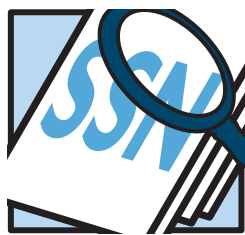


È pronta la bozza del ministero della Salute che modifica le «linee guida» del 1998

Un piano per la riabilitazione

Dai percorsi individuali al Dipartimento per garantire la continuità di cure



A dodici anni esatti dalle linee guida sulla riabilitazione (pubblicate sulla «Gazzetta Ufficiale» del 30 maggio 1998) il ministero della Salute è pronto a varare un nuovo piano. Dopo diversi mesi di lavoro la commissione ad hoc guidata dal sottosegretario alla Salute, **Francesca Martini** - dove hanno lavorato fianco a fianco società scientifiche, Regioni, esperti e tecnici - ha messo a punto un documento con tutte le proposte per aggiornare quelle linee guida e tracciare una nuova rotta per il pianeta riabilitazione.

I punti cardine della nuova bussola della riabilitazione sono almeno quattro: continuità delle cure, piano riabilitativo individuale per tutti i pazienti, un dipartimento di riabilitazione in ogni Asl per governare le cure che verranno e un team riabilitativo che sarà guidato dal medico specialista in riabilitazione. Con l'obiettivo di superare un nodo «storico» della riabilitazione: la frammentarietà di cure, fatta spesso di prestazioni e prescrizioni redatte da medici e specialisti diversi in momenti e strutture differenti se non addirittura in città diverse, ma sempre per lo stesso problema riabilitativo di un solo paziente. Che spesso alla fine esausto sceglie il «turismo riabilitativo».

Il nuovo piano sulla riabilitazione che dovrebbe essere licenziato dal ministero della Salute nelle prossime setti-

L'unità multidimensionale di Forlì diventa un caso europeo

L'Unità di valutazione multidimensionale che opera nel Dipartimento post acuzie e riabilitazione dell'Asl di Forlì diventa un caso modello in Europa. L'esperienza forlivese è finita sotto i riflettori durante il 17° Congresso europeo di medicina fisica e riabilitazione che si è svolto a Venezia la scorsa settimana. Ma come funziona? L'unità prende in carico la persona che lo necessita nelle prime 24-48 ore dal ricovero in acuto con la presenza di svariate competenze al suo interno: dal geriatra al fisiatra, dall'internista del post acuto all'infermiere case-manager fino al terapeuta e all'assistente sociale. In questo modo, è possibile stabilire «come sta», se potrà recuperare e quali aiuti assegnare alla famiglia che lo dovrà riaccogliere. Il risultato è dunque la creazione di un percorso personalizzato, che parte

dalla predittività degli esiti clinici e funzionali del malato. «Grazie al sistema informatico, è possibile visualizzare la situazione di tutti i ricoverati nelle diverse strutture afferenti al Dipartimento - prosegue il direttore del Dipartimento, **Germano Pestelli** -, una volta esaminato il quadro generale e conclusa la fase acuta della malattia, l'unità, in base alle condizioni sanitarie, cliniche e sociali, decide il miglior percorso per il soggetto in questione: può inviarlo alla famiglia, fornendo, se servono, i necessari supporti, quali ausili o assistenza domiciliare integrata, oppure a una struttura protetta qualora i familiari, per qualunque motivo, non possano farsene carico». All'interno del percorso, particolare importanza riveste l'infermiere case-manager, una figura nuova, con compiti di regia fra ospedale e territorio.

vo di struttura», in cui ogni struttura (reparti, centri, ambulatori ecc.) «definisce "ex ante" - spiega la bozza del piano - le proprie caratteristiche, tipologie di offerta, potenzialità e vocazioni operative, dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, procedure di ammissione-dimissione e di relazione con altre strutture, in modo che possa essere realizzato un flusso trasparente e appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili».

Un Dipartimento al «governo». «In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi - spiega il piano - appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione». Per il ministero serve dunque un Dipartimento di riabilitazione, o quanto meno una «struttura operativa unitaria» simile, per garantire «un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno». Spetterà alle Regioni stabilire il preciso identikit di questo «cervello» delle attività di riabilitazione a cui sarà affidato, in sostanza, il compito di assicurare la «cooperazione/continuità» tra ospedale, territorio, per arrivare al domicilio del paziente.

a cura di
Mario Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ASSISTENZA INTENSIVA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Unità ad hoc per le malattie cardio-respiratorie

Per le attività di riabilitazione «intensiva ad alta specializzazione» il piano punta alla creazione di «percorsi dedicati». Si tratta di reti riabilitative per assistere i pazienti più difficili. In questa categoria rientrano: le persone affette da mielosemia acquisita; i pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici; le persone affette da disabilità gravi in età evolutiva e quelle con turbe neuropsicologiche acquisite.

Tra le novità assistenziali previste dal piano si segnalano degli interventi ad hoc per il superamento delle fasi critiche di patologie «a evoluzione cronica con disabilità acquisita». Nel mirino le malattie respira-

torie e cardiologiche. Ecco l'identikit delle unità che dovrebbero prendersi cura di questi pazienti.

Unità per gravi patologie respiratorie. L'idea è costituire unità «sub-intensive» per le emergenze in via di stabilizzazione. I pazienti «eleggibili» per queste unità sono quelli affetti da insufficienze respiratorie acute, da malattie neuromuscolari o da insufficienze respiratorie croniche riacutizzate, compresi i pazienti pre- e post-trapianto del polmone. L'unità è collocata in strutture ospedaliere dotate o strettamente collegate con Uoc di

rianimazione, Utic e chirurgia toracica.

Gli interventi per questi pazienti sono focalizzati, accanto agli obiettivi riabilitativi, prima di tutto alla definitiva stabilizzazione «respiratoria e internistica», al ripristino dell'autonomia nelle funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni invalidanti e, quando possibile, allo «svezzamento totale o parziale dal ventilatore» o alla «cannula tracheostomica». Le attività di riabilitazione nella definizione del progetto riabilitativo individuale si raccordano ovviamente con queste con-

dizioni cliniche «avendo di mira la qualità della vita e dell'autonomia della persona».

Unità per gravi patologie cardiologiche. In questo caso si punta ad assistere al meglio i pazienti «in stato di instabilità clinica per evento cardiovascolare acuto molto recente, per cronicizzazione di complicanze post acute o chirurgiche o per scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale, ma con potenzialità di recupero clinico funzionale». Gli interventi puntano, oltre alla riabilitazione, sia alla stabilizzazione internistica che al ripristino dell'autonomia nelle

funzioni vitali di base e al trattamento iniziale delle principali menomazioni. Accanto a queste funzioni l'unità garantisce l'«unitarietà e tempestività dell'intervento riabilitativo omnicomprensivo necessario al soggetto preso in cura». Questo tipo di unità sono collocate in strutture ospedaliere, centri riabilitativi o policlinici universitari dotati o strettamente collegati con Uoc di rianimazione, Utic, cardiocirurgia, cardiologia.

I pazienti provengono dalle Unità di terapia intensiva cardiologica per evento acuto recente (sindrome coronarica

acuta entro la prima settimana) e con un programma di dimissione precoce. Oppure provengono dalle terapie intensive chirurgiche, precocemente (post intervento - entro i primi 5 giorni) o, perché gravate da complicanze, in fase successiva (in fase cioè di cronicizzazione a elevata necessità assistenziale). Infine i pazienti che sono assistiti in queste unità sono quelli affetti da insufficienza ventricolare severa o scompenso cardiaco refrattario alla terapia convenzionale e quindi hanno bisogno di «supporto infusivo e monitoraggio continuo dei parametri emodinamici, che rendono impossibile la dimissione del paziente».

LE FRONTIERE DELLA RICERCA

Robot e hi-tech per le terapie del domani

Per rilanciare la ricerca in riabilitazione bisogna muoversi su quattro fronti: ricercatori, infrastrutture, finanziamenti e partnership. Per questo secondo la bozza del piano del ministero bisogna innanzitutto «aggregare ricercatori leader in riabilitazione», favorendo la partecipazione di ricercatori esperti «a task force miranti a sviluppare un modello scientifico da utilizzare nella ricerca riabilitativa e per proporre specifiche azioni per implementare la ricerca». E definendo «programmi di lavoro per i medici della riabilitazione allo scopo di delineare le linee di ricerca e nuovi protocolli riabilitativi».

Cruciale sarà poi - secondo il ministero - incoraggiare «tutte le forme di collaborazione, sia interne con al-

tri dipartimenti, sia fra istituzioni coinvolte nella riabilitazione». Puntando infine alla costruzione di «infrastrutture per la ricerca in riabilitazione» con tanto di partecipazione di «enti privati per finanziare la ricerca». Una «road map» per la ricerca, questa, che può aiutare a far decollare un settore che ha compiuto grandi progressi negli ultimi anni. «Mentre tradizionalmente il principale interesse scientifico è stato il meccanismo fisiologico d'azione delle modalità fisiche della funzione, negli ultimi 15 anni - avverte il piano - è stato condotto un numero crescente di trial prospettici in cui è stata valutata l'efficacia clinica della riabilita-

zione nelle condizioni di disabilità derivanti da varie patologie».

Per non parlare del ruolo sempre più importante delle tecnologie. La robotica, la realtà virtuale e la teleriabilitazione «sono le proposte dell'ingegneria della riabilitazione di maggior interesse tecnico-scientifico e di maggior impatto, in prospettiva, sul processo riabilitativo». Robotica e realtà virtuale sono spesso una proposta terapeutica integrata e il dispositivo robotico «oltre che facilitatore o impositore di esercizi motori può essere elemento d'interazione fisica con l'ambiente virtuale, se adeguatamente sensorizzato». La teleriabilitazione, invece, settore a mag-

gior complessità della telemedicina, è destinata ad avere un impatto enorme sull'intero sistema di erogazione della attività riabilitativa, «quindi per una sua corretta integrazione si rende necessario ridisegnare il sistema stesso con lo studio di nuovi modelli organizzativi che includano e valorizzino le risorse disponibili sul territorio, in una prospettiva di completa continuità assistenziale».

L'Italia parte comunque avvantaggiata in questo fronte della ricerca. Nel nostro Paese c'è, infatti, complessivamente un numero di centri clinici e di ricerca che utilizza un maggior numero di tecnologie robotiche rispetto alla somma di tutti gli

altri centri attivi nel resto d'Europa, e secondo nel mondo solo agli Usa. L'Italia può vantare anche una concentrazione molto elevata (tra le più alte di Europa) di centri di ricerca e di progetti finanziati dalla Commissione Ue, «seppur a fronte di un supporto finanziario a livello nazionale trascurabile».

Per il ministero sono, infine, da sostenere le collaborazioni multidisciplinari tra diversi enti e la costituzione di gruppi di studio nazionali sui diversi settori tecnologici. Senza dimenticare lo sviluppo dell'Hta (l'Health technology assessment) «per collocare le diverse proposte tecnologiche nel complesso sistema socio-sanitario, con piena consapevolezza ed efficienza e a costi sostenibili».

I punti cardine del piano

Dipartimento di riabilitazione

È l'insieme integrato delle strutture riabilitative accreditate in un territorio: dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali, ambulatoriali e residenziali, organizzato secondo metodo e principi del governo clinico. Garantisce il percorso appropriato dei soggetti presi in cura nelle diverse fasi, nelle differenti strutture e nei diversi setting, garantendo la piena rispondenza tra bisogni, potenzialità riabilitative e interventi.

Progetto riabilitativo individuale

È il piano delle cure, che indica con le modalità della valutazione multidimensionale e della continuità di cura gli interventi, i tempi, i precisi obiettivi da conseguire e si articola secondo specifiche caratteristiche dell'assistito per quanto riguarda condizioni di salute, abilità residue e recuperabili, bisogni, preferenze, situazione familiare e fattori ambientali e personali.

Medico specialista in riabilitazione

È il medico che ha una specializzazione di base in medicina fisica e riabilitazione o specialità in discipline equipollenti, nonché una esperienza curriculare nelle competenze della riabilitazione, ovvero medico con specializzazione relativa alla patologia di base che ha determinato il danno menomante e il conseguente intervento riabilitativo, con esperienza di almeno 5 anni in Unità ospedaliere di riabilitazione intensiva.

L'offerta ospedaliera in riabilitazione

| | Tot. posti letto riabilitazione | Tot. popolazione regionale | PI x 1.000 ab. |
|----------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------|
| Piemonte | 3.969 | 4.352.828 | 0,91 |
| Lombardia | 7.576 | 9.545.441 | 0,79 |
| Trentino A.A. | 1.004 | 994.703 | 1,01 |
| Veneto | 2.859 | 4.773.554 | 0,60 |
| Friuli V.G. | 349 | 1.212.602 | 0,29 |
| Liguria | 666 | 1.607.878 | 0,41 |
| Emilia Romagna | 3.925 | 4.223.264 | 0,93 |
| Toscana | 1.221 | 3.638.211 | 0,34 |
| Umbria | 220 | 872.967 | 0,25 |
| Marche | 803 | 1.535.098 | 0,52 |
| Lazio | 6.343 | 5.493.308 | 1,15 |
| Abruzzo | 803 | 1.309.797 | 0,61 |
| Molise | 286 | 320.074 | 0,89 |
| Campania | 1.997 | 5.790.187 | 0,34 |
| Puglia | 1.703 | 4.069.869 | 0,42 |
| Basilicata | 242 | 561.338 | 0,41 |
| Calabria | 1.041 | 1.998.052 | 0,52 |
| Sicilia | 1.354 | 5.016.861 | 0,27 |
| Sardegna | 261 | 1.659.443 | 0,16 |
| Totale Italia | 36.622 | 59.131.287 | 0,62 |


www.formazione.ilssole24ore.com
FORMAZIONE24ORE
SANITÀ

Il bilancio e il rendiconto finanziario delle aziende sanitarie

Milano, 29 e 30 giugno 2010

Programma

Il bilancio di esercizio

- L'impostazione nazionale del sistema contabile e la sua "regionalizzazione"
- Il Conto Economico: il nuovo modello ministeriale CE
- Lo Stato Patrimoniale: il nuovo modello ministeriale SP

Il rendiconto finanziario

- Flussi monetari e finanziari per un'analisi dinamica
- La gestione della tesoreria
- Il cash management

Docenti

Mauro Martinelli

Associato di Ragioneria Generale
 Docente di Sistemi amministrativi integrati Università degli Studi Milano Bicocca

Massimo Saita

Ordinario di Economia Aziendale
 Preside della Facoltà di Economia Università degli Studi Milano Bicocca

In collaborazione con:

24 ORE
Sanità

 Sconto
 15%
 per le iscrizioni
 entro il
 02/06/2010

 BROCHURE E SCHEDA DI ISCRIZIONE SU WWW.FORMAZIONE.ILSOLE24ORE.COM

 Servizio Clienti
 Tel. 02 56601887 - Fax 02 70048601
info@formazione.ilssole24ore.com

 GRUPPO **24 ORE**

 Il Sole 24 ORE Formazione
www.formazione.ilssole24ore.com

Organizzazione con sistema di qualità certificato ISO 9001:2008