



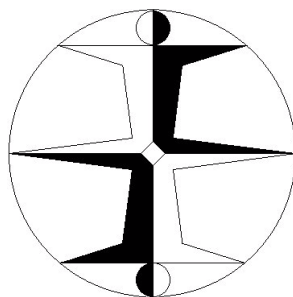
**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N°4 "MEDIO FRIULI "**

Via Pozzuolo, 330 – 33100 UDINE

\*\*\*\*

DIREZIONE GENERALE

## **Completamento offerta riabilitativa dell'IMFR "Gervasutta"**



---

*Dicembre 2014*

## **INDICE**

PREMESSA	pag. 3
1) FUNZIONE RIABILITATIVA PRESSO 1' AOU SMM DI UDINE	pag. 3
2) ALTA SPECIALITA' RIABILITATIVA	pag. 5
3) RIABILITAZIONE PATOLOGIE AD ESORDIO INFANTILE	pag. 6
4) IMFR e RIABILITAZIONE DISTRETTUALE	pag. 6
5) PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA E DISTRETTI	pag. 7
6) RISTRUTTURAZIONE, RIEDIFICAZIONE ED AMPLIAMENTO DELL' IMFR	pag. 7
7) AUTONOMIA GESTIONALE ED ECONOMICA	pag. 8

## **PREMESSA**

La LR 17/14 e la DGR n.2062/14 del 7 novembre hanno assegnato all' Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR) "Gervasutta" il ruolo di Presidio Ospedaliero specializzato per la riabilitazione. In particolare dovrà garantire funzioni a valenza regionale per la riabilitazione intensiva dell' Alta Specialità Riabilitativa (ASR) che comprendono : l' Unità Spinale (US), le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) e l' Unità Riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA).

Inoltre l' art. 31 della LR 17/14 ha previsto che presso l' AOU SMM di Udine "...le funzioni dell'area riabilitativa sono assicurate dall'Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta".

L' IMFR è quindi impegnato in via prioritaria a completare lo sviluppo dei percorsi gestionali e clinici delle attività dell'ASR che richiedono non solo interventi di tipo sanitario ma anche edilizio sia presso l' IMFR (edificazione del secondo lotto di ristrutturazione ed ampliamento) ma anche presso l' AOU. In quest'ultima sede va riservata una particolare priorità alla realizzazione dell'Area subintensiva ad alta valenza riabilitativa (ASAVAR) che, oltre alle funzioni già previste nel percorso clinico-assistenziale a favore delle persone mielose e cerebrolese (vedi delibere AOU e ASS4 piano attuativo del Piano regionale della Riabilitazione 2005 per il triennio 2006-08 e dalla DGR 1309/2012 del FVG), svolgerà un'importante ruolo anche a supporto della funzione di HUB regionale per i gravi politraumi assegnato all' AOU di Udine (DGR n.2062/14 e Balduzzi all' art. 8.2.2.3 riguardante i Centri trauma alta specialità ....).

L' IMFR per soddisfare il principio della continuità assistenziale e delle cure previsto dalla LR 17/14, sarà chiamato infine a svolgere un ruolo di complessiva regia degli interventi riabilitativi dalle degenze ospedaliere per acuti dell' AOU, alle sedi di riabilitazione intensiva ed estensiva (AOU, IMFR, Distretti) sino al monitoraggio funzionale negli ambienti di vita delle persone che risiedono nel territorio dell' AAS 4 "Friuli Centrale".

### **1) FUNZIONE RIABILITATIVA PRESSO L' AOU SMM DI UDINE**

La funzione riabilitativa presso l' AOU SMM è svolta dalla SOC Riabilitazione Intensiva Precoce (RIP) che afferisce al Dipartimento di Medicina Riabilitativa dell' IMFR "Gervasutta". L' art.31 della LR 17/94 prevede che tale funzione continui ad essere garantita dall' IMFR. "...Nella sede di Udine le funzioni dell'area riabilitativa sono assicurate dall'Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta".

L' attività della RIP si articola in 3 sedi di erogazione : degenziale (34 posti letto situati al primo piano del Padiglione n.3), ambulatoriale (ambulatori e palestre collocati al piano semiinterrato del padiglione 5) e presso i reparti specialistici dell' AOU (consulenze fisiatriche e iniziali trattamenti riabilitativi).

Le attuali principali criticità riguardano : a) la sede delle degenze b) la dotazione delle risorse professionali, c) i percorsi clinico-assistenziali con le Unità specialistiche per acuti dell' AOU.

#### **a) Sede delle degenze**

Presenta rilevanti condizioni di degrado ambientale e di carenze impiantistiche che non soddisfano di certo i requisiti previsti dalla LR 17/14 a garanzia della qualità e sicurezza dell' assistenza ospedaliera. In particolare : il padiglione 3 non è dotato di scale antiincendio esterne, il montacarichi/ascensore utilizzato per il trasporto dei pazienti e l'arrivo dei carrelli del vitto è spesso fuori uso, le stanze di degenza sono prive di servizi igienici (esiste 1 solo bagno per ogni sezione) , le 10 stanze di degenza sono articolate in : 7 a quattro posti letto e 3 a due posti letto, solo 24 posti letto su 34 sono dotati di prese per l'erogazione di gas medicali, gli spazi deposito/magazzino del reparto sono inadeguati in relazione alla tipologia delle attività assistenziali e riabilitative erogate. Infine si rileva che in conseguenza del previsto trasferimento della funzione oncologica nel nuovo ospedale, il padiglione 3 rimarrà occupato solo dalla RIP e ciò determinerà un probabile aggravarsi

di alcune disfunzioni logistico-organizzative già in atto (es. collegamenti informatici, interventi dell'area tecnica ecc.).

#### b) Dotazione risorse professionali

##### *-Dirigenti medici*

La criticità principale per i dirigenti medici riguarda la dotazione e l'organizzazione delle guardie attive notturne.

Dal marzo 2007 la dotazione organica della SOC, che prevedeva 10 medici più il direttore e garantiva la presenza attiva in servizio sulle 24 ore, è stata ridotta a 8 medici più il direttore. A seguito di questa revisione la Direzione aziendale dell'epoca ha optato per l'effettuazione dei turni notturni di guardia attiva fuori orario e con remunerazione sostenuta da specifici istituti contrattuali e talde modalità è tutt'ora in atto..

Qualora tale modello dovesse cessare dal 1 gennaio 2015 si renderà necessario effettuare i turni di guardia notturna in orario di servizio con inevitabile aumento di ore per i medici della struttura: 84 ore settimanali, da distribuirsi su un organico di soli 7 medici (a causa della quiescenza di un dirigente medico da ottobre 2014, sostituito con un medico in congedo per maternità), pari a 12 ore a settimana di straordinario pro-capite. Si segnala infine che 3 dirigenti medici beneficiano della L. 104.

##### *- Personale di assistenza*

Al 31. 12.2014 risultano assenti per congedo maternità 4 infermieri e 1 OSS; sono inoltre assenti per malattia > 60gg 2 infermiere.

##### *-Personale tecnico della Riabilitazione*

Al 31.12.2014 sono presenti 33 fisioterapisti su 35 previsti dalla dotazione organica.

#### c)Percorsi clinico-assistenziali con le Unità specialistiche per acuti dell' AOU-SMM

La RIP assicura un'attività clinico-assistenziale-riabilitativa che ha assunto gli attuali contenuti nella seconda metà degli anni '90 ereditando, in parte, la funzione lungodegenziale avviata alla fine degli anni '70. Svolge un fondamentale ruolo per l' AOU SMM accogliendo pazienti provenienti in particolare dalla Neurologia, dalla Neurochirurgia, dalle Terapie intensive e dalla Medicina d'Urgenza, nonché dall' Ortopedia-Traumatologia e, in misura minore, dalle altre Unità Operative. I pazienti presi in carico sono spesso ad alta complessità clinico-assistenziale per le comorbilità che presentano e che necessitano di un setting ospedaliero multispecialistico per l'avvio della riabilitazione.

Negli ultimi mesi si è assistito ad un incremento della complessità ed instabilità clinica della casistica che avrebbe, anche ai fini di una maggior sicurezza del paziente, necessitato di alcuni riaccoglimenti nei reparti per acuti dell' AOU. Purtroppo tale richiesta non viene quasi mai soddisfatta, eccetto il trasferimento in urgenza in terapia intensiva.

Si ritiene che nel rispetto dei principi di : sicurezza del paziente, appropriatezza organizzativa e del livello clinico assistenziale dei trattamenti (previsti al com1 art.25 della LR 17/14) sia necessario ridefinire con la Direzione e i professionisti dell' AOU-SMM il modello che regola il percorso tra le SS.OO. per acuti e la RIP per garantire in relazione all'evolversi del quadro clinico cure e assistenza nelle sedi appropriate.

Si deve infine considerare che le criticità dei percorsi per la SOC RIP riguardano anche i rapporti operativi nei confronti dell' Area post acuti dell' AOU SMM e la RSA intraospedaliera del Distretto di Udine. Tra queste tre strutture non esiste una gestione condivisa della fase post acuta e riabilitativa e cio' comporta inefficienze di percorsi assistenziali che si ripercuotono anche nei riguardi di alcune tipologie di pazienti impropriamente degenti presso la RIP ed anche nei reparti dell' IMFR.

## **2)ALTA SPECIALITA' RIABILITATIVA**

All' IMFR "Gervasutta" la LR 17/94 e la DGR n.2062/14 del 7 novembre hanno assegnato il ruolo di Presidio Ospedaliero specializzato per la riabilitazione e le funzioni a valenza regionale di neuroriabilitazione che comprendono l' Unità Spinale (US), le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) e l' Unità Riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA).

### **GCA e URNA**

La DGR n.1309 del 25 luglio 2012 ha definito " *Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita e la Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia* ". In tale delibera sono stati definiti il fabbisogno di posti letto in relazione alle funzioni svolte dai vari nodi della rete ospedaliera ed extraospedaliera. All' IMFR è stato riconosciuto il ruolo di unico HUB riabilitativo regionale e tale ruolo è stato individuato nella SOC " Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Fisica e Riabilitazione generale" cui sono stati assegnati 25 posti letto. Ad oggi sono stati attivati solo 16 posti letto (rispetto ai 25 previsti) senza adeguamento delle risorse infermieristiche e tecnico-riabilitative necessarie. La DGR 1309 ha individuato inoltre anche il ruolo dell'URNA nei confronti della rete GCA confermandole il ruolo regionale (già previsto anche dal Piano regionale della Riabilitazione del 2005) che però non è stato sino ad' ora soddisfatto per le gravi carenze delle risorse professionali (in particolare psicologi e logopedisti).

Infine una rilevante criticità per la futura AAS4 "Friuli Centrale" è rappresentata dalla realizzazione di 12 posti letto da dedicare alle Speciali Unità di assistenza Protratta (SUAP) per accogliere quei casi di persone in stato vegetativo o di minima coscienza o gravissima disabilità che, conclusa la fase ospedaliera, non possono essere riaccolti da subito o per sempre a domicilio.

### **UNITA' SPINALE**

Nel dicembre 2005, con preventivo assenso formale della Direzione Centrale salute e protezione sociale del FVG, l' ASSn.4 e l' AOU-SMM deliberavano l' Istituzione del Dipartimento Interaziendale Funzionale dell' Unità Spinale (DIFUS) con la finalità di assicurare un efficace ed efficiente percorso di cura e riabilitazione sanitaria e sociale alle persone con lesione midollare. Alla composizione del DIFUS hanno partecipato fattivamente in questi anni la SOC " Chirurgia Vertebro Midollare- Unità Spinale" dell' AOU SMM, la SOC " Medicina Fisica e Riabilitazione – Unità Spinale " dell' IMFR e l' Associazione " Centro Progetto Spilimbergo" di Spilimbergo. Queste strutture hanno garantito una sostanziale continuità del percorso assistenziale e riabilitativo e un punto di riferimento per le persone mielose dell'intera Regione.

La DGR 2062/14 in attuazione alla LR 17/14 prevede che la funzione di Chirurgia vertebro-midollare sia svolta dalla Neurochirurgia dell' AOU – SMM, mentre conferma la funzione di Unità Spinale all'IMFR. Si ritiene che per mantenere/migliorare i livelli di efficienza ed anche efficacia sin qui raggiunti dal DIFUS, sia necessario riconoscere l'alta specificità del ruolo svolto dalla Chirurgia vertebro-midollare su scala sovra-aziendale e che viene richiesto nei Presidi ospedalieri con funzioni di HUB regionale per la grande traumatologia (come previsto dalla DGR 2062/14 per l' AOU SMM e negli standard di un Centro traumi di alta specializzazione del DL 7 agosto 2012, n.135).

Per garantire un efficiente funzionamento ai percorsi clinico assistenziali delle persone con GCA e dell' US sin dalla fase intensiva è necessario realizzare a breve termine l' Area subintensiva ad alta valenza riabilitativa (ASAVAR) presso l' AOU SMM (già prevista nelle delibere aziendali dell' AOU e dell' ASS4 nel piano attuativo del Piano regionale della Riabilitazione 2005 per il triennio 2006-08 e dalla citata DGR 1309/2012 del FVG).

L' attivazione dell' ASAVAR è necessaria per risolvere due gravi criticità nella gestione della fase intensiva di questi pazienti :

- il trasferimento di pazienti dalle TI dell'AOU di Udine alle TI o Aree di Emergenza degli altri P.O. della Regione per carenza di posti letto e successivo ritorno ad Udine per la riabilitazione intensiva all'IMFR
  - la gestione dei politraumatizzati che necessitano di protratta ventilazione meccanica invasiva
- Tale realizzazione trova un'ulteriore supporto dall'indicazione contenuta nella DGR 2062/14 della citata funzione di HUB regionale della grande traumatologia presso l' AOU di UD.

### **3) RIABILITAZIONE PATOLOGIE AD ESORDIO INFANTILE**

L' IMFR "Gervasutta" garantisce dal 1984 la valutazione e il trattamento delle patologie di interesse riabilitativo dell'età evolutiva.

Tale attività è erogata dalla SOS dipartimentale "Riabilitazione Patologie ad Esordio Infantile" ed esercita un ruolo di riferimento anche per le altre Aziende Sanitarie della Regione. Gli interventi si integrano con le offerte degli altri servizi che operano in favore del bambino e della sua famiglia : collaborazioni per attività non erogabili presso l' IMFR (es. la riabilitazione neurovisiva eseguita dalla Nostra Famiglia) e con le Equipresidi distrettuali per la formulazione di progetti condivisi.

La SOS garantisce una precoce presa in carico dei piccoli pazienti presso l' AOU SMM mediante una convenzione interaziendale iniziata nel 1984 e che attraverso successivi sviluppi attualmente prevede consulenze del Fisiatra bisettimanali e di due fisioterapiste (ogni giorno presenti per i trattamenti) presso la Patologia Neonatale e la Clinica Pediatrica e accessi su richiesta presso la SOC Malattie Rare e l'Ostetricia e Collaborazioni con il Dipartimento di Neuroscienze.

La LR 17/14 all' art n.39 com 2 punto K prevede per le "*malattie rare e patologie connatali o ad esordio in età evolutiva che determinano disabilità persistente*" lo sviluppo di una rete professionale ospedaliero-territoriale distrettuale finalizzata ad "assicurare la continuità assistenziale e definire modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale...". Nel contesto di questa rete dovranno essere integrate le competenze della SOS dell' IMFR e definiti anche i rapporti operativi con l' Unità Gravi Disabilità Età Evolutiva (UDGE) dell' IRCCS "La Nostra Famiglia".

### **4) IMFR e RIABILITAZIONE DISTRETTUALE**

Premesso che :

- la LR 17/14 richiama sin dall' art2 (Finalità ed obiettivi) il concetto di continuità assistenziale " tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura"
- la LR 17/14 nel contesto delle funzioni e competenze assegnate ai Distretti ed alle sue articolazioni operative (Art 19) prevede funzioni di riabilitazione a livello delle strutture intermedie (in particolare RSA ed ex art 26 della LN 833/1988) , dei presidi ospedalieri da riconvertire (PL di riabilitazione estensiva) e dell'assistenza medica primaria (riabilitazione domiciliare)
- il com.4 art 34 afferma che " Presso le strutture di cui al comma 1 (presidi ospedalieri da riconvertire ndr), oltre ai servizi distrettuali già attivi, devono essere gradualmente realizzate in collaborazione con l'ospedale di riferimento tutte le forme avanzate di assistenza primaria e di gestione della cronicità, di riabilitazione, nonché la residenzialità, in particolare riabilitativa e di lungo termine, compresi gli ospedali di comunità;..."
- dal 1 gennaio 2015 la SOC di Medicina Fisica e Riabilitazione dell' Ospedale di San Daniele transiterà all' AAS n.3 con conseguente necessità per l' AAS n.4 di garantire l'attività fisiatrica presso i Distretti di Cividale e Tarcento (ndr. dal 1 aprile 2015 la Dirigente medico Fisiatra del Distretto di Cividale del Friuli cesserà dall' incarico per quiescenza)

- persiste uno storico insufficiente supporto fisiatrico alle articolate attività di riabilitazione erogate dal Distretto di Udine che comprende una popolazione di 160.000 abitanti (attualmente vengono erogate 48 ore al mese di consulenze fisiatriche da parte di due medici dell'IMFR).

si ritiene necessaria una ridefinizione delle relazioni tra l' IMFR "Gervasutta" e i Distretti dell' AAS n.4 "Friuli Centrale" con la finalità di garantire la continuità delle cure che la LR 17/14 (com2 art.4 ) assegna anche alla futura "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" .

Per la parte operativa di questa riorganizzazione l' IMFR puo' avvalersi del Dipartimento di Medicina Riabilitativa (DMR) dell' Istituto per il quale :

- l' Atto Aziendale dell' ASS4 " Medio Friuli" prevede " Il DMR deve pertanto svolgere funzioni complesse ed integrate intendendo per integrazione la coordinazione dei percorsi dalle unità di emergenza e di trattamento acuto sino alla continuativa assistenza nel periodo successivo alla riabilitazione intensiva."
- il Regolamento del DMR (Del. DG ASS4 n.66/2013) assegna tra le finalità da garantire (art. 3) anche " il rapporto con le strutture esterne al Dipartimento, in particolare attraverso lo sviluppo di una continuità di percorsi assistenziali con le strutture sanitarie territoriali" e tra le Collaborazioni (art. 10) i Distretti e i Medici di Medicina Generale dell' ASSn.4 e i Dipartimenti ad attività integrata dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine Santa Maria della Misericordia.

## **5) PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA E DISTRETTI**

Durante il 2014, come da obiettivo della scheda budget aziendale, si è proceduto, in accordo con la Direzione aziendale e con i Responsabili dei Distretti, ad una " Revisione del modello di erogazione della pneumologia riabilitativa negli ambulatori distrettuali e dismissione della relativa offerta ambulatoriale".

Tale nuovo modello sarà operativo dai primi mesi del 2015 e prevede il passaggio da 1 accesso ambulatoriale settimanale dello specialista pneumologo in ogni sede distrettuale (Codroipo, San Daniele, Cividale, Tarcento e Case di riposo) ad 1 accesso mensile dedicato ai soli pazienti in ossigenoterapia a lungo termine (garantendo la valutazione di 10 pazienti/seduta si potrebbe arrivare fino a 600 valutazioni specialistiche all'anno sufficienti a coprire l'attuale bisogno).

Per supportare questo cambiamento sono stati attivati dei percorsi formativi con il personale infermieristico dei Distretti sanitari per migliorare gli interventi di monitoraggio di questa categoria di pazienti.

Considerata la numerosità della popolazione del Distretto di Udine viene garantito il mantenimento di 1 ambulatorio dedicato alla settimana presso l' IMFR "Gervasutta" sempre per i pazienti in ossigenoterapia.

L' attività specialistica all' esterno dell' IMFR proseguirà con le valutazioni domiciliari di follow-up dei pazienti tracheoventilati, residenti sul territorio dell' Area Vasta, per un impegno di 2 giorni al mese.

## **6) RISTRUTTURAZIONE, RIEDIFICAZIONE ED AMPLIAMENTO DELL' IMFR**

E' attualmente nella fase di progettazione esecutiva il secondo intervento del complessivo programma edilizio di ristrutturazione, riedificazione ed ampliamento dell' IMFR. L'opera è già finanziata per 13.000.000 di €.

L'edificio da edificare si integra con le attività presenti nel nuovo padiglione delle degenze (inaugurato ed attivo dal 2008) mediante la realizzazione di ambienti palestra, specificamente dedicati ai reparti dell' Alta Specialità riabilitativa (Unità Spinale e Gravi Cerebrolesioni

Acquisite), e della sede per attività diagnostiche e di terapia dell' URNA. Inoltre il padiglione da realizzare comprende, su due distinti piani, un' area ambulatoriale polifunzionale, la sede della terapia occupazionale e una sala modulabile per convegni o altre attività formative.

La realizzazione di questo intervento edilizio è di prioritaria necessità per superare le attuali criticità rappresentate dalla carenza dei requisiti strutturali dell'ex padiglione delle degenze e dalla dispersione delle sedi di erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche ambulatoriali.

## **7) AUTONOMIA GESTIONALE ED ECONOMICA**

L'articolo 28 della legge regionale 10.10.2014 n. 17, nel definire la rete dei presidi ospedalieri, collega l'IMFR "Gervasutta" tra i "presidi ospedalieri specializzati" e, inoltre, l'articolo 36 specifica che i P.O. "sono dotati di autonomia economico-finanziaria e gestionale mediante l'attribuzione, da parte del Direttore generale, di uno specifico budget".

Ciò rilevato è necessario permettere lo svolgimento della funzione hab assegnata dalla legge di riforma attraverso strumenti gestionali ed economico-finanziari che consentano di sviluppare attività di investimenti professionali, organizzativi e strutturali del tutto autonomi e tarati su prospettive di offerta che devono tener conto di un ambito geografico regionale di funzioni specialistiche, di attività didattica e di ricerca, anche applicata, correlate alle attività di alta specializzazione ospedaliera, universitaria e di innovazione tecnologica legate allo specifico "mercato" di riferimento.

Vi sono pertanto tutti i presupposti che il nuovo atto aziendale individui nel responsabile dell'Istituto, sia pure nell'ambito delle strategie e pianificazioni aziendali, il titolare effettivo delle funzioni e attività di cui sopra.

Coerentemente, accanto ad un budget economico-finanziario, all'Istituto vanno attribuite, definite e codificate, anche mediante delega, funzioni di governo diretto del personale e l'uso dei beni e servizi e della logistica, snellendo il più possibile i doppio passaggi tra strutture aziendali centrali e struttura periferica.