

**LA MEDICINA FISICA E
RIABILITATIVA:
SUGGERIMENTI PER IL
FUTURO**

DOMENICO ULIANO
ulianodomenico@gmail.com

- Nel **progetto riabilitativo** è contemplata l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali consentendo il re-inserimento della persona con disabilità nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

- *Il Fisiatra è il responsabile del Progetto riabilitativo individuale della Persona ed esegue gli interventi necessari per la realizzazione dello stesso **direttamente o tramite altri professionisti sanitari a cui affida la risoluzione di specifici problemi** e che lo stesso professionista realizza in autonomia e sotto la propria responsabilità professionale all'interno di quel Programma riabilitativo.*

- *L'intervento riabilitativo è per sua natura complesso, multiforme e spesso articolato, ma deve essere sempre fortemente sinergico ed unitario attorno alla Persona che è al centro di tutti i percorsi di cura.. In questo senso anche la strutturazione di un Team riabilitativo sempre e necessariamente strutturato in maniera rigida attorno alla Persona rischia di diventare uno strumento di appesantimento del lavoro riabilitativo e di eccessivo costo per il sistema. E' il Responsabile del Progetto e quindi del Team che decide, di volta in volta, se tutte le figure professionali sono necessarie per quella Persona o se invece, diversamente, gli interventi valutativi e terapeutici possono essere svolti direttamente e soltanto dal Medico.*

- *Si pongono stimoli nuovi per ridefinire alcuni elementi di criticità che si sono evidenziati in questi anni e che ci impongono di lavorare a nuove soluzioni, immaginando maggiore flessibilità in tutti gli strumenti e nei percorsi di intervento e configurando **il Medico Fisiatra quale Specialista competente nella Disabilità della Persona** e dunque in grado, per competenza e formazione professionale, di assumere in se il ruolo di decisore clinico, gestionale ed organizzativo di nuovi percorsi di cura che superino la rigidità dei tre momenti temporali e che invece siano configurati rispetto alle esigenze della Persona.*

Questo vuol dire che le **strutture** dovranno dare risposte di diversa intensità a seconda dei bisogni della Persona ed essere accreditate rispetto alla propria capacità di fornire tutte queste diverse gradazioni di risposte in funzione di:

- **struttura** : cioè ciò che è dato (risorse disponibili, organizzazione...)
- **processo** : ciò che si fa (azioni relative all'assistenza sanitaria, volume delle prestazioni, appropriatezza delle prestazioni)
- **esito** : ciò che si ottiene (modificazioni positive della disabilità e partecipazione, ottimizzazione del rapporto costo/beneficio)

- Il quadro attuale dei bisogni e delle risposte necessarie in Medicina Riabilitativa pone la necessità anche *di innovare al più presto i criteri di accreditamento, secondo logiche molto più avanzate* degli attuali, per tutte le strutture di riabilitazione pubbliche e private secondo dei criteri irrinunciabili ai fini della appropriatezza e della qualità delle prestazioni: :
- articolati rispetto alla funzione che vogliono/devono svolgere nella Rete generale delle attività sanitarie e nella Rete della attività riabilitative,
- inseriti in Dipartimenti che coprano la continuità necessaria della presa in cura e del mantenimento e che siano raccordati con le Agenzie socio-assistenziali delle Comunità, nell'ambito dei quali le funzioni di *audit* consentano di valutare l'esperienza clinica e i risultati ottenuti,
- collegati a differenziate modalità di valorizzazione economica.

Ciò significa :

- "rendersi conto di ciò che facciamo per renderne conto agli altri"
- definire parametri appropriati rispetto a singoli DRG correlati *alla complessità delle problematiche della presa in cura*
- L'accreditamento sarà così fondato e verificato all'interno del "percorso" nel rispetto dei compiti svolti, delle dotazioni messe a disposizione, dei risultati conseguiti nelle diverse fasi e rispetto all'outcome globale

- Uno dei problemi che si pongono per il futuro prossimo è valutare l'opportunità, l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'intervento riabilitativo in acuto e, più in particolare, la presa in carico ed il trasferimento dai reparti di emergenza urgenza alle strutture riabilitative
- necessità di cure in acuto (prognosi e terapia secondo ICD) con quello della costruzione del progetto riabilitativo con conseguente presa in cura del paziente secondo ICF.

dagli MDC ai DRG!



- L'intervento in fase acuta si configura come consulenza per prevenire l'ulteriore evoluzione negativa della disabilità., come contributo in tal senso alle decisioni cliniche volte alla stabilizzazione ed alla valutazione/ decisione per il trasferimento per la complessiva presa in cura riabilitativa
- Il trasferimento dipende, oltre che dalle condizioni del paziente, dalla tipologia di reparto riabilitativo e dal potenziale di recupero del paziente
- Le strutture riabilitative devono arricchirsi ed articolarsi non solo in funzione della propria mission, ma anche delle proprie capacità di intervento in acuto

- un reparto di riabilitazione non può essere diretto da altro specialista dato che la finalità e giustificazione del ricovero (e delle risorse spese) è la Riabilitazione
 - La struttura del reparto può essere finalizzata al ricovero di pazienti con una tipologia ristretta e ben definita di lesione d'organo, ma la finalità è quella di prendersi cura della persona aiutandola a superare/contenere la propria disabilità e quindi la presenza di specialisti d'organo nel team riabilitativo può essere utile, ma non è indispensabile.
- La valutazione dell'appropriatezza del ricovero e la conseguente remunerazione economica non può esser legata esclusivamente ad una codifica diagnostica per acuti .
- Per evitare l'utilizzo di criteri di utilità economica occorre sviluppare sistemi di classificazione basati su II' ICF
- É necessario sviluppare la ricerca epidemiologica per la raccolta di dati relativi alle persone di cui si chiede il trasferimento nelle strutture di riabilitazione , sulla base dei criteri dell'ICF



- L'approccio da seguire per la Persona con disabilità è, quindi, di **un forte coordinamento** delle attività che analizzi tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo, la rieducazione ed il reinserimento sociale e lavorativo, alla cui definizione partecipa attivamente la Persona con disabilità e la sua famiglia.

- L'integrazione territoriale prevede il coinvolgimento della rete assistenziale e di solidarietà sociale.

Importante infatti nel campo della disabilità è il contributo che può essere apportato dal volontariato e dalle associazioni delle Persone con disabilità, per la peculiarità di queste associazioni di rispondere in modo flessibile ed articolato ai bisogni anche non codificati.

Il percorso individualizzato di riabilitazione deve prevedere, inoltre, interventi finalizzati alla formazione professionale e al reinserimento o inserimento scolastico.

- Allo stato attuale della elaborazione scientifica **il Dipartimento della Riabilitazione** *aperto alle cure primarie ed alla integrazione sanitaria e sociale* può costituire il modello più efficiente ed efficace per garantire un processo di salute che contempi la persona in tutti i suoi aspetti bio-psico-sociali
- Nell'ambito del Dipartimento il **setting ambulatoriale deve diventare il luogo di mediazione** tra gli estremi organizzativi costituiti dall'ospedale e dal domicilio e deve quindi svilupparsi come nodo strategico fondamentale del processo di salute. La Riabilitazione richiama infatti, non a caso, forti analogie con altre aree ed elevata integrazione sociosanitaria, quale quella della Salute Mentale, in cui, il sistema delle cure è inquadrato in un contesto organizzativo specifico e relativamente autonomo.

Le attività ambulatoriali

- Una considerazione a parte, ma non disgiunta dal concetto di continuità delle cure e del “percorso” di reinserimento è quella che dobbiamo rivolgere alle prestazioni ambulatoriali. Il giudizio che noi diamo rispetto al perdurare di logiche vetuste e superate, ancora collegate alla singola prestazione, è un giudizio totalmente negativo. Non è sufficiente adeguare le tariffe per risolvere il problema.
- Anche queste attività extra-ospedaliere si sono profondamente modificate in questi anni (non ultimo per supportare in modo sinergico quelle modificazioni della degenza) soprattutto nel comparto delle tradizionali attività Ambulatoriali , dove riteniamo che deve esser definitivamente superata la antica concezione che distingueva tra ex. Art.25 ed ex. Art.26 della 833 per passare ad una impostazione a “pacchetto” e non più a singola prestazione , che è l'unica in grado di rispondere globalmente ai bisogni di recupero di autonomia e di salute della persona con disabilità , ed altresì è l'unica che consente una seria verifica della efficacia ed appropriatezza del trattamento offerto al cittadino rispetto a tali obiettivi.

I CRITERI DI ACCESSO ; I PACCHETTI



La **graduazione** della intensità degli interventi, sulla base della **complessità** e della **durata della assistenza** richiesta senza soluzione di continuità, rappresenta uno degli aspetti critici di tutto il sistema per ottimizzare l'uso e la quantità delle risorse impiegate.

Si ritiene opportuno individuare una serie di criteri per la accessibilità alle prestazioni a carico del SSN, collegate direttamente al quadro clinico funzionale. Questo è propedeutico all'individuazione di pacchetti diagnostici e terapeutici in analogia con quanto avviene in alcune regioni e che preveda un sistema di valorizzazione delle attività ambulatoriali tariffato a DRG's.

1- identificazione della struttura (COEFFICIENTE DI STRUTTURA)

2- identificazione e definizione dei gruppi di patologie disabilitanti

3- elencazione delle diagnosi di funzione, segno o lesione che possono essere ricondotte ai gruppi principali di patologie per cui si prevede di attribuire il maggior quantitativo di risorse.

4- determinazione dei criteri di erogazione: distanza dall'evento indice, % di limitazione nelle ADL, reddito.

5- definizione dei limiti quantitativi e temporali (numero di sedute assoluto e/o in un anno) delle prestazioni erogabili .

6- elencazione delle procedure congruenti con le diagnosi di funzione (e calcolo del "tempo medio" di esecuzione)

7- *elencazione delle condizioni cliniche correlate alle diagnosi di cui al punto 3 che richiedono procedure o prestazioni riabilitative aggiuntive.*

8- *elencazione delle procedure congruenti con le condizioni cliniche correlate.*