale urgente riscontro alla nostra precedente nota prot. n. 31509 del 25.05.2016 che, ad ogni buon fine, si allega alla presente.

In particolare si reitera la richiesta affinché, in considerazione del fatto che trattasi di nuove attività di interesse e rilievo regionale a totale carico della scrivente Azienda, analizzate le implicazioni che l'apertura del nuovo reparto produce in termini di nuovi oneri economici per il personale, sia concessa l'autorizzazione all'assunzione delle risorse umane necessarie con previsione di una specifica deroga relativamente a:

- limite del meno 1,4% sui medesimi costi sostenuti nell'anno 2004
- detrazione dei costi collegati alle nuove attività in oggetto dal "Piano di rientro dei costi" di cui alla DGR n. 63/24 del 15.12.2015.

Come già rappresentato in diverse occasioni si evidenzia che il reclutamento del personale in argomento non comporterà alcun incremento di costi per l'esercizio corrente in quanto gli stessi trovano completa compensazione nelle economie derivanti dalla mancata remunerazione delle prestazioni di riabilitazione "ex codice 75" effettuate fino ai primi mesi del corrente anno presso il centro privato "Santa Maria Bambina", attraverso anticipi dal Bilancio della Asl di Oristano anche relativamente a prestazioni per pazienti residenti in ambiti territoriali di altre Asl.

Si evidenzia inoltre che l'urgenza della presente richiesta di autorizzazione è collegata alle seguenti motivazioni:

- necessità di poter assicurare, in ambito regionale, una adeguata assistenza ai pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA), posto che dal mese di ottobre 2015 l'Istituto S. Maria Bambina ha sospeso i ricoveri in neuroriabilitazione (cod. 75) secondo quanto disposto da Codesto Assessorato con nota prot.0024301 del 26.10.2015;
- evitare che, una volta acquisito l'accreditamento istituzionale della struttura, ingenti risorse tecnologiche e logistiche possano rimanere inutilizzate con conseguenti danni all'erario;
- imminenza della data prevista per l'apertura del Reparto (ultima settimana di giugno 2016), secondo il crono-programma delle attività concordato con Codesto Assessorato, nonché dalla necessità di procedere preliminarmente alla sottoscrizione dei contratti di lavoro col personale da acquisire e assegnare all'unità operativa.

Per le ragioni succitate si precisa che questa Azienda, in ragione dell'assoluta urgenza di concludere le procedure di reclutamento del personale necessario per l'attivazione del Reparto entro il corrente mese di giugno 2016 in aderenza al percorso e crono programma già condiviso con Codesto Assessorato, procederà comunque dal **27 giugno 2016** alla sottoscrizione dei contratti di assunzione del personale, fatta salva formale comunicazione ostativa entro la medesima data da parte di Codesto Assessorato.

Quanto sopra al fine di garantire i livelli minimi di assistenza nel preminente interesse della tutela della salute degli ammalati con l'erogazione di prestazioni in sicurezza, in un contesto ospedaliero dotato di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi prescritti dalla vigente normativa in materia di accreditamento.

Cordiali saluti



Il Commissario Straordinario



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanità

Regione Autonoma della Sardegna
COMUNICAZIONE CIVILTARIA

Prot. Uscita del 12/07/2016

nr. 0019513

Classifica XV.7.3
12-01-00

Al Commissario Straordinario della Asl n. 5 di Oristano

SEDE



Oggetto: Avvio attività Unità operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano e reclutamento personale note n. 31609 del 25/05/2016 e n. 38425 del 23/6/2016.

In riferimento alle note di cui all'oggetto e presa visione del "Progetto di avvio dell'attività nell'Unità Operativa Complessa di Neuroriabilitazione P.O. San Martino di Oristano" si rileva che l'Azienda in indirizzo sta procedendo, come concordato per le vie brevi e previa determinazione del Servizio competente in materia di accreditamento, alla assunzione a tempo determinato per un periodo di sei mesi del sottoelencato personale:

- n. 1 Direttore UO di Neuroriabilitazione;
- n. 4 Dirigenti medici di Medicina Fisica e Riabilitativa;
- n. 2 Dirigenti medici di Neurologia;
- n. 1 Dirigente sanitario psicologo esperto in Neuropsicologia;
- n. 1 Dirigente sanitario psicologo tempo parziale 20 ore;
- n. 6 Collaboratori professionali sanitari Fisioterapisti;
- n. 1 Collaboratore professionale sanitario Terapista Occupazionale;
- n. 2 Collaboratori professionali sanitari Logopedisti;
- n. 15 Collaboratori professionali sanitari Infermieri;
- n. 1 Collaboratore Professionale sanitario Educatore Professionale part time 24 ore settimanali;
- n. 1 Collaboratore professionale assistente sociale part time 20 ore settimanali;
- n. 9 Operatori socio sanitari.

Al riguardo, si prende atto, che l'assunzione del personale in argomento non comporterà alcun incremento di costi per l'Azienda, in quanto gli stessi trovano completa compensazione nelle economie derivanti dalla mancata remunerazione delle prestazioni di riabilitazione "ex codice 75" effettuate presso il centro privato "Santa Maria Bambina" che dal mese di ottobre 2015 ha sospeso la sua attività di ricovero, secondo quanto disposto da questo Assessorato con nota prot. n. 24301 del 26.10.2015.

Dato atto che le attività programmate sono state concordate con lo scrivente Assessorato e che le stesse sono indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, si rammenta a codesta Azienda che



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della Sanità

indirizzi impartiti, comprese le limitazioni imposte in materia di razionalizzazione e contenimento della spesa nonché dai vincoli di bilancio.

Si rammenta, infine, che con Legge Regionale n. 36 del 28/12/2015 è stata prevista, dal 01.07.2016, l'istituzione dell'Azienda Unica Regionale, e in tale contesto verranno rivisitate le dotazioni organiche aziendali e valutate eventuali situazioni di esubero di personale che potrà essere oggetto di redistribuzione tra i diversi distretti territoriali dell'ASUR e, per contro, operate le necessarie compensazioni finalizzate al rispetto complessivo dei limiti di spesa imposti dalla vigente normativa nazionale.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Maria Sechi



R.M./Coord. 2.
F.P./Dir. 2° Servizio TP