

**A PAG. 10****Riabilitazione**

**Dopo 13 anni  
ecco il Piano  
che ridisegna  
l'assistenza  
riabilitativa  
puntando sulla  
continuità**

QUADERNI DELLA SALUTE/ Il riordine del settore nel Piano varato dalla Stato-Regioni

# Riabilitazione, cure continue

I capisaldi: lavoro in team, percorsi individuali e Dipartimenti ad hoc

**Le ultime linee guida nel 1998: da allora emerse diverse criticità**

**Ora l'applicazione a livello regionale: una commissione mista vigilerà**

**L'**ultima rilevazione Istat del 2005 ha evidenziato che in Italia le persone con disabilità sono 2.609.000 (il 4,8% della popolazione con oltre 6 anni di età) a cui vanno aggiunti oltre 200mila pazienti residenti nei presidi socio-sanitari.

L'analisi sull'attività di ricovero (fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute) documenta che su 12.128.678 ricoveri nel 2008 ben 361.391 sono di riabilitazione, di cui 294.644 in regime ordinario e 64.747 in day hospital.

Questo quadro epidemiologico in continua espansione ha suggerito al ministero della Salute la revisione della precedente normativa risalente al 1998 con cui, per la prima volta in Italia, si era voluto porre ordine nel settore della riabilitazione, attraverso la definizione di una strategia riabilitativa basata su:

- presa in carico del malato;
- sua valutazione;
- elaborazione di un progetto riabilitativo;
- effettuazione di un preciso programma di intervento.

Tale documento, usualmente indicato come «Linee guida» anche se in realtà è un documento

di programmazione, ha rappresentato una tappa fondamentale nello sviluppo della riabilitazione e risulta ancora attuale in molte delle sue componenti. Tuttavia era stato concepito in un Sistema sanitario dotato di una organizzazione centralistica e soprattutto la riabilitazione era ancora priva di reali evidenze scientifiche. In questi anni l'accrecersi dell'importanza e del ruolo svolto dalle Regioni nella gestione della salute ha reso necessaria e improrogabile una rivalutazione dell'assetto attuale con lo scopo di promuovere una miglior organizzazione della rete riabilitativa anche alla luce della necessità di potenziare l'offerta sul territorio per garantire la continuità assistenziale.

Nei prossimi anni la sfida che la Sanità dovrà saper affrontare, anche attraverso l'utilizzo di strumenti normativi e di piani di indirizzo dedicati e culturalmente all'avanguardia, è quella di una popolazione sempre più vecchia e con una richiesta

crescente di risposte per la prevenzione e la gestione della disabilità.

In questi 13 anni le precedenti linee guida hanno mostrato alcune criticità, specie nella fase applicativa: molteplici e diversificate offerte per la stessa patologia in assenza di evidenze scientifiche che giustificassero tali disparità; l'adozione di diversi criteri classificativi e retributivi che non rende agevole o addirittura possibile studi di comparazione interregionali; una continuità assistenziale ottenuta spesso attraverso la somma di molteplici interventi singoli o isolati in assenza di una strategia unificatrice; un doppio circuito ospedaliero ed extraospedaliero non sempre integrati fra loro e con scarsa attenzione al territorio; confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva con una eccessiva attenzione alla fase degenza sono solo alcune delle importanti criticità emerse in questi anni.

Il nuovo Piano di indirizzo per la riabilitazione, approvato in sede di conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio u.s., non ha evidentemente la presunzione

di voler risolvere tutte queste problematiche, ma può fornire un importante contributo, soprattutto dal punto di vista culturale e scientifico. Non dimentichiamo che, a differenza del 1998, la sopravvenuta riforma del titolo V della Costituzione ha reso necessario redigere un



documento "di indirizzo" che, successivamente, le singole Regioni potranno adattare e trasferire alle loro realtà.

Il gruppo di lavoro che ha elaborato il nuovo Piano era costituito da 29 componenti rappresentanti tutte le categorie coinvolte nella riabilitazione a sottolineare l'importanza di un approccio interdisciplinare; sono inoltre state audite oltre 50 tra Associazioni e Società espressione di cittadini e pazienti per ribadire l'imprescindibilità di un approccio olistico che ponga al centro la persona e non la patologia. Tredici sono le società scientifiche che hanno collaborato alla stesura del documento, a dimostrazione della trasversalità dell'approccio riabilitativo. Tutto ciò a conferma della grande complessità del sistema riabilitazione, che può essere affrontata solo in modo interdisciplinare e interprofessionale con il Team vero perno e gestore del processo riabilitativo che viene a essere ulteriormente valorizzato nel suo agire.

Il documento di indirizzo ha tenuto conto dei grandi progressi della riabilitazione in campo scientifico, clinico, organizzativo e della operatività interdisciplinare, evidenziando la crescita di competenze di tutte le figure professionali coinvolte, considerando quelle già previste nelle Linee guida del 1998 e quelle divenute sempre più importanti come l'assistente sociale e lo psicologo. L'obiettivo essenziale è di rendere questi progressi applicabili e funzionali al sistema sanitario del nostro Paese nell'interesse delle persone con disabilità di ogni genere. L'obiettivo primario dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", considerare quindi la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (conferenza internazionale di Madrid del 2002), valutarla al fine di ottimizzare gli interventi sanitari idonei per raggiungere il reale empowerment, vale a dire le condizioni di massimo

livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà e al contesto. Le novità principali del Piano di indirizzo per la riabilitazione riguardano:

- l'adozione del modello biopsico-sociale; introdotto nel 2001 da parte dell'Organizzazione mondiale della Sanità attraverso l'utilizzo dell'International classification of function (Icf), mette la persona al centro dell'agire, con le sue attività, le sue funzioni e le sue menomazioni, il tutto da valutare nel reale contesto ambientale;
- la definizione del governo clinico tramite il Dipartimento di riabilitazione come momento di garanzia e di aggregazione di tutte le diversificate risposte riabilitative disponibili;
- la valorizzazione del lavoro interdisciplinare, con la esaltazione del ruolo del team;
- le caratteristiche professionali e la corretta definizione del medico specialista in riabilitazione;
- la possibilità della gestione dei casi complessi anche a livello ambulatoriale;
- la identificazione prima, e la ricerca di soluzione poi, per le necessità riabilitative delle persone ad alta complessità;
- la definizione delle priorità della ricerca in riabilitazione;
- il ruolo della attività fisica (Afa), come strumento di prevenzione e per facilitare l'acquisizione di corretti stili di vita, ma distinta e separata dalla riabilitazione;
- il riconoscimento del ruolo del terapeuta occupazionale per gli interventi domiciliari;
- l'attuazione, in analogia a quanto già realizzato in alcune Regioni, di nuove offerte assistenziali in ambito riabilitativo derivanti da realtà emergenti: Unità spinali, che andranno in rete con le Unità spinali unipolari e Unità per gravi patologie respiratorie e cardiologiche, come momento di integrazione delle usuali risposte assistenziali alla luce delle evidenze scientifiche ottenute;
- la definizione di un percorso riabilitativo unico dalla fase acuta all'inserimento domiciliare. Questo principio si concretizza

nel concetto di presa in carico dell'utente e nell'erogazione degli interventi secondo programmi riabilitativi definitivi all'interno di uno specifico Progetto riabilitativo individuale (Pri), che rappresenta lo strumento indicato, sintetico e organico per affrontare la specifica disabilità; è elaborato dal responsabile medico specialista in riabilitazione, in condivisione con gli altri professionisti coinvolti;

- il Pri, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale individuati dall'Icf definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente e, quando possibile, con la famiglia e i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità e appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Assicurare la continuità assistenziale diviene garanzia di efficacia, efficienza, rispetto della persona e di sostenibilità economica. Fondamentale è in questa ottica il ruolo che il territorio dovrà sempre più assumere nella risposta riabilitativa alle reali esigenze sanitarie dei cittadini divenendo il luogo più congruo e appropriato per la valutazione del risultato raggiunto e quindi vero indicatore dell'efficienza del sistema.

Il domicilio diviene quindi luogo privilegiato per gli interventi di competenza del team riabilitativo, per favorire, come previsto dall'Icf, un reale e fattivo reintegro non solo sanitario ma anche sociale.

Riabilitazione quindi come disciplina scientificamente certa, socialmente utile, economicamente congrua e in grado di interpretare e di fornire risposte valide ai bisogni crescenti di salute della nostra società. Concetto ottimamente espresso nella Relazione sullo stato sanitario del Paese da parte del ministro

della Salute Ferruccio Fazio: «La necessità di incentrare le strategie sanitarie anche sulla gestione della cronicità e sulla prevenzione della disabilità è quindi la vera emergenza, nonché la grande sfida dei prossimi decenni. In quest'ottica le scienze riabilitative, definizione che meglio esprime la complessità delle tematiche in oggetto, potranno avere un'importanza e un ruolo fino a pochi anni orsono impensabili...»

Il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico in toto della persona malata, pone nuovamente al centro dell'agire la persona nella sua interezza. Questo approccio consente di valorizzare e rendere strategicamente imprescindibili obiettivi del tutto negletti fino a pochi anni orsono quali l'attenzione alla qualità della vita, oltre che ovviamente alla quantità della stessa, e il reinserimento, congruo e condiviso, nel mondo lavorativo; tematiche di massima attenzione per le scienze riabilitative. Tali principi sono alla base del percorso per la stesura di un Piano nazionale della riabilitazione, che rappresenta un ulteriore raccordo nel nuovo rapporto tra Stato e Regioni».

È auspicabile che il lavoro in team fra ministero, Regioni, società e associazioni scientifiche e rappresentanti dell'utenza continui anche nella fase applicativa; è del resto prevista nel deliberato di approvazione del piano in sede di Conferenza Stato-Regioni l'istituzione di una Commissione mista ministero della Salute e Regioni con lo scopo di agevolare l'applicazione del nuovo piano di indirizzo; particolare attenzione e supporto verranno forniti alle Regioni sottoposte a piano di rientro.

**Massimo Fini**  
Direttore scientifico  
Irccs San Raffaele Pisana  
**David Fletzer**  
Presidente Società italiana  
Medicina fisica e riabilitativa

