

MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche



Atti del VI Congresso "Pasquale Pace"

Pesaro, 23-24 Maggio 2014

**MENTI ATTIVE: LA RICERCA IN
RIABILITAZIONE NELLE MARCHE**

Rivista di cultura scientifica ed
informazione sulla riabilitazione

Editor

Oriano Mercante

Responsabile Scientifico

Fabrizia Lattanzio

Direttore Responsabile

Tiziana Tregambe

Managing Editor

Cristina Gagliardi

Editorial board

Mariagrazia Altavilla

Antonio Aprile

Daniela Baruffa

Marianna Capecci

Anna Gaspari

Claudio Maria Maffei

Mario Neri

Demetrio Postacchini

Maurizio Ricci

Oswaldo Scarpino

Mario Villani

Editorial Staff

Marzio Marcellini

Lucia Montemurro

Comunicazioni con la redazione

Cristina Gagliardi, tel. 071 8003344 • mail: c.gagliardi@inrca.it

Istruzioni per gli autori

www.seres-onlus.org

La rivista è disponibile in formato digitale: www.inrca.it e www.seres-onlus.org

ISBN 978-88-6068-115-7

MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche

N.1 Maggio 2014





In collaborazione con:



IT *Italic Pequod*

Editoriale - Oriano Mercante, Marina Simoncelli, Tiziana Pistarelli

Atti del VI Congresso “Pasquale Pace”

Geografia regionale delle unità operative, delle strutture e dei servizi di riabilitazione, successiva al riordino nazionale e regionale Maria Grazia Altavilla	“ 3
La mobilità extraregionale in riabilitazione nella Regione Marche. Dimensioni e caratteristiche Giorgio Caraffa, Elisabetta Esposto, Alessandro Mengoni	“ 7
Risposta della Regione Marche alle gravi cerebrolesioni acquisite Paolo Lazzari	“ 17
La mobilità extraregionale in riabilitazione nella Regione Marche. Le alte specialità: risposta della Regione Marche alle mielolesioni Maria Antonietta Recchioni	“ 19
Ricognizione sulla organizzazione dipartimentale in Italia Nino Basaglia	“ 23
L’esperienza della regione Veneto: il Dipartimento di Riabilitazione come strumento di clinical-governance Paolo Boldrini	“ 29
Il Dipartimento di Riabilitazione nelle Marche Oriano Mercante, Riccardo Luzi	“ 35
Criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa per le attività di riabilitazione Enrico Bordoni, Riccardo Luzi	“ 43
Limiti applicativi e peculiarità dei percorsi riabilitativi dell’ictus Marinella Baroni, Alessandro Brizzi	“ 47
Limiti applicativi e peculiarità dei percorsi riabilitativi dell’anziano con frattura di femore: l’esperienza del presidio ospedaliero di Pesaro Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Massimo Gunelli, Roberta Bernardini, Eleonora Gabrielli, Daniela Mancini	“ 53
La riabilitazione respiratoria: esperienza nel Centro di Riabilitazione della Comunità di Capodarco Piera Antonelli	“ 59
L’esperienza di continuità assistenziale dell’azienda ospedaliera Marche Nord Lucia Paoloni, Marina Simoncelli, Donatella Moci, Roberta Bernardini, Raffaella Tanfulli	“ 61
L’esperienza di continuità assistenziale dell’UO Medicina Fisica e Riabilitazione - Pesaro, Asur Marche Area Vasta Nord Tiziana Pistarelli, Giovanni Augello, Valeria Baldassarre	“ 65

Confronto tra AFA e trattamento riabilitativo ambulatoriale classico in soggetti con ictus cerebrale in fase cronica Maurizio Massucci	“ 67
Attività Fisica Adattata: un problema aperto su cui discutere Lorenzo Panella, Rossella Costantino, Luca Parravicini, Jacopo Rancati, Antonello Caserta	“ 69
Le figure professionali della riabilitazione tra cooperazione e competizione Giovanna Vicarelli	“ 73
 Sezione Miscellanea	
Le sindromi vertiginose nell’anziano: utilizzo dei core set ICF Oriano Mercante	“ 79
Dagli hospitalia alle simultaneous care: percorsi di cura e di umanizzazione nel soggetto anziano Francesco Guidi, Giancarlo Cadeddu, Giovanna De Meo	“ 91
Incontrare le persone Emanuela Ceresani	“ 97
CORSI E CONGRESSI DI INTERESSE RIABILITATIVO	“ 103



Siamo al 1° numero del 2014.

Quest'anno oltre al presente sono previsti altri 2 numeri: il 2° a settembre in occasione del 3° Corso di Aggiornamento Osteoporosi: dalla fisiopatologia al ruolo del Fisiatra, che si terrà in Osimo dal 25 al 27 settembre 2014, ed il 3° numero che pubblicherà gli atti del III Congresso Menti Attive, che si svolgerà sempre in Osimo il 28 novembre 2014.

Questo numero, essenzialmente monografico, è riservato agli atti del VI CONGRESSO PASQUALE PACE - innovazione, appropriatezza, e sostenibilità in riabilitazione (23-24 Maggio 2014 - Hotel Cruiser - Pesaro). L'appuntamento annuale del Congresso Pasquale Pace è per noi della Medicina Riabilitativa dell'INRCA, e per me personalmente, che ho preso il posto lasciato dal compianto Pasquale, un momento irrinunciabile di confronto con i colleghi ed il luogo per affrontare le grandi tematiche della Riabilitazione Marchigiana. Di seguito l'editoriale delle organizzatrici del Congresso di quest'anno, le dott.sse Tiziana Pistarelli e Marina Simoncelli illustrano i contenuti del congresso stesso che si caratterizza indubbiamente per la prevalenza delle tematiche organizzative.

Nella sezione MISCELLANEA riportiamo tre interessanti lavori: il primo, a mia firma, riguarda l'importante argomento delle sindromi vertiginose, il secondo tratta i percorsi di cura ed umanizzazione nel paziente anziano, il terzo infine il rilevante lavoro svolto dal Centro di Ascolto dell'INRCA.

Invito tutti i professionisti della Riabilitazione a segnalarci le occasioni di aggiornamento che organizzano, in modo che possiamo inserirle nei prossimi numeri della Rivista.

Vi invito anche a presentare le vostre esperienze direttamente al prossimo Congresso Menti Attive del 28 novembre p.v. in collaborazione con SERES Onlus. Gli atti del Congresso saranno pubblicati nel 3° numero di questa Rivista.

Un grazie particolare, oltre alla Direzione Generale e Direzione Scientifica, che hanno supportato anche quest'anno la rivista Menti Attive, va allo staff della Rivista: Cristina Gagliardi, Tiziana Tregambe, Marzio Marcellini, Lucia Montemurro.

Buon lavoro a tutti!

Editor

Dott. Oriano Mercante MD



Il materiale pubblicato nel presente numero accoglie le relazioni presentate al VI Congresso “Pasquale Pace” organizzato a Pesaro dalla SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione”) della Regione Marche, dal titolo “Innovazione, appropriatezza, e sostenibilità in riabilitazione”. Nel Congresso vengono assunte come punto di partenza le recenti indicazioni normative nazionali (“Piano di indirizzo per la riabilitazione” approvato il 10/2/2011) e regionali (Deliberazione sulle reti cliniche della regione Marche 1345 del 30/9/2013) in materia di Riabilitazione, oltreché le attuali

grandi trasformazioni demografiche, sociali, economiche e politico-istituzionali, che stanno modificando profondamente le relazioni e le pratiche fra il cittadino ed il Sistema Sanitario.

Il Congresso si propone di analizzare le implicazioni legate a tali cambiamenti, prendendo in esame in particolare due aspetti molto sentiti nel dibattito corrente tra i vari professionisti della riabilitazione.

Il primo concerne il tema dell’appropriatezza clinico-organizzativa, strumento fondamentale per regolare la pianificazione delle attività ed il funzionamento dei servizi e delle strutture di riabilitazione.

L’attuale necessità di controllo della spesa, ed il crescente bisogno di salute della popolazione, rendono doveroso l’impiego di sistemi attraverso cui governare opportunamente la domanda di riabilitazione, quali ad esempio il Dipartimento di riabilitazione, che può divenire la struttura responsabile dell’integrazione clinica ed organizzativa non solo con i soggetti erogatori di proprietà pubblica, ma anche di quelli accreditati.

Il secondo argomento del Congresso possiede invece un carattere tecnico-specifico e riguarda l’Attività Fisica Adattata (AFA), inclusa anch’essa nell’ambito delle scelte di programmazione nazionale e regionale, quale modalità innovativa di prevenzione e di mantenimento della migliore autonomia e qualità di vita. L’AFA pur non facendo parte delle prestazioni sanitarie, è una attività rivolta anche a soggetti portatori di disabilità croniche che hanno terminato il percorso riabilitativo, ne consegue che la distinzione tra AFA e riabilitazione può talvolta divenire sfumata. E questo apre di fatto un inevitabile confronto tra gli operatori afferenti ai due ambiti, ovvero il fisioterapista ed il laureato in scienze motorie, che si muovono tra la ricerca di nuovi spazi professionali e spinte verso l’integrazione.

Nella seconda giornata del Congresso vengono appunto esaminati il ruolo, le competenze e l’interazione tra queste diverse figure professionali, prima sotto il profilo speculativo, poi attraverso le esperienze regionali sull’AFA ed il dibattito diretto.

Dr.ssa Marina Simoncelli, Dr.ssa Tiziana Pistarelli

Atti del Congresso



Geografia regionale delle unità operative delle strutture e dei servizi di riabilitazione successiva al riordino nazionale e regionale

Maria Grazia Altavilla

Segretario Regionale SIMFER Marche

Riassunto. La sanità deve rispondere al contenimento dei costi in uno scenario che vede i bisogni e le conseguenti richieste, completamente cambiati: l'aumento della cronicità e della non autosufficienza, l'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie obbligano a mutamenti profondi per potere mantenere sostenibile il nostro sistema sanitario. La Regione Marche ha dato l'avvio nell'ultimo anno ad una serie di riforme nel tentativo di creare un modello organizzativo e strutturale diverso, più aggiornato ai tempi e che comunque risponda ai principi di appropriatezza, efficacia, efficienza, trasparenza, qualità ed equità. Le azioni più importanti che comportano la trasformazione della sanità regionale, riguardano lo sviluppo delle reti cliniche, la riduzione e riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Casa della Salute, la riduzione del numero delle strutture complesse e semplici in Area Vasta.

Parole chiave: piano socio-sanitario regionale, riorganizzazione

Abstract. Health care systems must respond to the containment of costs in a scenery that sees needs and demand completely changed: the increase of cronicity and disability, the evolution of medicine and health technologies force to deep changes to be able to maintain the sustainability of our national health care system. During the last year the Marche Region started a series of reforms in the attempt to create a different organizational and structural model, longer updated and so answering to the principles of appropriateness, effectiveness, efficiency, transparency, quality and equity. The most important actions that behave the transformation of the regional health system concern the development of the clinical network, the reduction and restructuring of small hospital structures into "Casa della Salute", and the reduction of the number of complex and simple Units in Area Vasta.

Keywords: regional health and social plan, reorganization

La crisi economica e la conseguente necessità di contenere la spesa pubblica ha richiesto una maggiore attenzione al rapporto costo benefici e maggiore responsabilità nell'uso di denaro pubblico. Questo atteggiamento è diventato particolarmente evidente nel settore sanità dal momento che la spesa sanitaria è una importante voce del bilancio pubblico sia nazionale sia regionale. La sanità deve quindi rispondere al contenimento dei costi in uno scenario che vede i bisogni e le conseguenti richieste, completamente cambiati.

L'invecchiamento della popolazione non associato però ad un aumento proporzionale degli anni vissuti in salute e quindi, l'aumento della cronicità e della non autosufficienza, l'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie obbligano a mutamenti profondi per potere mantenere sostenibile il nostro sistema

sanitario. Le politiche regionali sono ormai indirizzate verso questo cambiamento, ed anche la regione Marche ha dato l'avvio, soprattutto nell'ultimo anno ad una serie di riforme nel tentativo di creare un modello organizzativo e strutturale diverso, più aggiornato ai tempi e che comunque risponda ai principi di appropriatezza, efficacia, efficienza, trasparenza, qualità ed equità.

Le azioni più importanti che comportano la trasformazione della sanità regionale, riguardano lo sviluppo delle reti cliniche, la riduzione e riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute, la riduzione del numero delle strutture complesse e semplici in Area Vasta. Analizzando gli atti, le delibere che regolamentano tali azioni cerchiamo di avere un'idea di quella che sarà la realtà della sanità e della riabilitazione nel prossimo futuro.

Chiaramente il punto da cui dobbiamo partire è il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 “Sostenibilità, Appropriata, Innovazione e Sviluppo” in cui viene dichiarato che la strategia generale della regione è la riorganizzazione in rete sia in ambito sanitario che sociale, in particolare la realizzazione di reti integrate.

Nel piano vengono poi definite le reti, le loro caratteristiche, lo scopo e la funzione “... la rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, infrastrutture, strumenti tecnologici... l'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate ad incrementare la qualità dei servizi... L'organizzazione a rete consente di riqualificare l'offerta assistenziale ... permette l'integrazione e collaborazione tra servizi interni ed esterni ... sinergie in grado di offrire ai cittadini e pazienti servizi di qualità”.

Il piano prendendo in considerazione anche le criticità per l'evoluzione del sistema a rete, ribadisce “... consentono di evitare la frammentazione dell'offerta a vantaggio invece di una presa in carico globale dell'assistito ...” ed individua tra le criticità:

- Frammentazione strutturale Ospedaliera
- Polverizzazione delle Unità Operative e delle competenze
- Duplicazione delle attività ...unità operative limitrofe che svolgono le medesime funzioni senza specifiche specializzazioni su particolari prestazioni o pazienti
- Inappropriatezza
- Sprechi

Continua sostenendo “... ciascuna rete deve organizzare il proprio funzionamento secondo logiche di integrazione, modello hub and spoke ... nell'ambito di ciascuna area vasta, la rete è caratterizzata dalla presenza di un nodo principale e nodi secondari secondo livelli di cura e trattamento del paziente ... hub costituisce il punto di riferimento principale al quale sono ricondotte le condizioni cliniche caratterizzate dalla maggiore complessità clinico organizzativa ...

I differenti nodi si configurano in rapporto alla specializzazione, capacità strutturale, complessità tecnologiche, specifiche competenze professionali, dimensioni strutturali”. Infine lo spirito della rete “...di cooperazione che sostituisce quello competitivo e mette al centro il cittadino”.

Al Piano Sanitario fa seguito tutta una serie di delibere atte a determinare tale riorganizzazione. Infatti:

- con la DGR 1696 del 3/12/2012 inizia il

processo di riorganizzazione a reti che si completa con la DGR 1345 del 30/09/2013 con la quale la regione delibera di riorganizzare l'offerta sanitaria regionale attraverso il riordino delle reti cliniche e che tale riorganizzazione verrà conclusa nell'ambito del periodo di vigenza del PSSR 2012-2014;

- con la DGR 551 del 17/04/2013 viene deliberata la riduzione del numero delle UOC e delle UOS nell'ordine del 25, 8% le prime e del 30,3% le strutture semplici;
- con la 735 del 20/05/2013 e la 826 del 01/06/2013 la Regione delibera la riduzione della frammentazione e la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Casa della Salute.

Le Marche risultano essere ai primi posti per la frammentazione della rete ospedaliera con un numero elevato di strutture di piccole dimensioni; al momento della delibera sono presenti 15 strutture con posti letto compresi tra i 20 e i 68. Inoltre, mentre la media nazionale è di 315 pl per struttura, la media regionale è di 166 posti letto.

Per quanto riguarda poi la riconversione, la delibera recita “... La Casa della Salute rappresenta un ulteriore nodo da aggiungere alla rete; in tale tipologia di struttura sono ricollocati i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, le attività ambulatoriali specialistiche. Possono essere previste funzioni di lungodegenza e di riabilitazione. I posti letto dovranno essere utilizzati per consentire un percorso corretto delle dimissioni protette dagli Ospedali per Acuti ...”

“... L'obiettivo è quello di facilitare l'assistenza alle persone fragili come gli anziani, i disabili, i cittadini con patologie croniche anche giovani ...”

Vengono individuati tre livelli di assistenza: intensivo (alto), estensivo (medio) e di lunga assistenza (basso). Nella stessa delibera in funzione della spending review (legge 7 agosto 2012), la Regione riduce di ulteriori 310 i posti letto totali per rientrare nel tasso del 3,7/mille portando il totale a 5701 ... I posti letto di riabilitazione e lungo degenza post-acuzie sono 1166 e sono stati aumentati di 240 unità ...

“... La riduzione dei posti letto per acuti è raggiunta mediante la soppressione di 18 UOC di cui 12 all'ASUR, 1 all'INRCA, 3 all'AOU e 1 all'AOMN”. A questi atti regionali corrispondono poi determinazioni del Direttore Generale dell'ASUR. Con la determina ASUR DG 587 del 23/07/2013 viene definito il numero delle UOC e semplici per Area Vasta.

Con le determinazioni 937 del 30/12/2013, la 939

del 31/12/2013 e la 940 del 31/12/2013 l'ASUR da l'avvio alle reti cliniche, dispone di procedere alla riduzione della frammentazione delle piccole strutture ospedaliere e di approvare il riequilibrio posti letto acuti/posti letto per lungodegenza e riabilitazione e di procedere alla riconversione dei piccoli ospedali in Case della Salute. Non sono al momento presenti documenti ufficiali per quel che riguarda le reti cliniche poiché la loro organizzazione non è del tutto completata e sono ancora oggetto di incontri tra i professionisti e la dirigenza degli Enti del SSR. Lo sviluppo e la strutturazione delle reti cliniche, organizzate per disciplina, riguardano al momento solo quelle ospedaliere. Per quanto riguarda il numero delle UOC di Riabilitazione sono previste una UOC per Area Vasta, una UOC presso l'AOMN, una all'INRCA e due presso l'AOU di Torrette.



La mobilità extraregionale in riabilitazione nella regione Marche: dimensioni e caratteristiche

Giorgio Caraffa¹, Elisabetta Esposto², Alessandro Mengoni³

¹UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa ASUR Marche, Area Vasta 3, ²Organizzazione dei servizi sanitari di base, ASUR Marche, Area Vasta 2, Distretto n.7 Ancona, ³Controllo di gestione, Direzione sanitaria ASUR

Riassunto. Gli autori prendono in esame i pazienti dimessi da istituti extraregione per residenti marchigiani per Rieducazione Funzionale e Neuroriabilitazione per il triennio 2010-2013. Le prime 2 Tabelle si riferiscono alle diverse regioni e ai singoli Istituti extraregione, rispettivamente. Tra le patologie più frequenti si osservano le malattie dei disturbi dell'apparato osteo-muscolare e del tessuto connettivo. La regione Emilia Romagna è la regione che effettua più riabilitazione per i nostri residenti e con tale regione è vigente un accordo per il governo del fenomeno complessivo della mobilità. Questo fenomeno, tuttavia, va considerato come un segnale d'allarme per il sistema sanitario in quanto, dove non giustificato da motivazioni di carattere clinico o organizzativo, evidenzia carenze dell'offerta nei confronti dei cittadini.

Parole chiave: mobilità extraregionale riabilitazione

Abstract. The authors examine patients resident in the Marche region and discharged from extra-region institutions for Functional Rehabilitation and Neurorehabilitation during the period 2010-2013. The first and second tables refer to different regions and individual extra-region institutions, respectively. Among the most frequent pathologies, bones and muscle disorders and connective tissue diseases are observed. The Emilia Romagna region is that making more rehabilitation care for the Marche region residents, in fact an agreement is in force for the government of the whole phenomenon of mobility. This phenomenon, however, should be considered as a warning signal for the health system in that, where unjustified by reasons of medical or organizational motivations, emphasizes criticalities of supply towards the citizens.

Keywords: extra-region mobility, rehabilitation care

Il compito istituzionale del SSR è rappresentato dalla risposta ai bisogni sanitari dei cittadini residenti; la capacità di soddisfare la domanda dipende sia dall'offerta, sia dalla qualità delle prestazioni.

Il PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012/2014. SOSTENIBILITÀ, APPROPRIATEZZA, INNOVAZIONE E SVILUPPO identifica tra gli obiettivi prioritari la riduzione della mobilità passiva. Sono stati analizzati i dimessi da istituti extraregione per i residenti marchigiani dalle unità operative con codice 56 e codice 75 per il triennio 2010-2013.

Di fatto le malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare rappresentano la prima classe di ricoveri fuori regione rappresentando oltre un quarto (28,2%) dei casi in mobilità passiva, che presenta inoltre un peso medio

(1,182) minore rispetto a quanto riscontrato su tutti i ricoveri per i residenti della stessa classe.

La tabella 1 mostra il numero dei dimessi marchigiani per il cod 56 e 75 diviso per Regione. Le Regioni maggiormente coinvolte sono l'Emilia Romagna, la Lombardia e l'Abruzzo. Da segnalare un aumento dei casi trattati per la Regione Umbria da collegare con la convenzione in essere per il trattamento dei mielolesi.

Il numero dei casi trattati complessivamente risulta costante con una contrazione della degenza, con un aumento del valore economico dei ricoveri.

Tab.1 Mobilità passiva extraregionale. Dimessi residenti marchigiani per cod 56 e 75. Anni 2010-2012. Fonte SDO

Regione Erogante	Descrizione Disciplina Dati					
	56 - RIEDUCAZIONE FUNZIONALE			75 - NEURORIABILITAZIONE		
	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012
010 - PIEMONTE	34	37	29			
020 - VALLE D'AOSTA	0	0	2			
030 - LOMBARDIA	288	335	299	26	43	37
042 - PROV. AUTON. TRENTO	1	4	6			
050 - VENETO	96	86	78	4	6	4
070 - LIGURIA	3	4	7	0	1	0
080 - EMILIA ROMAGNA	531	497	507	69	74	76
090 - TOSCANA	51	61	59	9	7	4
100 - UMBRIA	61	100	121	3	5	5
120 - LAZIO	98	90	81	17	8	13
121 - B. GESÙ	27	23	46			
122 - ACISMOM	7	10	8			
130 - ABRUZZO	158	168	135			
140 - MOLISE				0	3	0
150 - CAMPANIA	1	1	7			
160 - PUGLIA	4	4	4	0	1	0
170 - BASILICATA	1	0	0			
180 - CALABRIA	5	0	1			
190 - SICILIA	1	3	2			
200 - SARDEGNA	0	0	1			
Totale complessivo	1367	1423	1393	128	148	139
GG degenza complessive	27635	26670	25675	6444	6993	5359
Somma del peso	1913,7282	1814,5937	1807,2002	138,4908	167,7356	136,3769
Somma dei valori (euro)	10308447,33	9961946,82	10316116,84	12337899,06	12631039,54	12728267,89

La tabella 2 mostra i casi trattati per singoli istituti extraregione per i residenti marchigiani. Per quanto riguarda la riabilitazione funzionale gli istituti più rappresentativi per i marchigiani sono Sol et Salus e Villa Maria Cecilia hospital in Emilia Romagna, Casa di Cura Villa Serena per l'Abruzzo, il Policlinico San Pietro spa per la

Lombardia e il Bambin Gesù in Lazio per i residenti pediatrici. Invece per la neuro riabilitazione le strutture principali si trovano in Emilia Romagna (Sol et Salus e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara), in Lazio l'IRCCS Santa Lucia e il Centro Clinico Nemo Fondazione Serena per la Lombardia.

Tab.2 Casi trattati dalle strutture extraregionali per i residenti Regione Marche. Anni 2010-2013. Fonte SDO

Regione Erogante	Descrizione Istituto	Descrizione Disciplina Dati					
		56 - RIEDUCAZIONE FUNZIONALE			75 - NEURORIABILITAZIONE		
		Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012
010 PIEMONTE		0	1	0			
	C.O.Q. OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO	0	1	0			
	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS.LUIGI	0	2	0			
	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	1	0	1			
	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	0	1	1			
	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE SPA	2	0	0			
	CASA DI CURA VILLA IGEA	0	0	4			
	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	0	0	2			
	CASA DI CURA VILLE AUGUSTA - S.R.L.	0	1	2			
	CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO	20	26	13			
	CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE	2	0	0			
	FOND. ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	1	1	0			
	FOND. SALVATORE MAUGERI	2	3	0			

	OSP. MAGGIORE DELLA CARITÀ	2	0	0			
	OSP. DEGLI INFERMI DI BIELLA	0	0	1			
	OSP. MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	1	0	0			
	OSP. SAN LORENZO	0	0	1			
	POLICLINICO DI MONZA SPA	0	0	2			
	PRESIDIO MAJOR	1	0	0			
	SAAPA S.P.A.	0	1	0			
	SPA VILLA CRISTINA	1	0	0			
	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	1	0	1			
	VILLE "TURINA AMIONE"	0	0	1			
020 VAL D'AOSTA	ISAV SPA	0	0	2			
030 LOMBARDIA		0	0	2	0	3	0
	"LA FONDAZIONE" DI A. BORGHI & C. - BREBBIA	1	0	0			
	C.C. ANCELLE DELLA CARITÀ-CREMONA	4	0	0			
	C.O.F. LANZO HOSPITAL S.P.A.	4	0	1			
	CTR BRONCOPNEUMOPATIE INRCA-CASATENNOVO	0	0	1			
	CASA DI CURA AMBROSIANA SPA-CESANO B.	1	0	0			
	CASA DI CURA BEATO L. TALAMONI-LECCO	1	0	0			
	CASA DI CURA BEATO MATTEO	0	1	0			
	CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO - BERGAMO	1	0	1			
	CASA DI CURA CITTADELLA SOCIALE	0	0	1			
	CASA DI CURA DEL POLICLINICO - MILANO	0	5	2			
	CASA DI CURA LE TERRAZZE - CUNARDO	3	0	0			
	CASA DI CURA QUARENGHI-S. PELLEGRINOT.	1	3	4			
	CASA DI CURA S. ANNA - BRESCIA	0	0	2			
	CASA DI CURA S. CAMILLO - BRESCIA	0	0	1			
	CASA DI CURA S. CAMILLO - CREMONA	0	1	1			
	CASA DI CURA S. CLEMENTE - MANTOVA	1	1	0			
	CASA DI CURA S. PIO X - MILANO	1	1	2			
	CASA DI CURA S.RAFFAELE TURRO	5	13	9			
	CASA DI CURA SANTA MARIA - CASTELLANZA	0	5	4	1	0	0
	CASA DI CURA VILLA ESPERIA	7	6	2			
	CASA DI CURA VILLA GEMMA-GARDONE RIVIERA	2	0	1			
	CASA DI CURA VILLA S. BENEDETTO-ALBESE	1	0	1			
	CASA DI CURA VILLA S. GIUSEPPE	0	0	1			
	CTR CARDIOLOGICO SPA "FOND. MONZINO"	0	0	1			
	CTR CLINICO NEMO - FONDAZ. SERENA				8	16	24
	CTR RIAB. E. SPALENZA-FOND. DON GNOCCHI	1	1	1			
	CLINICHE GAVAZZENI SPA - BERGAMO	7	4	1			
	DOMUS SALUTIS - BRESCIA	9	9	8	0	0	3
	FOND. IST. NEUROL. C. MONDINO-PAVIA				1	2	1
	FOND. MAUGERI-CTR MEDICO DI PAVIA	11	14	7	2	3	0
	FOND. S. MAUGERI-CL. LAV. E RIAB. - LUMEZZANE	0	1	1			
	FOND. S. MAUGERI-CL. LAVORO E RIAB. - TRADATE	1	2	0			
	FOND. EUROPEA DI RICERCA BIOMEDICA	1	2	4			
	FOND. S. MAUGERI - LISSONE	0	2	0	0	2	0
	HABILITA IST. CLINICO OSPEDALE DI SA	2	0	0			
	IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	12	14	15			
	IRCCS S. GIOVANNI DI DIO-FBF- BRESCIA	0	2	0			
	IRCCS S.M. NASCENTE-FOND. DON C. GNOCCHI	9	10	8			
	IST. CLIN. HUMANITAS - ROZZANO	23	24	19			
	IST. AUXOLOGICO ITA.-I.S. S.MICHELE-MI	0	1	0			

	IST. AUXOLOGICO ITA. -I.S. S.LUCA-MI	4	2	2			
	IST.CLIN. CITTÀ DI BRESCIA SPA-BRESCIA	0	2	0			
	IST.CLIN.PROF.E.MORELLI	5	1	0			
	IST. CLINICO S.SIRO SPA-MILANO	1	1	3			
	IST. CLINICO VILLA APRICA SPA-COMO	0	1	0			
	IST.TI OSPITALIERI - CREMONA	1	0	0			
	IST. CLINICO CITTÀ STUDI - MILANO	1	1	0			
	IST. ORTOPEDICO GAETANO PINI	8	6	10			
	IST. ORTOPEDICO GALEAZZI SPA	10	17	13			
	IST. SCIENTIFICO DI PAVIA	1	0	1	1	3	0
	IST. SCIENTIFICO DI RIABILITAZIONE				4	0	0
	IST. SCIENTIFICO MEDEA-BOSISIO P.	10	11	10	7	12	9
	MAUGERI-CTR MEDICO MONTESCANO	20	23	18	2	2	0
	MULTIMEDICA HOLDING SPA	1	2	0			
	OSP. A. BELLINI - SOMMA LOMBARDO	0	0	1			
	OSP. GENERALE PROV. - SARONNO	0	0	1			
	OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	0	2	0			
	OSP. CIVILE DESTRA SECCHIA - PIEVE CORIANO	0	3	1			
	OSP. SACRA FAMIGLIA - F.B.F. - ERBA	0	1	1			
	OSP. BASSINI - CINISELLO BALSAMO	0	1	0			
	OSP. CIVILE - MORBEGNO	0	1	0			
	OSP. CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	0	0	1			
	OSP. DI CIRCOLO - BUSTO ARSIZIO	0	1	0			
	OSP. DI CIRCOLO "A. MANZONI" - LECCO	0	1	0			
	OSP. DI CIRCOLO UMBERTO I - BELLANO	1	1	1			
	OSP. DI CUASSO - CUASSO AL MONTE	2	3	1			
	OSP. FATEBENEFRADELLI E OFTALMICO	0	0	1			
	OSP. G.CASATI-PASSIRANA RHO	1	1	0			
	OSP. G.SALVINI-GARBAGNATE MIL.SE	2	0	0			
	OSP. MORELLI - SONDALO	0	1	0			
	OSP. S. CARLO BORROMEO - MILANO	0	0	2			
	OSPEDALE S. GIUSEPPE - MILANO	0	6	2			
	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	2	0	1			
	OSPEDALE S. ORSOLA F.B.F. - BRESCIA	1	1	1			
	OSPEDALE S. PAOLO - MILANO	0	1	0			
	OSPEDALE S.ISIDORO - TRESORE B.	0	0	1			
	OSP. SS.TRINITÀ-ROMANO DI LOMBARDIA	0	3	1			
	OSPEDALE VALCAMONICA - ESINE	0	0	2			
	OSPEDALE VILLA DEI COLLI DI LONATO	0	0	1			
	OSPEDALI RIUNITI - BERGAMO	0	1	0			
	P.O."UO CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FAS	2	0	1			
	P.O.CTR TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	2	2	0			
	P.O.TRABATTONI RONZONI (PRES. SEREGNO)	6	3	1			
	POLIAMBULANZA - BRESCIA	0	0	2			
	POLICLINICO DI MONZA - CASA DI CURA PRIV	5	3	5			
	POLICLINICO SAN MARCO - OSIO SOTTO	0	0	2			
	POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.	72	90	96			
	PRES. RIABIL. MULTIFUNZ. BOZZOLO	1	1	1			
	PRES.OSPEDAL.SPEDALI CIVILI BRESCIA	0	0	2			
	PRES. DI RIABIL.VILLA BERETTA-COSTA M	20	19	11			
	PRESIDIO OSPEDALIERO "C. POMA" - MANTOVA	0	0	1			
042 PROV.AU. TRENTO	CASA DI CURA EREMO DI ARCO SRL	1	2	4			
	IST.RIAB.S.STEFANO-U.O. OSP. S. PANCRAZIO	0	2	2			
050 VENETO		0	0	2			
	ASSOCIAZIONE LA NS. FAMIGLIA IRCSS MEDEA				1	2	1

	ASSOCIAZ. LA NS.FAMIGLIA IRCSS MEDEA				3	4	3
	AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA	1	0	0			
	C. D. C. 'VILLA S. CHIARÀ SPA	0	0	3			
	C.C.S. CAMILLO	20	12	9			
	C.D.C. S.M. MADDALENA	6	6	2			
	CASA DI CURA ABANO TERME	0	0	2			
	CASA DI CURA 'PARCO DEI TIGLI'	0	0	4			
	CASA DI CURA PRIVATA POLISP. PEDER	0	2	0			
	CASA DI CURA S.MARCO	0	2	1			
	CASA DI CURA 'TRIESTE'	36	32	25			
	CASA DI CURA VILLA GARDA SPA	13	14	10			
	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA	3	1	2			
	I.R.C.C.S. 'S.CAMILLO'	0	0	1			
	ISTITUTO CODIVILLA - PUTTI CORTINA	2	3	6			
	OSP. CLASS.VILLASALUS	0	2	1			
	OSPEDALE DI LONIGO	1	0	0			
	OSPEDALE DI ASIAGO	0	0	1			
	OSPEDALE DI CASTELFRANCO VENETO	1	0	0			
	OSPEDALE DI MALCESINE	11	8	6			
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	0	0	1			
	OSPEDALE DI ZEVIO	0	0	1			
	OSP. RIABILITATIVO DI ALTA SPECIAL.	1	2	1			
	OSPEDALE SANT' ANTONIO	1	0	0			
	PRESIDIO OSP. DI PORTOGRUARO	0	1	0			
	PRESIDIO OSP. DI VITTORIO VENETO	0	1	0			
070 LIGURIA		0	1	1			
	E.O. OSPEDALI GALLIERA	0	1	0			
	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	1	0	1			
	ISTITUTO CARDIOVASCOLARE CAMOGLI	0	0	5			
	OSPEDALE GALLINO	0	1	0			
	OSPEDALE LA COLLETTA ARENZANO	1	0	0			
	OSPEDALE SANTA CORONA	1	1	0			
	OSPEDALE VILLA SCASSI				0	1	0
080 EMILIA ROMAGNA		0	0	9	0	0	15
	AZ. OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA				24	24	0
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOL	7	5	3			
	AZ. OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA DI FER	2	2	4	13	15	20
	AZ. OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA DI PAR	0	1	0			
	CASA DI CURA S.GIACOMO S.R.L.	1	5	5			
	CASA DI CURA PRIVATA VILLA AZZURRA	0	2	3			
	CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSP. PRIVA	15	11	9			
	CASA DI CURA VILLA IGEA	3	2	1			
	CENTRO CARDINAL FERRARI S.R.L.	0	0	4	3	1	2
	FONDAZ. DON CARLO GNOCCHI ONLUS	4	0	0			
	HOSPITAL VAL PARMA	0	0	1			
	ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	13	14	16			
	LUCE SUL MARE	14	17	33	5	9	5
	NUOVO OSP. CIVILE S.AGOSTINO - ESTE	0	0	2			
	OSP. "GINESIO MARCONI" CESENATICO	2	3	0			
	OSP. "REGINA MARGHERITA" CASTELFRAN	1	2	1			
	OSP. "S.SALVATORE" S. GIOVANNI IN P	1	0	0			
	OSP. BUDRIO	1	0	0			
	OSP. MAGGIORE "C.A. PIZZARDI"	4	6	1			
	OSP. MONTECATONE REHABILITATION INST	32	33	34	1	2	1
	OSP. PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPI	1	0	2			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CUR	0	2	0			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI	23	35	31			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA BARUZ	0	4	7			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA BELLO	2	2	1			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA IGEA	18	9	9			

	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGIN	8	1	5			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA	3	4	2			
	OSP. PRIVATO ACCREDITATO VILLA TORRI	9	5	6			
	SALUS HOSPITAL S.P.A	0	0	2			
	SOL ET SALUS	155	161	166	23	23	33
	VILLA IGEA S.P.A. CASA DI CURA	5	6	1			
	VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL	159	117	115			
	VILLA MARIA LUIGIA	7	7	7			
	VILLA PINETA S.R.L.	17	20	16			
	VILLA SERENA	24	21	11			
090 TOSCANA		0	1	0			
	AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	0	1	1	0	1	0
	AZ. OSPED. - UNIVERSITARIA CAREGGI	1	1	4			
	CASA CURA S.CAMILLO - VERSILIA RIGHI	0	3	1			
	CASA DI CURA FRATE SOLE SRL	9	4	7			
	CASA DI CURA RUGANI	0	1	0			
	CTR RIABILITAZ. TERRANUOVA B. SPA				1	0	0
	FONDAZ. DON CARLO GNOCCHI - ONLUS	0	2	0			
	FONDAZ. STELLA MARIS - CALAMBRONE				8	6	4
	IFCA - CASA DI CURA ULIVELLA E GLICINI	6	7	8			
	OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	0	1	0			
	OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	0	1	0			
	OSPEDALE VERSILIA	35	39	38			
100 UMBRIA		0	1	15			
	C.O.R.I. - PASSIGNANO	0	2	0			
	CASA DI CURA LIOTTI S.P.A.	4	1	5			
	CASA DI CURA VILLA FIORITA S.R.L.	1	0	0			
	DOMUS GRATIAE	1	0	0			
	OSPEDALE DI UMBERTIDE	19	27	52			
	OSPEDALE S.RITA CASCIA	2	12	4			
	OSP. SAN GIOVANNI BATTISTA FOLIGNO				3	3	0
	PRESIDIO OSPEDALIERO AMELIA	1	1	0			
	SAGISC - CASA DI CURA MADONNA DEGLI	25	33	33			
	STABILIMENTO DI TREVÌ	8	23	12	0	2	5
120 LAZIO		0	1	2			
	AURELIA HOSPITAL	0	1	2			
	AZ. COMPL. OSP. S.FILIPPO NERI	1	0	0			
	AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI	1	0	0			
	AZ. OSP. S.GIOVANNI/ADDOLORATA ROMA	1	1	1			
	C.D.C. I.N.I. SRL	1	0	1			
	C.D.C. MATER MISERICORDIAE	0	1	0			
	C.D.C. SAN RAFFAELE_VELLETRI.	5	0	0			
	CASA DI CURA POLICLINICO ITALIA	2	1	1			
	CASA DI CURA S.RITA DA CASCIA	0	0	1			
	CASA DI CURA SALUS INFIRMORUM	0	1	0			
	CASA DI CURA VILLA FULVIA SRL	3	6	7			
	CASA DI CURA VILLA MARIA IMMACOLATA	2	2	3			
	CASA DI CURA VILLA SANDRA	4	2	5			
	CASA DI CURA 'VILLA SILVANA'	1	2	0			
	COMP. INTEGRATO COLUMBUS (C.I.C.)	2	0	0			
	OSP. RIABILITATIVO 'FERRARI' CEPRANO	1	0	0			
	I.N.I. DIV.DISTACCAT CITTÀ BIANCA	0	0	1			
	I.R.C.C.S. S.LUCIA				17	8	13
	IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	40	53	40			
	IST. CHIR ORTOP TRAUMATOLOGICO	2	0	2			
	IST. FISIOTERAPICO C.FRANCESCHINI	1	0	1			
	NOMENTANA HOSPITAL	3	5	4			
	OSP. ARICCIA	1	0	0			
	OSPEDALE ANCELLE DEL BUON PASTORE	0	2	0			
	POLICL. UNIV. CAMPUS BIO MEDICO	1	1	3			
	POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	7	1	2			

	POLICLINICO U. I	0	0	1			
	POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI	3	0	2			
	SAN RAFFAELE NOMENTANA	3	1	0			
	VILLA BETANIA	1	2	1			
	VILLA DELLE QUERCE-POLIGEST	10	5	0			
	VILLA IMMACOLATA	2	0	1			
	VILLA SACRA FAMIGLIA	0	3	2			
121 B. GESÙ	OSP. PEDIATRICO BAMBINO GESÙ	27	23	46			
122 ACISMOM	OSP. SAN GIOVANNI BATTISTA-ACISMOM	7	10	8			
130 ABRUZZO	CASA DI CURA "S RAFFAELE SPA"	1	1	2			
	CASA DI CURA I.N.I. CANISTRO	0	1	0			
	CASA DI CURA PRIVATA 'DOTT. SPATOCCO'	6	3	0			
	CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	1	1	2			
	CASA DI CURA S. FRANCESCO	1	3	5			
	Casa di Cura VILLA PINI D'ABRUZZO	0	6	3			
	CASA di CURA VILLA SERENA	129	137	112			
	NOVA SALUS SRL	3	0	0			
	OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA	10	5	8			
	OSPEDALE MAZZINI	7	9	2			
	OSPEDALE SAN SALVATORE	0	2	0			
	P.O. ATESSA Vitt. Emanuele	0	0	1			
140 MOLISE	NEUROMED IRCCS				0	3	0
150 CAMPANIA	-	0	0	5			
	CAMPOLONGO HOSPITAL SPA C.E.M.F.R. EBOLI	0	1	2			
	CASA DI CURA VILLA MARGHERITA SRL	1	0	0			
160 PUGLIA	AO Univ. Consorziale Policlinico di Bari	1	0	0			
	ASS. LA NOSTRA FAMIGLIA IRCCS 'E.MEDEA'				0	1	0
	CASA DI CURA ' MONTE IMPERATORE'	0	1	0			
	CASA DI CURA ANTHEA	0	1	0			
	CASA DI CURA VILLA VERDE S.N.C.	0	1	1			
	CTR MEDICO DI RIABILITAZIONE (C.M.R.)	1	0	1			
	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	0	0	1			
	OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	1	0	0			
	S 'S. MARIA BAMBINA'	0	1	1			
	P.O. DI CASARANO-GAGLIANO	1	0	0			
170 BASILICATA	FONDAZ. DON CARLO GNOCCHI - ONLUS	1	0	0			
180 CALABRIA	A.O. MATER DOMINI CATANZARO	1	0	0			
	CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO	1	0	0			
	CASA DI CURA SAN FRANCESCO	1	0	0			
	ISTITUTO SANT' ANNA	1	0	0			
	MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES PIETR.'ARENA'	1	0	1			
190 SICILIA		0	2	1			
	CASA DI CURA VILLA DEI GERANI Srl	1	0	0			
	I.O.M.I. F.SCALABRINO GANZIRRI	0	0	1			
	P.O. A. Rizza	0	1	0			
200 SARDEGNA	CASA DI CURA S. ANTONIO S.p.A.	0	0	1			
TOTALE COMPLESSIVO		1367	1423	1393	128	148	139

La successiva tabella 3 conferma che le malattie dei disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo risultano l'MDC più frequente, con circa il 40% di tutti i casi, seguito dalle malattie e disturbi del sistema nervoso (21,3%), delle malattie del sistema cardio-circolatorio (19,7%), da fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (7,5%) e le malattie e disturbi mentali (7,1%). Il

62,5% dei casi si distribuisce nella fascia di peso medio-bassa e diversi sono i casi nelle fasce medio-alta e alta (tabella 4). Analizzando la diagnosi principale, la prima diagnosi risulta essere la sostituzione di articolazione del ginocchio (10%), seguita da quella di spalla e da rigidità articolare non classificata altrove, altre sedi specificate. In riduzione la diagnosi di artrosi localizzata del ginocchio e dell'anca,

seppur rappresentano rispettivamente il 5,1% e 4,5%. I disturbi della valvola aortica e i disturbi funzionali conseguenti a chirurgia cardiaca seguono le diagnosi ortopediche come diagnosi

principali. In tabella 5 viene mostrata la tipologia di provenienza dei marchigiani presso unità operative con codice 56 e codice 75.

Tab.3 Casi per MDC. Anni 2010-2012. Fonte dati SDO

Descrizione MDC	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012
0 - NON VALIDO	2	6	3
1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	319	336	348
10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	36	13	7
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2	5	2
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	0	0	1
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2	0	0
19 - Malattie e disturbi mentali	96	121	109
20 - Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	3	8	3
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1	5	0
22 - Ustioni	0	1	0
23 - Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	92	113	115
24 - Traumatismi multipli	0	1	0
3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	4	2	2
4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	38	41	35
5 - Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio	295	266	242
6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	3	4	1
8 - Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	601	649	664
9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1	0	0
Totale complessivo	1495	1571	1532

Tab.4 Distribuzione della fascia di complessità. Anno 2010-2013. Fonte dati SDO

Fasce di complessità	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012
Maggiore di 5 Complessità Altissima	68	67	64
Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa	82	90	72
Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Bassa	867	981	958
Tra 1 ed 1,99 - Complessità Medio-Alta	204	216	218
Tra 2 ed 4,99 - Complessità Alta	274	217	220
Totale	1495	1571	1532

Tab.5 Tipologia della provenienza dei residenti marchigiani

Provenienza	Somma Casi 2010	Somma Casi 2011	Somma Casi 2012
altro	251	229	274
guardia medica	0	1	0
paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico	5	14	14
paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base	648	594	572
paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso Istituto	295	351	317
paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato	33	50	40
paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato	3	0	0
paziente trasferito da un istituto di cura pubblico	89	125	127
ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura	171	207	188
Totale complessivo	1495	1571	1532

I dati dimostrano che le richieste provengono dal proprio medico di medicina generale (37,3%) o vengono indotte per trasferimento da reparti per acuti e non dello stesso istituto (20,7%) o programmato dallo stesso istituto (12,3%). La Regione Emilia Romagna è la Regione che effettua più prestazioni di riabilitazione per i nostri residenti. È importante rappresentare che con la regione Emilia Romagna è vigente un accordo che dispone ex ante le dinamiche di governo del fenomeno complessivo della mobilità, ed i cui elementi per la riabilitazione, vengono di seguito riportati.

- a. Nessun tetto economico per le seguenti macrocategorie:
 - Ricoveri in Unità spinale (reparto codice 28);
- b. Tetto economico dell'anno 2008 con possibilità di incremento annuale progressivo del 5% e un abbattimento del 50% dell'ulteriore produzione oltre al 5% per le seguenti macrocategorie:
 - DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico, con esclusione dei trapianti;
 - Ricoveri nei reparti di riabilitazione codice 75;
- c. Tetto economico dell'anno 2008 con incremento annuale del 5% per le attività dei reparti codice 56 riservato esclusivamente ai trasferimenti - dal reparto per acuti - dei pazienti di cui alla casistica per DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico.

In conclusione, il fenomeno della mobilità sanitaria, sia all'interno sia, in particolare, all'esterno della Regione, come per la riabilitazione, rappresenta un importante segnale di allarme per il sistema sanitario, in quanto evidenzia o una situazione di carenza dell'offerta nei confronti di particolari bisogni espressi dai cittadini, o un ricorso improprio a forme di assistenza non sufficientemente governate. Laddove non giustificato da precise motivazioni di carattere clinico o organizzativo, devono essere quindi apportati i necessari correttivi per limitare tale fenomeno, sia con azioni di governo della domanda, sia con interventi di razionalizzazione dell'offerta. Pertanto, sicuramente va favorita la creazione di Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali in grado di prendere in carico con appropriatezza di livello il paziente necessitante di cure riabilitative, potenziando il sistema delle cure domiciliari soprattutto in quelle aree dove la rete familiare è culturalmente più debole.

Tuttavia è bene sottolineare che la parte extraospedaliera riabilitativa non è stata analizzata, ma che la stessa ricopre un ruolo basilare nell'offerta riabilitativa.



Risposta della Regione Marche alle gravi cerebrolesioni acquisite

Paolo Lazzari

Istituto di Riabilitazione Ospedaliera S. Stefano - Cagli (PU); Istituto di Riabilitazione Extra-Ospedaliera S. Stefano - Macerata Feltria (PU)

Riassunto. Gli esiti disabilitanti delle gravi cerebro lesioni acquisite (GCA) rappresentano un problema di particolare rilevanza sanitaria e sociale sia per la frequenza che per la particolare complessità di gestione. Si analizza la situazione nella Regione Marche dove la risposta più strutturata è data dalle strutture convenzionate dell'Istituto di Riabilitazione S. Stefano.

Parole chiave: gravi cerebrolesioni acquisite complessità di gestione

Abstract. The results of the severe disabling acquired brain injury (ABI) is an issue of particular relevance for health and social care both for the the frequency and the particular complexity of management. The situation of the Marche Region is analyzed evidencing that the more structured answer is given by the conventioned structures of the Rehabilitation Institute of S. Stefano.

Keywords: severe disabling acquired brain injury management complexity

Per grave cerebrolesione acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave. Tra le cause di GCA non traumatiche abbiamo i tumori cerebrali, le encefaliti, l'anossia cerebrale, le gravi sindromi emorragiche cerebrali e le encefalopatie tossico-metaboliche.

Gli esiti disabilitanti delle GCA rappresentano un problema di particolare rilevanza sanitaria e sociale (elevata incidenza e prevalenza, numerosità e complessità delle sequele disabilitanti, impatto emotivo e materiale sul sistema familiare, conseguenze sociali relative al reinserimento, elevato impiego di risorse).

Il percorso di cura della persona con GCA viene suddiviso in diverse fasi:

- la fase acuta (o rianimatoria, o neurochirurgica);
- la fase post-acuta (o riabilitativa), a sua volta divisibile in precoce e tardiva;
- la fase degli esiti.

La pianificazione di adeguati percorsi di cura e la realizzazione di una rete di servizi riabilitativi adeguati sul piano qualitativo e quantitativo,

necessitano di una definizione dei criteri di accesso ai servizi riabilitativo e di conoscere gli aspetti epidemiologici. Attraverso la metodologia della Conferenza di Consenso, adottata negli anni scorsi in tre occasioni (Modena 2000, Verona 2005 e Salsomaggiore Terme 2010), si è cercato di elaborare "linee-guida" per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi e soprattutto per ridurre l'eterogeneità dei comportamenti nei vari centri a livello nazionale. Il 5 maggio 2011 la Conferenza Stato Regioni ha prodotto un documento di accordo relativo alle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza".

In Italia vi sono state diverse attività di raccolta dati sull'incidenza delle GCA, come:

- lo studio GISCAR realizzato con la raccolta di dati a livello nazionale su pazienti ricoverati nei Centri di Riabilitazione,
- il registro regionale GRACER che dal 2004 raccoglie dati su tutte le persone con GCA che vengono ricoverate nella regione Emilia Romagna,
- un registro nazionale GCA, a cui aderiscono su base volontaria diverse decine di strutture riabilitative e recentemente il progetto Vesta (Studio Osservazionale sugli Stati Vegetativi).

Analizziamo ora nello specifico il possibile percorso del paziente con GCA nella nostra regione, con riferimento alle fasi post-acuta e degli esiti.

L'attuale organizzazione fa ancora riferimento ad una delibera del 1999, la 1437, in cui venivano definiti i principi e gli standard organizzativi per l'istituzione di Unità Speciale per Comi Prolungati (UCP) e prevedeva anche un'intesa con l'Istituto S.Stefano per l'istituzione di un'Unità di Risveglio. Successivamente altre delibere hanno modificato tariffe e numero di posti letto o istituito gruppi di lavoro per la ridefinizione dei percorsi, recependo l'accordo Stato Regioni del 25.05.2011 (ultime delibere: 1218 del 2012, 1414 del 2012, 47 del 2013 e 1345 del 2013) ma rimane sostanzialmente immutato l'indirizzo della 1437.

Allo stato attuale, oltre ai 30 p.l. dell'Unità di Risveglio di Porto Potenza Picena, ci sono in regione 88 p.l. di tipologia U.C.P. tutti gestiti in strutture accreditate del S. Stefano.

I posti U.C.P. si trovano all'interno delle strutture del Santo Stefano di Porto Potenza Picena (48), Abitare il Tempo di Loreto (25), Macerata Feltria (10) e Villa Adria di Ancona (5). L'accesso dei pazienti avviene su proposta del Reparto Ospedaliero, dello specialista del S.S.N. oppure del Medico di Medicina Generale e non è sottoposto a vincoli temporali, permanendo la patologia di base.

I pazienti vengono sottoposti ad un percorso riabilitativo secondo un protocollo comune alle varie Strutture, che prevede sempre la ricerca della massima integrazione tra intervento sanitario e socio-assistenziale.

Il protocollo prevede la copertura del fabbisogno complessivo del paziente attraverso interventi che possiamo così sintetizzare:

- Sorveglianza clinica e nursing: monitoraggio del danno cerebrale e conseguenze, prevenzione-trattamento delle infezioni, nutrizione e idratazione, controllo funzione respiratoria ed eventuali supporti, controllo funzioni sfinteriche, aggiornamento terapie farmacologiche, valutazione e trattamento complicanze da immobilità, addestramento e supporto ai famigliari senza delega completa, incontri periodici con i famigliari.
- Interventi riabilitativi: contenimento complicanze secondarie, valutazioni e trattamenti delle varie menomazioni sensorimotorie, scelta e verifica degli ausili, addestramento del care-giver.
- Supporto psicologico: sostegno dei famigliari e del personale tecnico.

- Servizio sociale: supporto alla famiglia dell'Ass. Sociale (aspetti normativi, economici, dimissione).

In conclusione, dato questo rapido spaccato della situazione marchigiana, il numero di posti letto dedicati è notoriamente insufficiente tanto che alcuni casi vengono ospitati in RSA e, soprattutto, esiste un discreto flusso di pazienti verso altre regioni. E' auspicabile che le attività di politica sanitaria regionale in corso portino presto ad un rafforzamento della rete complessiva di servizi per il paziente con GCA.

La mobilità extraregionale in riabilitazione nella regione marche. Le alte specialità: risposta della Regione Marche alle mielolesioni

Maria Antonietta Recchioni

SOS di Unità Spinale - SOD di Neurochirurgia Generale Pediatrica e delle Mielolesioni,
Dipartimento di Scienze Neurologiche, Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti Ancona

Riassunto. La lesione al midollo spinale è un'evenienza sanitaria relativamente frequente che determina una disabilità permanente nella maggior parte dei casi. L'Unità Spinale è la struttura operativa dedicata alla cura medica, chirurgica e riabilitativa, della persona che ha subito una lesione al midollo spinale, per il raggiungimento della più completa autonomia, compatibilmente con il livello della lesione midollare. Uno studio sulle Mielolesioni nella regione Marche del 2009 ha evidenziato importanti criticità sul percorso curativo, in particolare la migrazione extraregionale verso centri riabilitativi specializzati per la mancanza dell'Unità Spinale nel territorio marchigiano. Nel 2013 viene deliberata l'istituzione dell'Unità Spinale nella Regione Marche, all'interno dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, dotata di sei posti letto e figure professionali dedicate. Fino ad oggi sono stati ricoverati 83 Pazienti, 55 con paraplegia e 28 con tetraplegia. Degenza media di 4 mesi per le paraplegie e 6 mesi per le tetraplegie. La dimissione è stata diversificata in base al livello e al grado di completezza della lesione midollare, all'età del soggetto, alla presenza di comorbilità preesistenti. Le complicanze, i tempi di degenza e la mobilità passiva extraregionale sono diminuiti. Ulteriore riduzione della mobilità passiva può essere ottenuta a progetto definitivamente completato.

Parole chiave: lesione del midollo spinale, livello neurologico, Unità Spinale, percorso curativo, mobilità passiva extraregionale

Abstract. Spinal cord injury is a relatively frequent health occurrence that often determines a severe permanent disability. Spinal Unit is the operative structure wholly devoted to medical care, surgical care and rehabilitation of patients with spinal cord injury, where they can reach the highest autonomy degree based on the neurological level of injury. In 2009 a spinal cord injury study in the Marche Region showed several troubles during the healing path, most of all the extra-regional migration to specialized rehabilitation centers because of Spinal Unit absence in the Marche region. In 2013 Spinal Unit was established in the Marche Region, within "Ospedali Riuniti" of Ancona. It consists of six beds and a multidisciplinary professional team. Up to now 83 patients have been hospitalized, 55 with paraplegia and 28 with tetraplegia. Average stay in Spinal Unit was 4 months for paraplegia, 6 months for tetraplegia. The discharge was varied according to the level and degree of neurological lesion, the age of the subject, the presence of any pre-existing comorbidities. Clinical complications, stay in hospital and passive mobility outside the region are decreased. At the end of the project a further reduction of extra-regional passive mobility can be reached.

Keywords: spinal cord injury, neurological level, Spinal Unit, healing path, extra-regional passive mobility

INTRODUZIONE

La lesione al midollo spinale in particolare quella ad eziologia traumatica è un'evenienza sanitaria la cui frequenza è relativamente elevata nei paesi industrializzati (18-24 nuovi casi all'anno per milione di abitanti, Studio GISEM, 2000).^[1,2,3] Essa determina uno stato patologico tra i più complessi, a causa delle profonde alterazioni di organi e funzioni derivate dal danno midollare, con conseguente

grave disabilità permanente. La repentinità associata alla gravità dell'evento lesivo ha un impatto psico-biologico, sociale e conseguentemente anche economico estremamente pesante sull'individuo, che vede il suo stile di vita drammaticamente sconvolto non solo per sé, ma anche per la sua famiglia e per l'intera comunità di appartenenza.

La gravità della disabilità, le potenziali complicanze terziarie di più funzioni ed organi,

la fascia di età colpita, costituita frequentemente da giovani adulti, rappresentano le motivazioni cardine che hanno portato alla costruzione delle Unità Spinali, strutture operative totalmente dedicate alla cura medica, chirurgica, assistenziale e riabilitativa, della persona che ha subito una lesione al midollo spinale, dal primo momento in cui l'evento lesivo accade fino alla dimissione, per il raggiungimento della più completa autonomia, compatibilmente con il livello della lesione midollare. L'Unità Spinale, è una struttura organizzativa ubicata all'interno di un ospedale sede di DEA di II Livello dotato di elisoccorso e definita secondo un modello di unipolarità in termini spaziali, temporali e di azioni.^[4] Tale modello di cura facilita l'attuazione di un progetto riabilitativo di vita indipendente, la riduzione delle temute complicanze terziarie e dei tempi di degenza, il calo degli oneri economici elevatissimi, legati a percorsi di cura frammentati e disomogenei, a cui spesso i Pazienti sono costretti a causa della mancanza nel territorio dove vivono, di strutture di Unità Spinale.^[5]

Studio sulle mielolesioni nella regione marche
Nel marzo 2009 la Regione Marche ha pubblicato uno studio sulle Mielolesioni dell'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'Agenzia Regionale Sanitaria, in collaborazione con l'Associazione Paratetraplegici delle Marche e la SOS di Mielolesioni Traumatiche e Chirurgiche degli Ospedali Riuniti di Ancona. Nel territorio regionale non era mai stato condotto prima uno studio sulla disabilità conseguente a lesione del midollo spinale, che sulla base delle stime nazionali si presume sia rappresentata da circa 600 persone, con 35-40 nuovi casi all'anno. L'obiettivo dello studio era migliorarne la conoscenza sulle cause e la tipologia del danno midollare; sui bisogni assistenziali; il livello di integrazione socio-familiare; l'adeguatezza dell'offerta socio-sanitaria.^[6]

I risultati dello studio svolto dal 2006 al 2007, erano simili a quelli dello studio GISEM 2000 e a quelli della Regione Toscana del 1999.^[7] Emergevano poi alcuni dati di importante criticità sul percorso curativo: difficoltà alla centralizzazione dei Pazienti all'ospedale sede di DEA di II livello, modello organizzativo di cura frammentato, aumento dell'incidenza di complicanze terziarie e durata del ricovero, trasferimenti presso strutture Riabilitative per la prosecuzione delle cure avvenuti tardivamente (dopo un mese per oltre il 50% dei casi) e per di più in centri extraregionali nel 70%; la

migrazione extraregionale avveniva verso centri con la tipologia di strutture specializzate rappresentate da Unità Spinali, strutture Riabilitative dedicate pubbliche, private ed anche estere, per la mancanza dell'Unità Spinale nel territorio marchigiano; dopo il ritorno al domicilio complicanze terziarie tardive con necessità di riammissione in centri riabilitativi^[8]; controlli periodici e cure riabilitative proseguiti solo nel 46% dei casi. Lo studio sulle Mielolesioni nella Regione Marche qui sommariamente citato, confermava con dati obiettivi il già noto fenomeno della mobilità passiva extraregionale, legato alle carenze nella realtà sanitaria marchigiana del percorso di cura globale per le persone con lesione al midollo spinale; è indiscutibile quindi il ruolo che esso ha avuto nel sensibilizzare le istituzioni regionali competenti

Storia legislativa ed implementazione della unità spinale presso l'azienda ospedali riuniti di Ancona

Nell'ambito dei Progetti attuativi cofinanziati dal Ministero della Salute la Regione Marche presenta nel 2006 il Progetto di "Implementazione di una Unità Spinale Unipolare (USU) e sua messa in rete con le USU delle Regioni limitrofe del territorio nazionale". Successivamente viene istituito un tavolo tecnico regionale permanente per i lavori di attuazione del progetto approvato, all'interno dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, che presenta tutte le caratteristiche per supportare una Unità Spinale (DM 29.01.92) in quanto è sede di DEA di II Livello, possiede tutte le specialità Diagnostiche e Cliniche richieste, è dotata di un Servizio di Elisoccorso, presenta un contesto strutturale e professionale sufficientemente competente. In data 9 luglio 2013 con DGR n.1009 viene deliberata l'istituzione dell'Unità Spinale nella Regione Marche

STRUTTURA, PERCORSO CURATIVO E FORMAZIONE

L'Unità Spinale è stata istituita come SOS (Struttura Operativa Semplice) all'interno della Neurochirurgia Generale Pediatrica e delle Mielolesioni del Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona. Essa è dotata di sei posti letto: quattro posti letto dedicati alla degenza in fase acuta ed attrezzati per l'alta intensità di cura e monitoraggio delle funzioni vitali, per l'immediato decorso postoperatorio e/o la fase di shock midollare, quando il Paziente necessita di cure specifiche, di monitoraggio clinico-

strumentale continuo, di posture corrette effettuate in sicurezza, precoce trattamento di fisioterapia respiratoria e impostazione della mano funzionale in caso di soggetti con tetraplegia; altri due posti letto in via di attivazione sono dedicati per la prosecuzione del percorso curativo nella fase di stabilizzazione clinica; spazi attigui organizzati per l'attività riabilitativa (fisioterapia e terapia occupazionale) le attrezzature specifiche e gli ausili. All'Unità Spinale afferiscono figure professionali totalmente dedicate. E' stata allestita un'attività ambulatoriale per i follow up periodici e per eventuali problematiche cliniche che possono insorgere dopo il ritorno al domicilio.

E' stata intrapresa la costruzione di un percorso curativo multidisciplinare con protocolli tecnico-operativi raccomandati dalle Linee Guida come good practice ed evidence based medicine^[9] e la partecipazione di figure professionali e vari specialisti che hanno concordato e condiviso i protocolli. Il team dell'Unità Spinale ha realizzato inoltre una cartella clinica integrata (medica-infermieristica-riabilitativa-psicologica) come strumento di lavoro quotidiano per una maggiore comunicazione, fruizione ed integrazione dei dati all'interno dell'Unità Spinale.^[10]

E' stato attivato un programma di formazione continua del personale di team dell'Unità Spinale per acquisire livelli di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e psicologica uniformi ed adeguati agli standard raccomandati e per garantire requisiti di competenza e specificità professionale. Il programma è articolato su due livelli, uno a carattere operativo mediante corsi presso Unità Spinali di comprovata esperienza del territorio nazionale, l'altro mediante la realizzazione di eventi formativi aziendali.

RISULTATI

Dal Giugno 2010, data di attivazione dell'Unità Spinale ad oggi sono stati ricoverati 83 Pazienti (Pz.), 55 con paraplegia e 28 con tetraplegia. Tutti presentavano una lesione midollare acuta ad eccezione di due casi ricoverati per complicanze terziarie ed esecuzione di intervento neurochirurgico. L'età media dei Pazienti era di 47 anni all'esordio della lesione, con rapporto maschi/femmine 4:1. L'eziologia della lesione midollare è stata traumatica nel 76% dei casi (al primo posto incidenti stradali), mentre nel 24% dei casi la lesione è stata non traumatica di pertinenza neurochirurgica (9 processi espansivi; 8 lesioni vascolari, 3 processi

infettivi). Tutti i Pazienti sono stati ricoverati in Unità Spinale secondo i criteri di ammissione del percorso organizzativo intraaziendale: direttamente dal Pronto Soccorso o dalla sala operatoria a fine intervento chirurgico o trasferiti dalla Rianimazione non appena stabilizzate le funzioni vitali. La degenza media in Unità Spinale è stata di 4 mesi per le paraplegie e 6 mesi per le tetraplegie. Il grado di completezza della mielolesione è stato valutato mediante i cinque punti (A,B,C,D,E) dell'ASIA Impairment Scale (AIS)^[11]. Alla dimissione il 59% dei soggetti (tutti con tetraplegia o paraplegia completa - AIS A), è stato trasferito presso altra struttura di Unità Spinale, in particolare l'Unità Spinale Unipolare di Perugia che collabora con la nostra Unità Spinale per il completamento del percorso riabilitativo dedicato al reinserimento socio-familiare.

L'8% dei soggetti (tutti con paraplegia o tetraplegia incompleta AIS C e D) è stato dimesso e trasferito presso centri riabilitativi regionali per il completamento del programma riabilitativo del cammino. Il 17% dei soggetti (9 casi con paraplegia AIS D e con un buon livello di autonomia raggiunto per il cammino funzionale; 5 casi con paraplegia completa AIS A, età superiore a 72 anni e presenza di importanti comorbidità preesistenti alla mielolesione) è stato dimesso e rinvio al proprio domicilio con attivazione del sistema assistenziale distrettuale e del medico di medicina generale, la fornitura degli ausili e una relazione per la prosecuzione dei programmi riabilitativi nei centri territoriali di competenza.

6 Pazienti residenti fuori regione, sono stati trasferiti presso le Unità Spinali del territorio regionale di appartenenza. 2 Pazienti sono deceduti in Rianimazione dove erano stati trasferiti a causa di complicanze legate al grave politrauma associato. 6 Pazienti sono tuttora ricoverati in Unità Spinale.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I dati ottenuti fino ad ora sul ricovero delle persone con lesione midollare nella SOS di Unità Spinale degli Ospedali Riuniti di Ancona, mettono in evidenza che l'attuazione di un percorso di cura, con centralizzazione del Paziente dalla fase dell'emergenza, fino alla stabilizzazione clinica, limita la frammentazione e la disomogeneità delle cure, definisce un profilo assistenziale omnicomprensivo, riduce conseguentemente i tempi di ricovero in Rianimazione e le complicanze ad esso legate. Lo svolgimento del percorso di cura in Unità

Spinale fino alla stabilizzazione del quadro clinico, ha permesso di trasferire i Pazienti AIS A presso altre Unità Spinali già nella fase avanzata del percorso riabilitativo, riducendo così sensibilmente i costi legati alla mobilità passiva fuori regione di circa il 30%.

Si ritiene che con il completamento del progetto di realizzazione dell'Unità Spinale si possano raggiungere ulteriori importanti obiettivi:

- abbattere ulteriormente la mobilità passiva extraregionale per Pazienti acuti, in particolare paraplegie complete ed incomplete e per Pazienti stabilizzati che necessitano di ricovero a distanza per sopraggiunte complicanze.
- ridurre ulteriormente il numero delle complicanze terziarie, principali cause del prolungamento dei tempi di degenza ospedaliera
- promuovere la messa in rete dell'Unità Spinale con il sistema assistenziale distrettuale del territorio marchigiano, per la continuità del processo assistenziale a domicilio e con i centri riabilitativi territoriali per la prosecuzione dei programmi riabilitativi dopo la dimissione;
- consolidare i rapporti con le strutture del territorio regionale coinvolte nel primo soccorso e nella fase dell'emergenza per garantire la tempestività della centralizzazione del Paziente entro le prime ore dall'evento lesivo;
- definire rapporti di coordinamento con la rete delle Unità Spinali del territorio nazionale e delle regioni limitrofe, per accessi ambulatoriali o ricovero di Pazienti che necessitano di prestazioni altamente specialistiche, non ancora esistenti nella nostra regione, riducendo così i tanti ricoveri extraregionali effettuati fuori da un percorso di cura razionale e definito ed abbattere gli oneri economici ad essi conseguenti.

during the acute phase of traumatic spinal cord lesions. *Spinal Cord*,2003;41(11):629-635

6. Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche. Studio sulle Mielolesioni nella Regione Marche. Regione Marche, marzo 2009
7. Aito S. Indagine epidemiologica sulle lesioni midollari in Toscana. Associazione Toscana Paraplegici. Azienda Ospedaliera Careggi. Firenze. Regione Toscana, 1999
8. Pagliacci M.C. on behalf of GISEM. Rehospitalization of patients with spinal cord injury. Health-care needs during the clinically stable phase. *Eur.Med. Phys.*,2000;36:115-122
9. Paralyzed Veterans of America. Consortium for Spinal Cord medicine. Clinical practice Guidelines,1999
10. Carocci Faber(ed): La Persona con Lesione Midollare.L'intervento assistenziale globale. A cura di Marquez M., Nobile A., Santandrea D., Valsecchi L., Roma, 2012
11. American Spinal Injury Association/ International Medical Society of Paraplegia. International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury, Revised 1996-2000. American Spinal Injury Association, Chicago

BIBLIOGRAFIA

1. Celani M.G. on behalf GISEM. The management of spinal cord injury:a multi-centre prospective study. *Eur Med Phys*,2000;36:139-146
2. Zampolini M. on behalf of GISEM. The management of spinal cord injury in Italy: a multi-centre prospective study. *Eur.Med.Phys*,2000;36:147-153
3. DeVivo M.J. The history of the National Spinal Cord Injury Statistical Center Database,1973-2000.of with epidemiological findings from United States and other countries.*Eur. Med.Phys.* 2000,36:109-114
4. Linee guida per le Unità Spinali Unipolari. Conferenza Stato-Regioni. Seduta del 29 aprile 2004.Repertorio atti n.1967 del 29 aprile 2004
5. Aito S. on behalf of the GISEM group. Complications

Ricognizione sulla organizzazione dipartimentale in Italia

Nino Basaglia

Unità di Medicina Riabilitativa, Responsabile Settore di Medicina Riabilitativa "San Giorgio",
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Riassunto. L'autore evidenzia le difficoltà dell'organizzazione dipartimentale in ambito sanitario e ripercorre la lunga storia attraverso la quale le Aziende Sanitarie e Ospedaliere si sono evolute "realmente" verso un assetto organizzativo dipartimentale. Sottolinea come vi furono tappe cronologicamente in comune con l'istituzione ed evoluzione dei Servizi di Riabilitazione.

Parole chiave: organizzazione dipartimentale, servizi di riabilitazione

Abstract. The author highlights the difficulties of the departmental organization of the health care system and traces the long history through which hospitals evolved "really" towards an organizational structure of the department. It is highlighted that, chronologically, there were some common milestones with the establishment and evolution of the Rehabilitation Services.

Keywords: departmental organization, rehabilitation services

In questo breve scritto tratterò la nascita sul versante normativo dell'organizzazione dipartimentale in ambito sanitario nel nostro paese e nell'ambito della riabilitazione nazionale e regionale rifacendomi e rimandando anche ad un nostro precedente lavoro di oltre 16 anni fa realizzato con un gruppo di amici e colleghi, tra i quali il caro Pasquale Pace alla cui memoria è dedicata questa serie di congressi annuali marchigiani^[1].

Le prime norme sul Dipartimento in ambito sanitario vengono dettate nel momento in cui ci si rende conto della necessità di colmare le lacune della legge 1631 del 1938 con cui lo Stato Italiano aveva per la prima volta definito il sistema di regole e criteri di riferimento per l'organizzazione e il funzionamento degli Ospedali, lacune createsi a causa del profondo mutamento intervenuto in campo medico in rapporto al processo di frammentazione culturale e metodologica operato dalla separazione delle diverse discipline specialistiche dal corpo delle discipline di impostazione generalista.

Il concetto di dipartimento viene introdotto con la stessa legge, la L.132/68, di riforma dell'assistenza ospedaliera che, all'articolo 22 riconosce una importante valenza sanitaria alla

riabilitazione, prevedendo che gli Ospedali Generali Provinciali possano avere Servizi Autonomi di Recupero e Rieducazione Funzionale. L'art.10 del DPR 128/69 attuativo della legge 132/68, attribuisce al Consiglio di Amministrazione dell'Ente ospedaliero la facoltà di organizzare strutture amministrative di tipo dipartimentale tra le divisioni, le sezioni e i servizi affini e complementari "al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico". La direzione delle strutture dipartimentali è affidata a un Comitato costituito dal Direttore Sanitario, dai Primari, dagli Aiuti Capi di Sezione o di Servizi Autonomi e da una rappresentanza elettiva di Aiuti e Assistenti nella medesima proporzione stabilita per il Consiglio dei Sanitari (art.13, L.132/68).

Secondo una definizione con la quale l'ex Ministro della Sanità Elio Guzzanti porta a sintesi alla fine degli anni '90 i risultati delle discussioni culturali e delle analisi degli insuccessi che hanno caratterizzato il problema negli 30 anni precedenti, il Dipartimento viene ad essere interpretato come una "federazione" di Unità Operative e altre compartimentazioni organizzative delle Aziende Sanitarie o Ospedaliere che mantengono la loro autonomia,

indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che la costituiscono, e che, nel medesimo tempo, riconoscono la loro interdipendenza, in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi, e adottano codici concordati e consensuali di comportamenti clinico-assistenziali, didattici e di ricerca con accettati e condivisi risvolti operativi, collaborativi, etici, medico-legali, ed economici”.

In ogni caso, la possibilità che le Aziende Sanitarie e Ospedaliere evolvano realmente verso un assetto organizzativo dipartimentale coerente con i principi contenuti nella definizione data da Guzzanti è subordinata alla soluzione non immediatamente evidente e praticabile di una serie di problemi collocabili a livello di^[1]:

1. rapporti gerarchici;
2. coordinamento delle funzioni decisionali e delle attività volte alla individuazione delle priorità di allocazione delle risorse;
3. razionalizzazione dei modelli di integrazione operativa;
4. sviluppo e maturazione di una nuova cultura della sanità da parte di tutti gli operatori, sanitari ed amministrativi, che intervengono nel processo assistenziale;
5. funzionamento di meccanismi tesi a garantire lo sviluppo di consenso tra entità caratterizzate frequentemente da interessi contrapposti e, pertanto, conflittuali o potenzialmente tali.

Mentre si andava alla istituzione dei Servizi di Riabilitazione (Recupero e Rieducazione Funzionale) parallelamente non si svilupparono significative esperienze di dipartimentalizzazione a livello Ospedaliero; pertanto nel 1975 il problema fu ripreso dalla legge 148 che all'art.55 attribuiva alla Regione (togliendola ai Consigli di Amministrazione, risultati incapaci di concretizzare il mandato del DPR 128) la facoltà di promuovere iniziative di attivazione di Dipartimenti che, peraltro, dovevano essere riservate solamente ad Ospedali ritenuti in possesso dei requisiti necessari, con possibilità di collegamento con altre istituzioni sanitarie del territorio servito dall'Ospedale. Si confermavano le finalità attribuite al Dipartimento e la collegialità della direzione delle strutture dipartimentalizzate, con la sola innovazione della necessità di integrare quest'ultima con i responsabili delle strutture sanitarie territoriali.

La legge 148/75 si proponeva di dare soluzione a 2 problemi principali^[1]:

1. la necessità di attribuire ad un organo superiore, capace di condizionare i Consigli

di Amministrazione, la responsabilità di avvio dei Dipartimenti;

2. la necessità di stabilire i criteri sulla base dei quali procedere all'individuazione delle strutture ospedaliere idonee a sostenere il processo di dipartimentalizzazione, vista l'impossibilità di generalizzarlo, rimandando la propria complessiva attuazione alla emanazione di un successivo decreto finalizzato alla determinazione dei nuovi orientamenti e all'approfondimento della disciplina sul modello dipartimentale.

In attuazione della legge 148/75, l'8/11/1976 fu approvato un DM importante ai fini della determinazione degli "orientamenti da assumere per la realizzazione delle strutture dipartimentali". I capisaldi di tale D.M. erano i seguenti^[1]:

1. conferma alla Regione del ruolo di promotrice dei Dipartimenti, anche in collegamento con le istituzioni socio-sanitarie territoriali;
2. estensione dei fini e degli obiettivi da porre alla base delle decisioni di costituzione dei Dipartimenti, in particolare:
 - a. convergenza delle competenze e delle esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari, per garantire al paziente assistenza sanitaria completa;
 - b. incremento della ricerca e collegamento tra didattica e assistenza, secondo la legislazione universitaria ospedaliera;
 - c. miglioramento delle tecniche sanitarie a livello interdisciplinare;
 - d. perfezionamento professionale degli operatori sanitari di ogni livello, per qualificare l'assistenza sanitaria e renderla accessibile alla totalità dei cittadini;
 - e. superamento delle disfunzioni che causano allungamenti della durata della degenza o degenze inappropriate;
 - f. umanizzazione dei rapporti tra utenti delle strutture sanitarie e loro famiglie, da un lato, e, dall'altro, operatori sanitari e strutture stesse;
 - g. corresponsabilizzazione degli operatori sanitari sul piano professionale, in relazione alla rispettive mansioni o funzioni e rispetto alle diverse necessità organizzative;
 - h. collegamento tra competenze ospedaliere e competenze di istituzioni e strutture socio-sanitarie territoriali per un approccio integrato all'educazione sanitaria e alla prevenzione, cura e riabilitazione da parte delle strutture

- ospedalieri e territoriali;
3. previsione della costituzione di Dipartimenti "misti" ospedalieri/universitari negli Ospedali convenzionati con l'Università;
 4. previsione dell'utilizzo in comune nell'ambito del Dipartimento di impianti, attrezzature e servizi, al fine di assicurare efficienza tecnica ed economia di gestione in base a schemi programmati di lavoro;
 5. precisazione degli organi del Dipartimento (individuati nel Comitato direttivo e nel Coordinatore) e determinazione dei criteri per la regolazione delle loro attività, a partire da schemi regionali uniformi;
 6. individuazione delle tipologie dei Dipartimenti sulla base dei seguenti criteri:
 - secondo gradualità e intensità delle cure e del tipo di intervento;
 - per settori nosologici o per gruppi di età;
 - per settori specialistici, d'organo o d'apparato;
 - secondo tipologie ospedaliere omogenee o miste ospedale/territorio, purché destinate al perseguimento di obiettivi didattici e di ricerca comuni.

Ancora una volta, tuttavia, l'emanazione di nuove norme non produsse alcun effetto rilevante, verosimilmente perché la dipartimentalizzazione rimaneva oggetto di promozione da parte delle Regioni, piuttosto che provvedimento obbligatorio delle Amministrazioni. A tale situazione cerca di porre rimedio la legge 833/78 di Riforma sanitaria che, dopo aver definito l'Ospedale "stabilimento" e "struttura dell'Unità Sanitaria Locale", decretandone la derubricazione da Ente dotato di personalità giuridica a semplice articolazione organizzativa dell'Unità Sanitaria Locale stessa, stabilisce che le Regioni, nell'ambito della programmazione sanitaria, disciplinano con apposite leggi l'ordinamento degli Ospedali in Dipartimenti, in funzione:

- a. della integrazione di divisioni, sezioni e servizi affini e complementari;
- b. del collegamento tra servizi ospedalieri e territoriali, secondo le esigenze dei bacini di utenza;
- c. della gestione dei Dipartimenti sulla base delle integrazioni delle competenze e della valorizzazione del lavoro di gruppo.

Altra combinazione casuale tra la nascita dell'organizzazione dipartimentale e della riabilitazione è il fatto che la L.833/78 è la prima norma ufficiale in Italia che introduce il termine "Riabilitazione" in ambito sanitario definendone una funzione/disciplina e dedicandole un intero articolo, il n.26.

Sebbene con tale legge fondamentale si affermasse il concetto della obbligatorietà del modello dipartimentale ospedaliero e si stabilisse il superamento della discrezionalità della sua attuazione che aveva contraddistinto la normativa precedente, ben pochi risultati si produssero nella pratica, anche perché non furono assunti provvedimenti, non essendo previsti, per sanzionare le inadempienze.

Confermando che la storia del Dipartimento Ospedaliero è stata per decenni in Italia la storia delle occasioni mancate, la L. 595/85 consentiva che all'interno dell'area funzionale omogenea e come articolazione della stessa, sopravvivessero divisioni, sezioni e servizi, ovvero perseverava nell'adeguarsi a logiche compromissorie e, in qualche misura, contraddittorie e incoerenti con l'obiettivo di riconoscere al progetto di dipartimentalizzazione dell'Ospedale il reale significato di sua rifondazione globale diretta al definitivo superamento di un assetto organizzativo tradizionale ormai del tutto inadeguato^[1].

Nel Decreto del Ministro della Sanità del 29 gennaio 1992 sono disciplinati i criteri e i requisiti per consentire alle strutture sanitarie l'esercizio delle attività di alta specialità. Il corretto e coordinato espletamento dell'attività di alta specialità deve essere assicurato sulla base di norme fissate dall'organo deliberante dell'allora Unità Sanitaria Locale e dirette a organizzare i servizi che contribuiscono alla realizzazione di tale attività secondo le modalità di accorpamento funzionale e unitario tipiche del Dipartimento (art.4). Questo decreto, tra l'altro, realizza un importante riconoscimento delle attività di alta specialità della Medicina Riabilitativa prevedendo due tipologie di presidi neuroriabilitativi:

1. "riabilitazione delle para tetraplegie acute e del coma apallico";
2. "riabilitazione dei cerebrolesi".

Il D.Lgs. 502 del 30/12/92 e successive modifiche e integrazioni: "Riordino della disciplina in materia sanitaria" all'art.4 comma 10 stabiliva che le "regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art.4 della legge 412 del 30/12/91, organizzando gli stessi presidi in Dipartimenti. Allo stesso art.4 comma 2b indicava inoltre che gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione debbono prevedere una organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

Un aspetto di assoluto rilievo nell'ambito della

Medicina Riabilitativa è portato dal DPR 107 del 01/03/94 “Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96”, al quale abbiamo direttamente collaborato ed in pratica effettuata la stesura del capitolo sulla riabilitazione. Tale primo Piano Sanitario Nazionale, nel definire i sei livelli uniformi di assistenza che devono essere garantiti ai cittadini da parte del SSN, al punto 4 del paragrafo 4C considera le attività di riabilitazione tra le priorità di intervento strutturato su tre livelli crescenti di intensità (I, II e III livello), sia in termini di strutture eroganti che di tipologia di prestazioni, all’interno di una rete integrata di servizi con una conduzione che abbia i caratteri di unitarietà e continuità nell’ambito di bacini territoriali ben definiti, prefigurando un’organizzazione funzionale dipartimentale.

La legge 549 del 28/12/95 “Misure di riorganizzazione della finanza pubblica” all’art.2 comma V ha richiamato che “L’organizzazione interna degli ospedali deve osservare il modello dipartimentale che è in grado di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo di risorse finanziarie”. È così iniziata la modalità d’intervento nell’ambito della organizzazione sanitaria con lo strumento delle cosiddette “leggi finanziarie”.

Negli anni successivi si è finalmente iniziato ad assistere in alcune regioni italiane all’attivazione dell’organizzazione dipartimentale nelle Aziende USL ed Ospedaliero-Universitarie.

Una pietra miliare nell’organizzazione dipartimentale è rappresentata dal D.M. 07/04/97, nel quale, in considerazione della specificità delle problematiche clinico-assistenziali in ambito psichiatrico e delle conseguenti peculiarità organizzative delle strutture assistenziali stabilisce che ogni Azienda USL debba costituire il Dipartimento di Psichiatria (o di Salute Mentale) che comprenda tutte le Unità Operative ospedaliere ed extraospedaliere con il compito di gestire in modo coordinato tutte le attività concernenti la tutela della salute mentale esistenti nel territorio dell’azienda. Il successivo DPR 1° novembre 1999 del 22.11.1999 “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000” ha provveduto a dettare le norme relative al modello organizzativo del “Dipartimento di Salute Mentale” (DSM) ed obiettivi per il triennio in oggetto. Vengono definite la mission e la vision del DSM, l’organizzazione, i compiti, e le varie componenti organizzative (Centro di

Salute Mentale Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Day Hospital, Centro Diurno e Strutture residenziali), nonché il “Ruolo delle Università”. Il modello del DSM e la sua “obbligatorietà” appaiono un utile riferimento per il mondo della Riabilitazione date le molte analogie tra la Psichiatria e la Riabilitazione, come la centralità della persona, l’unitarietà del percorso assistenziale e la sua continuità sanitaria e sociale, la presa in carico della persona “allargata” al suo nucleo familiare e la finalizzazione del progetto assistenziale a raggiungere la migliore qualità di vita possibile. Nell’ambito della Riabilitazione, nonostante il decennale interesse che i fisiatristi hanno posto sulla necessità di un’organizzazione dipartimentale intra ed extraospedaliere che coordini gli interventi di tutte le strutture di riabilitazione medica e sociale operanti in un determinato territorio^[1], abbiamo dovuto attendere fino al 2011 quando viene approvato dalla Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano il “Piano d’indirizzo per la Riabilitazione”. Questo al Punto 4 nell’ambito del paragrafo b) Percorso Riabilitativo unico e “in considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell’ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale” ritiene indispensabile un’organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione. Ribadisce poi che.

- il Dipartimento di Riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance;
- “al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l’audit, etc.
- il Dipartimento di Riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza”

Il Piano d’indirizzo per la Riabilitazione, pur recepito con appositi dispositivi normativi regionali da quasi tutte le Regioni italiane, non rappresenta un provvedimento obbligatorio delle Amministrazioni e in esso non sono purtroppo fornite indicazioni relative ai possibili modelli organizzativi. Conseguentemente

nell'ambito delle scelte effettuate e da effettuarsi, ogni Regione potrà stabilire la tipologia organizzativo-gestionale del Dipartimento che aumenterà la difformità operativa tra territorio e territorio in ambito nazionale pur garantendo, speriamo, la continuità fra ospedale e territorio.

Sono chiari esempi di questa disomogeneità organizzativa tra regione e regione le delibere di Lombardia, Puglia e Veneto.

La Regione Lombardia non fornisce alcuna indicazione specifica per il Dipartimento di Riabilitazione. Infatti, la DGR n.X/1185 del 20.12.13 "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014" stabilisce al punto 5.1: "una organizzazione dipartimentale può rappresentare una soluzione ottimale per garantire non soltanto ottimizzazione delle risorse, ma anche una integrazione multidisciplinare e continuità temporale nella presa in carico riabilitativa. Le formule organizzative possono essere diverse a seconda dei contesti (Azienda pubblica o privata, monotematica o polispecialistica, con obbligo di ricerca e formazione o meno, ecc.) Per questo motivo si ritiene prioritario creare meccanismi incentivanti *de facto* l'integrazione specialistica e la continuità temporale delle cure per qualsiasi provider, più che la costituzione solo formale di strutture denominate dipartimentali." Al contrario contengono più precise indicazioni organizzative le regioni Puglia e Veneto pur interpretando in modo molto diverso l'organizzazione, le funzioni e la composizione del dipartimento, già ben evidenti anche dalla sola denominazione data allo stesso, rispettivamente Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione e Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio.

La Regione Puglia con un Regolamento Regionale 4 marzo 2013, n.6 "Regolamento regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione" istituisce e regola i dipartimenti riabilitativi. In premessa il regolamento stabilisce che l'ottimizzazione della funzione riabilitativa è affidata al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione che, nell'assicurare la continuità delle cure, garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale. All'art.3 del regolamento viene definita la "la Mission" del Dipartimento funzionale di Medicina Fisica e Riabilitazione che rappresenta lo snodo reale della Clinical

Governance in quanto assume la funzione di Coordinamento del sistema riabilitativo in modo da assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i.) previsti all'interno dell'Area Distrettuale, nelle varie fasi della vita. L'impegno prioritario del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione a garanzia del governo clinico è centrato sulle seguenti funzioni:

- costruire progetti di struttura, di processo/ percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra i vari attori del sistema di riabilitazione;
- progettare e costruire i segmenti assenti o carenti dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali);
- orientare tutta l'organizzazione all'outcome e all'appropriatezza basata sull'EBM;
- monitorare, di concerto con gli ambiti distrettuali e con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, il mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse, di struttura, organizzative e di processo).

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, attraverso il governo dei PDTA assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi garantendo:

- la centralità della Persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo e Assistenziale con la stessa e con i suoi familiari;
- l'accessibilità;
- la sostenibilità e l'appropriatezza del Progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

Il regolamento individua come aspetti distintivi del Dipartimento la:

- transmuralità
- integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di Riabilitazione
- partecipazione ai processi decisionali di utenti, amministratori e professionisti
- formazione
- definizione e gestione delle relazioni

Le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere, al cui interno sono presenti le strutture riabilitative, costituiscono il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione in modo da

mettere in rete, su scala aziendale, i Presidi ospedalieri ed i Distretti Socio-Sanitari attraverso la funzione di Coordinamento.

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, pertanto, si connota per essere un dipartimento transmurale ed interaziendale, ed è composto dalle seguenti strutture e dai servizi a valenza sovradistrettuale e/o aziendale pubblici:

- Unità operative di alta specialità (Unità Spinali Unipolari, Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Grandi Traumi Cranio-encefalici, Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite);
- Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitazione ospedaliera (DRG cod.056 - 075 - 028);
- Unità operative di Lungodegenza ospedaliera (DRG cod. 060);
- Unità operative di Pneumologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;
- Unità operative di Cardiologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;
- Strutture di riabilitazione extraospedaliera-Centro Risvegli;
- Presidi e/o Centri di Riabilitazione extraospedaliera ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale;
- Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali ed ospedalieri;
- Servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione.

Come è ben evidente in questa tipologia organizzativa di dipartimento non entrano le strutture riabilitative private accreditate e non appare forte l'integrazione con il sociale. Inoltre non è definito il ruolo dell'Università, in particolare per i corsi di formazione delle professioni sanitarie di riabilitazione e i medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa.

La REGIONE VENETO con la DGRV n.2634/2013 "Approvazione del documento di indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio. Piano Socio Sanitario regionale (PSSR) 2012-2016 (L.R.: n.23 del 29 giugno 2012)" istituisce i dipartimenti di riabilitazione con una forte connotazione funzionale ed integrazione tra l'ospedale e il territorio e tra il sanitario e il sociale, nonché tra pubblico e privato e con l'Università.

La "Mission" viene individuata come la necessità di "porre al centro del progetto assistenziale la persona con disabilità e la sua famiglia utilizzando lo strumento del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), all'interno di

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile." Inoltre "strutturare un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del "Governo Clinico", garantisca il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali, e delle strutture private accreditate e rappresentanti un trait d'union con l'ambiente socio-familiare. Aspetti peculiari del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio sono:

- l'integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di riabilitazione
- l'integrazione ospedale-territorio
- la gestione strutturale diretta delle UUOO afferenti al Dipartimento e raccordo funzionale delle stesse e strutture terze che erogano attività riabilitative e del privato accreditato che opera in ambito riabilitativo
- la formazione ed aggiornamento professionale
- la definizione e gestione delle relazioni con gli altri sistemi organizzati dell'offerta socio-sanitaria, con le altre istituzioni e del terzo settore (mondo della scuola, lavoro, associazionismo, volontariato, ecc.)

Mentre le principali caratteristiche sono:

- Dipartimento transmurale
- Composto da tutte le strutture di riabilitazione pubbliche e private agenti nel territorio di riferimento (AUSSL)
- Il direttore di Dipartimento è equiparato nelle funzioni e sul versante economico al direttore di dipartimenti strutturali.

Nonostante queste importanti e grossolane diversità tra regione e regione il Piano d'indirizzo per la Riabilitazione fornisce una grande opportunità per la Riabilitazione per ottimizzare l'uso delle risorse evitando inutili e costose frammentazioni e duplicazioni del percorso riabilitativo, e per omogeneizzare maggiormente i percorsi e le modalità operative.

Speriamo che questa sia la volta buona!

BIBLIOGRAFIA

1. Basaglia N, Montaguti U, Pace P, Sella U, Tibaldi S. L'organizzazione del Dipartimento di Riabilitazione nelle Aziende sanitarie locali ed Ospedaliere. MR 1997;3-4, 1998;1-2: 15-27.

L'esperienza della regione Veneto: il Dipartimento di Riabilitazione come strumento di clinical-governance

Paolo Boldrini

Dipartimento Interaziendale di Riabilitazione, Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza, ULSS 9 Treviso

Riassunto. Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale - Territorio assume una importanza strategica nella clinical governance, quale struttura responsabile dell'integrazione clinica organizzativa non solo dei soggetti pubblici, ma anche di quelli privati accreditati.

Parole chiave: clinical governance integrazione clinica ed organizzativa.

Abstract. The Functional Department of Rehabilitation Hospital - Territory acquires a strategic importance in the clinical governance, as structures responsible for clinical integration, both in public institutions and in private accredited ones.

Keywords: clinical governance, clinical and organizational integration.

La Giunta Regionale del Veneto ha approvato recentemente una delibera di approvazione di un documento di indirizzo specificamente dedicato alla funzione ed all'organizzazione del Dipartimento di Riabilitazione. (DGRV n.2643 del 30.12.2013)

La delibera riveste un interesse particolare in quanto si pone in linea con il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011 ed ha un'impostazione coerente con diversi punti dei documenti di indirizzo elaborati dalla SIMFER (si veda ad es il Documento SIMFER del 2005 "DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE: COME COMPLETARE LA RETE DELLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DALL'INTENSIVITÀ OSPEDALIERA AL DOMICILIO). Riteniamo che questa disposizione normativa, oltre a rappresentare un importante riconoscimento per i fisiatristi, e più in generale per la Riabilitazione, nella regione Veneto, possa essere un elemento di stimolo ed un modello anche per altre realtà regionali.

La delibera è stata sviluppata con l'apporto di un gruppo tecnico nominato dalla Segreteria Regionale per la Sanità della Regione del Veneto con decreto n.43 del 21 maggio 2013, e composto dai colleghi fisiatristi Avesani, Boccignone, Buoso, Crimi, Filippi, Masiero, componenti del Gruppo Regionale SIMFER del Veneto.

Il Dipartimento viene indicato nel documento come "Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio". L'aggettivazione di "Funzionale" farebbe pensare ad una impostazione che pone il settore riabilitativo in una posizione di minore importanza strategica, nell'ambito degli assetti aziendali, rispetto ai Dipartimenti strutturali.

Infatti, nella visione più comunemente accettata, ai dipartimenti funzionali in genere vengono attribuite competenze ed obiettivi limitati nel tempo e finalizzati a raggiungere circoscritti obiettivi assistenziali, senza un budget proprio, e con il concorso di diverse strutture aziendali che peraltro afferiscono ad altri Dipartimenti o Distretti.

Nel documento tecnico allegato alla Delibera invece si delinea un profilo decisamente "forte" per il Dipartimento; vi si prevede infatti l'assegnazione di un budget proprio, ed a dirigerlo è designato un "Direttore" (e non un "Coordinatore" come previsto per i dipartimenti funzionali). Inoltre, viene sottolineato il ruolo di "clinical governance" del Dipartimento, che diviene la struttura responsabile dell'integrazione clinica ed organizzativa non solo con i soggetti erogatori di proprietà pubblica, ma anche di quelli accreditati.

Quello che segue è il testo integrale dell'allegato tecnico della Delibera.

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Ambito di applicazione e quadro normativo

Le linee guida del Ministero della Salute per le attività di riabilitazione, approvate con l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 07 maggio 1998 (Rep. Atti n. 457), hanno definito i seguenti principi fondamentali:

- la presa in carico globale della persona;
- la valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- l'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

Il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n.30), afferma quanto segue:

“In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

Il Dipartimento di Riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di Riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza”.

MISSION

Partendo da queste premesse di ordine legislativo è necessario porre al centro del progetto assistenziale la persona con disabilità e la sua famiglia utilizzando lo strumento del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), all'interno di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile. Il modello è quello della presa in carico della persona nel suo complesso, indipendentemente

dall'età, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che assicurino la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando ridondanze e sovrapposizioni. Si ritiene che tali PDTA debbano essere il più possibile omogenei rispondendo alla necessità di avere delle linee guida regionali almeno per le macro categorie di disabilità. Si rende necessario, a tal fine, strutturare un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del “Governo Clinico”, garantisca il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali, e delle strutture private accreditate e rappresenti un trait d'union con l'ambiente socio-familiare.

L'ottimizzazione della funzione riabilitativa è affidata al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio che, nell'assicurare la continuità delle cure, garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio:

1. rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance e negozia le risorse attraverso le direzioni strategiche;
2. assicura le prestazioni nell'ambito del budget assegnato a seguito della suddetta procedura di negoziazione e rendiconta annualmente sugli obiettivi assegnati;
3. elabora un documento condiviso tra i vari attori del sistema riabilitativo in modo da costruire un codice etico per la tutela delle situazioni di maggiore criticità e un utilizzo equo delle risorse per il bene comune e vigila sul rispetto dello stesso. Nello stesso documento deve essere individuato il fabbisogno a livello distrettuale e ospedaliero, nel rispetto del principio di prossimità delle cure e dell'assistenza, finalizzato anche alla contrattualizzazione (da parte della Direzione Strategica Aziendale) di strutture erogatrici da gestire a livello aziendale;
4. applica i protocolli e i PDTA idonei ad assicurare una risposta globale ed efficace alle richieste del cittadino utente e attraverso il governo dei PDTA assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi, garantendo:
 - la centralità della persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con la stessa e con i suoi familiari;
 - l'accessibilità;

- la sostenibilità e l'appropriatezza del PRI e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

L'impegno prioritario del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio a garanzia del governo clinico è centrato sulle seguenti funzioni:

- costruire progetti di struttura, di processo/ percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra le varie componenti dell'offerta riabilitativa presenti;
- applicare i PDTA elaborati a livello regionale e nazionale per le maggiori disabilità, verificarne l'attuazione e conseguentemente l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'azienda;
- orientare tutta l'organizzazione all'outcome e all'appropriatezza basata sull'Evidence Based Medicine (EBM);
- monitorare le attività erogate.

Aspetti peculiari del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio sono:

1. Integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di riabilitazione, con definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI) dal momento della individuazione precoce della situazione disabilitante, fino alla fase della reintegrazione nella comunità e della eventuale gestione degli esiti non emendabili;
2. Integrazione ospedale-territorio, con superamento definitivo della dicotomia fra attività ospedaliere e territoriali, definendo le specifiche modalità di dimissione protetta, comprensive di una valutazione di tipo multidimensionale quando il bisogno è di natura socio-sanitaria, in modo da assicurare la continuità degli interventi territoriali ed individuare le strutture necessarie a garantire una continuità assistenziale per i pazienti presi in carico;
3. Gestione strutturale diretta delle Unità Riabilitative Complesse (UOC) e Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) afferenti al dipartimento, e raccordo funzionale di queste strutture, delle strutture terze che erogano anche attività riabilitative e del privato accreditato che opera in ambito riabilitativo;

4. Formazione e aggiornamento professionale, in particolare per le competenze interprofessionalidisciplinari (non solo sul piano tecnico/scientifico ma anche relazionale e gestionale in un'ottica ispirata all'International Classification of Function (ICF);
5. Definizione e gestione delle relazioni con gli altri sistemi organizzati dell'offerta socio-sanitaria, con le altre agenzie istituzionali e del terzo settore (mondo della scuola, lavoro, associazionismo, volontariato ecc.).

Per la complessità delle cure riabilitative che prevede la definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI), oltre ai Dipartimenti della Funzione Riabilitativa delle Aziende ULSS, laddove presenti le Aziende Ospedaliere dovranno essere costituiti dei dipartimenti interaziendali tra le Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende ULSS; tali dipartimenti potranno essere esclusivamente funzionali e potranno avere anche un importante ruolo nell'ambito della formazione e della ricerca scientifica considerato che le Aziende Ospedaliere-Universitarie sono recepite sedi di riferimento regionale con funzioni di didattica, ricerca ed assistenza clinica.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, pertanto, si connota per essere un dipartimento transmurale ed è composto dalle seguenti strutture, ove presenti:

- a. Unità Spinali (cod. 28),
- b. Unità di Neuroriabilitazione per l'età adulta e per l'età evolutiva (cod. 75),
- c. Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitativa ospedaliere (cod. 56),
- d. Unità operative di Lungodegenza ospedaliere (cod. 60),
- e. Tutte le Unità operative specialistiche riabilitative territoriali e ospedaliere (es. Cardiologia Riabilitativa, Pneumologia Riabilitativa, ecc.),
- f. Presidi e/o Centri e/o Unità Operative che erogano prestazioni riabilitative di carattere estensivo o intensivo sul territorio.

Dal punto a) al punto d) l'appartenenza al dipartimento deve essere strutturale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, in tal modo, si articola in un sistema organizzato di servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica).

COMPOSIZIONE DEL DIPARTIMENTO

La direzione organizzativa e gestionale del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è articolata su due livelli:

- il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del Dipartimento.

La Direzione del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio rappresenta il centro unitario di collegamento funzionale fra tutte le strutture sia pubbliche che private accreditate per garantire livelli uniformi di assistenza e omogeneità di intervento, sull'intero territorio di competenza, attraverso una rilevazione organica e comparabile dei bisogni di trattamento, e attraverso la definizione e progettazione integrata delle strategie di intervento.

Direttore

Il Direttore, nominato dal Direttore Generale tra i Direttori di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa, assorbe le funzioni di Direttore del Dipartimento ed è equiparato sul piano economico ai Direttori dei Dipartimenti Strutturali. Il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, individuati d'intesa con le Direzioni della Funzione Ospedaliera e della Funzione Territoriale e negoziati con la Direzione Generale. Al Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio spetta:

- la negoziazione del budget con la Direzione della Funzione Ospedaliera e con la Direzione della Funzione Distrettuale per le parti di competenza sulla base delle caratteristiche transmurales del dipartimento;
- l'attività di monitoraggio e la puntuale verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate operanti sul territorio di competenza sulla base di definiti PDTA.

Comitato

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo ed è presieduto dal Direttore.

È composto, a regime, da:

1. direttori delle strutture complesse di riabilitazione del Dipartimento;
2. responsabili delle strutture semplici di riabilitazione a valenza dipartimentale del

Dipartimento;

3. n.1 Direttore di UOC nominato in rappresentanza di tutti Direttori delle UU. OO. con le quali si condivide funzionalmente il personale della riabilitazione, nell'ambito delle attività coordinate dal Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio (es. Cure Primarie, Neuropsichiatria Infantile, ecc.);
4. n.2 Dirigenti afferenti al Dipartimento eletti tra tutti i dirigenti di area sanitaria delle strutture di riabilitazione che non sono membri di diritto del Comitato;
5. Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio;
6. n.1 Rappresentante di area riabilitativa da nominare all'interno delle strutture del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio previste al punto g).

Il comitato deve riunirsi almeno due volte all'anno su richiesta del direttore e delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voto prevale il voto del direttore di dipartimento. La seduta del Comitato è valida se è presente la metà più uno dei componenti.

Il Comitato assume decisioni, nel rispetto delle direttive della direzione aziendale e con particolare riguardo al coordinamento funzionale, sui seguenti argomenti:

- pianificazione annuale delle attività;
- valutazione, fornendo il proprio parere, delle proposte del Direttore del Dipartimento, per l'utilizzazione degli spazi, attrezzature, orari delle attività e quindi del personale, le richieste dei beni e dei servizi, i programmi di formazione e aggiornamento, lo sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
- sperimentazione e adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
- determinazione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- valutazione, altresì, di ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

Le attività del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio devono essere tese all'integrazione con gli Enti Locali, con le modalità e i contenuti dei Piani di Zona gestiti dai singoli Distretti Socio-Sanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità.

Vanno altresì promossi rapporti di collaborazione con tutte le associazioni dei cittadini operanti nel campo dell'assistenza ai disabili.

Per consentire valutazioni oggettive sull'appropriatezza delle cure erogate sarà necessario individuare, con l'aiuto delle Società Scientifiche, PDTA condivisi a livello regionale. A tale scopo si prevede che un direttore di dipartimento per ogni provincia possa divenire referente presso la regione nei riguardi di PDTA, qualità, formazione, governo clinico, nell'ottica della costituzione di una rete riabilitativa regionale



Il Dipartimento di Riabilitazione nelle Marche

Oriano Mercante¹, Riccardo Luzi²

¹UOC di Medicina Riabilitativa, ²Direzione Medica di Presidio - INRCA POR Ancona

Riassunto. Il modello del Dipartimento di Riabilitazione prevede la presa in carico della persona nel suo complesso attraverso il disegno di percorsi diagnostico-terapeutici che ne assicurano la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando lacune, ridondanze e sovrapposizioni. Il lavoro riporta la proposta di organizzazione dipartimentale su scala regionale, scaturita da un approfondito confronto in materia, con particolare riferimento ad un modello organizzativo dipartimentale funzionale, transmurale ed interaziendale per Area Vasta.

Parole chiave: governo clinico, continuità delle cure, qualità clinica ed organizzativa

Abstract. The Department model of Rehabilitation involves taking globally charge of the person through the design of diagnostic and therapeutic pathways ensuring the continuity and appropriateness of health care and avoiding gaps, overlaps and redundancies. This paper reports a departmental organization proposal on a regional scale, which originated from an in-depth comparison on the subject, with particular attention to the functional, interhospital and transmural organization of the department model, within each Area Vasta.

Keywords: clinical governance, health and care continuity, clinical and organizational quality

PREMESSA

Come è ben noto, l'invecchiamento della popolazione, la diminuzione della mortalità, e non ultima la sopravvivenza a malattie croniche disabilitanti, hanno determinato l'esigenza di ripensare all'erogazione dell'assistenza in termini sempre più personalizzati nei confronti di pazienti con bisogni sanitari crescenti e di tipo complesso.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione (2011), che ha aggiornato le Linee Guida del 1998, ha posto al centro del sistema "riabilitazione" il cittadino disabile e il suo contesto familiare nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni, adottando un'ottica di empowerment della persona e orientando tutte le attività rispetto a tale priorità con il modello bio-psico-sociale. Complessità clinica, disabilità e multimorbidità vengono ad essere dimensioni che, opportunamente integrate, garantiscono un'adeguata definizione del livello di bisogno della persona da riabilitare.

IL MODELLO DI RIFERIMENTO

Il modello dipartimentale si basa su un

riferimento culturale che pone al centro del sistema la persona con disabilità e la sua famiglia o il care giver, utilizzando Percorsi Assistenziali integrati attraverso lo strumento del Progetto Riabilitativo Individuale come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile.

Il modello prevede la presa in carico della persona nel suo complesso attraverso il disegno di percorsi diagnostico-terapeutici che ne assicurano la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando lacune, ridondanze e sovrapposizioni.

L'articolazione organizzativa si struttura secondo i principi del "Governo Clinico", garantendo cioè il coordinamento di tutte le attività di trattamento svolte dalle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali e dalle strutture accreditate private.

Il Dipartimento di Riabilitazione, ha il compito di assicurare la continuità delle cure, di garantire un percorso sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando, laddove possibile, al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale,

familiare, ambientale e sociale.

Secondo le indicazioni del Piano di Indirizzo, “il Dipartimento di Riabilitazione fornisce la garanzia per la realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che manifestano un bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la formazione del personale, l’audit, etc.”

Nei singoli ambiti territoriali, l’impegno organizzativo prioritario del Dipartimento di riabilitazione è:

- costruire Progetti di Struttura, di processo/ percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra i vari attori del sistema della rete di riabilitazione;
- progettare e costruire i settori del percorso che risultano carenti;
- monitorare e salvaguardare i requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse di struttura, organizzative e di processo);
- condividere tra i vari attori del sistema dei servizi un codice etico per la tutela delle situazioni di maggior criticità e per un utilizzo equo delle risorse per il bene comune.

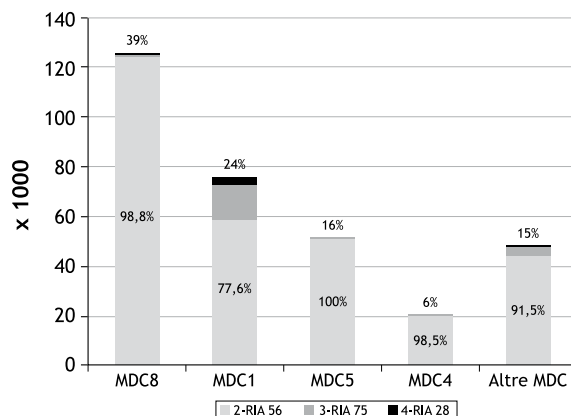
Nell’anno 2010, in Italia il totale dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera è stato pari a 321.518, di cui l’82% in regime ordinario ed il rimanente 18% in regime diurno, con un’incidenza percentuale della componente privata dell’offerta pari al 69%.

La riabilitazione ospedaliera, in Italia, è un fenomeno prevalentemente rivolto a pazienti anziani: i pazienti over 65 rappresentano il 61% della casistica complessiva.

Come mostra il diagramma a barre riportato di seguito, si rileva una forte concentrazione della casistica nella disciplina codice 56 (Recupero e riabilitazione funzionale), con valori sempre superiori al 75% (nella MDC 5 tale percentuale raggiunge circa il 100% della casistica).

Nelle discipline codice 75 (neuroriabilitazione) e codice 28 (unità spinale), afferiscono quasi esclusivamente ricoveri di tipo neurologico, valore che si mantiene costante negli anni (dal 2007 al 2010).

Fig.1 Ricoveri di Riabilitazione per disciplina di ricoveri e per MDC - Anno 2010



LA SITUAZIONE REGIONALE

Il sistema o modello marchigiano di riabilitazione è caratterizzato dalla importante presenza del settore privato, che costituisce sicuramente una qualificata risorsa, ma allo stesso tempo obbliga il servizio pubblico allo sviluppo di una forte capacità di svolgere efficacemente il ruolo di “committente”.

Il governo della funzione riabilitativa, in modo particolare nell’attuale contesto socio-economico, passa per il percorso di razionalizzazione e sviluppo di metodologie che identifichino gli ambiti cui affidare il compito di analizzare la domanda e la relativa offerta di servizi al fine di commisurare e garantire gli investimenti/disinvestimenti necessari, anche utilizzando le risorse derivanti dai processi di razionalizzazione, e successivamente monitorare e valutare utilizzando gli stessi criteri impiegati nel processo di razionalizzazione.

Tali ambiti vanno identificati con le Unità Operative di Medicina Riabilitativa e dei Dipartimenti di Riabilitazione cui va affidato il compito di sviluppare una funzione di lettura e governo dei bisogni, dei consumi e dell’offerta di prestazioni riabilitative nella popolazione di riferimento.

La funzione di governo deve diventare centrale nella attività delle Unità Operative che hanno l’obbligo di esercitarla nelle attività di produzione e di integrazione socio-sanitaria, nell’ambito della riabilitazione. Nel presente documento, viene di seguito riportata la proposta di organizzazione dipartimentale su scala regionale, scaturita da un approfondito confronto in materia, con particolare riferimento ad un modello organizzativo dipartimentale funzionale, transmurale ed interaziendale per Area Vasta.

La scelta su cui ci si sta orientando si basa su un modello di dipartimento funzionale, in virtù della realtà regionale, nonché dell'articolazione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio.

RICOGNIZIONE PUNTUALE DELLE STRUTTURE E DELLE ATTUALI RISORSE SUL TERRITORIO REGIONALE DESTINATE ALLA RIABILITAZIONE ED ALLA DISABILITÀ FISICA, PSICHICA E SENSORIALE

Dotazione posti letto residenziali e posti semiresidenziali

Complessivamente sono attivi nella regione marche 324 posti letto ospedalieri di riabilitazione intensiva (cod.56 e 75) e 1238 extraospedalieri (di cui 395 diurni). Ai posto letto cod. 56 di riabilitazione intensiva ospedaliera vanno aggiunti i 29 pl specialistici di riabilitazione cardiologica.

Va altresì ricordato che sussistono ulteriori dotazioni di pl accreditati con il codice 56 relativi alla riabilitazione alcoologica (non inseriti nella presente rilevazione). Andando nel dettaglio, relativamente alle dotazioni ospedaliere, i posti letto codice 75 di neuroriabilitazione ospedaliera di valenza regionale, risultano complessivamente 75 concentrati nell'Azienda Ospedaliero Universitaria e presso l'Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena.

All'interno di questi ultimi sono inseriti i posti letto dell'Unità di risveglio per stati vegetativi e stati di minima coscienza.

Relativamente ai posti letto codice 56 (riabilitazione intensiva ospedaliera), complessivamente nella regione sono attivi 249 pl. Di questi 119 sono pubblici (48%) e 130 privati accreditati (52%). I posti letto di riabilitazione intensiva ospedaliera sono così distribuiti:

Tab.1 Posti letto in riabilitazione intensiva (cod.56)

AV	Posti Letto	% SU TOTALE
AV1	40	16
AV2	93	37
AV3	67	27
AV4	24	10
AV5	25	10
TOTALI	249	100

Relativamente ai posti letto di riabilitazione intensiva extraospedaliera, risultano attivi per area vasta, i seguenti posti letto, tutti privati, con un tasso di 0,058 pl per 1000 abitanti:

Tab.2 Posti letto residenziali extraospedalieri

AV	Posti Letto	% SU TOTALE
AV1	30	33
AV2	20	22
AV3	40	44
AV4		
AV5		
TOTALI	90	100

Per quanto riguarda le strutture di riabilitazione estensiva (1° livello linee guida Ministeriali), la situazione vede complessivamente 393 pl, l'80% dei quali privati, con un tasso di 0,25 pl per 1000 abitanti:

Tab.3 Posti letto di riabilitazione estensiva

AV	Posti Letto	% SU TOTALE
AV1	19	5
AV2	61	16
AV3	299	76
AV4	14	4
AV5		
TOTALI	393	100

Analizzando la dotazione complessiva di posti residenziali extraospedalieri, con un tasso di 0,55 pl per 1000 abitanti, la situazione, distribuita per area vasta, risulta la seguente:

Tab.4 Posti letto residenziali extraospedalieri

AV	Posti Letto	% SU TOTALE
AV1	133	16
AV2	127	15
AV3	434	51
AV4	109	13
AV5	40	5
TOTALI	843	100

Relativamente alle strutture per disabili fisici, psichici e sensoriali gravi, risultano attivi, con un tasso di 0,19 pl per 1000 abitanti, i seguenti posti letto per area vasta:

Tab.5 Posti letto strutture per disabili fisici, psichici e sensoriali gravi

AV	Posti Letto	% SU TOTALE
AV1	56	19
AV2	46	15
AV3	80	27
AV4	75	25
AV5	40	13
TOTALI	297	100

Relativamente ai posti letto di unità speciali residenziali, risultano attivi complessivamente 166 pl, tutti privati, con un tasso di 0,11 pl per 1000 abitanti, così distribuiti per area vasta:

Tab.6 Posti letto di Unità speciali residenziali

AV	PL	% SU TOTALE
AV1	10	6
AV2	96	58
AV3	40	24
AV4	20	12
AV5		
TOTALI	166	100

Quanto infine alla dotazione complessiva di posti semi-residenziali, risultano le seguenti dotazioni di area vasta, con un tasso di 0,26 pl per 1000 abitanti (completamente privati):

Tab.7 Posti letto semi-residenziali

AV	PL	% SU TOTALE
AV1	85	22
AV2	103	26
AV3	137	35
AV4	70	18
AV5		
TOTALI	395	100

Dall'analisi dei dati sopra riportati emerge una situazione abbastanza disomogenea nella distribuzione di pl tra le singole aree vaste. In particolare, i pl di riabilitazione intensiva ospedaliera, risultano concentrati per lo più nelle AV2 e AV3. I pl extraospedalieri complessivamente intesi concentrati nell'AV3 (situazione dovuta alla presenza della struttura di Porto Potenza Picena dell'Istituto S. Stefano) mentre i posti letto extraospedalieri di riabilitazione intensiva risultano attivi solo presso le AV1, AV2 e AV3. I posti letto di riabilitazione estensiva risultano attivi per il 76 % nell'AV 3. La situazione appare invece abbastanza ben distribuita analizzando i dati relativi alle strutture per disabili gravi. Le unità speciali residenziali risultano concentrate in poche strutture, soprattutto nelle AV2 e AV3. Infine, per quanto riguarda i posti semi-residenziali, la situazione appare abbastanza ben distribuita, se si eccettua l'AV5 in cui non risultano attive strutture.

Strutture ambulatoriali di riabilitazione

Sulla base della attuale classificazione vigente per le strutture ambulatoriali suddivise i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e Centri ambulatoriali di riabilitazione, risultano attive le seguenti strutture private accreditate suddivise per Area Vasta:

- nell'AV1 risultano attivi 5 Presidi e 4 Centri;
- nell'AV2 risultano attivi 17 Presidi e 8 Centri;
- nell'AV3 risultano attivi 12 Presidi e 9 Centri;
- nell'AV4 risultano attivi 2 Presidi e 3 Centri;
- nell'AV5 risultano attivi 13 presidi e 6 Centri.

Per un totale complessivo regionale di 49 presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale e 30 Centri ambulatoriali di riabilitazione privati accreditati.

Attività di ricovero in riabilitazione ospedaliera

L'attività di ricovero di riabilitazione intensiva ospedaliera viene analizzata sui dati completi relativi all'annualità 2012. Relativamente alla MDC 1 (neurologico), nel 2012 si sono avuti complessivamente 991 ricoveri con 38983 giornate di degenza, con una degenza media di 40 giorni. Analizzando il dato nel dettaglio emerge una notevole disomogeneità tra le strutture riguardo alla degenza media, infatti si passa, escludendo gli outliers, da medie per singola struttura di 74 giornate a medie di 37. Per quanto attiene all'MDC 8 (muscolo-scheletrico), nel 2012 si sono avuti 1847 ricoveri in riabilitazione intensiva ospedaliera (cod. 56), con un consumo di giornate di degenza pari a 39942, con una degenza media di 22 giornate. A livello di singole strutture il dato della degenza media risulta molto più omogeneo rispetto all'MDC 1. Quanto al consumo di ricoveri e giornate di degenza per singola AV, si evidenzia un'estrema disomogeneità legata per lo più, come ovvio, alla caratteristica dell'offerta presente.

OBIETTIVI PRINCIPALI DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

A seguire vengono delineati: obiettivi, organizzazione e proposta di regolamento di dipartimento funzionale.

Obiettivi Macro relativi alla medicina riabilitativa:

- integrare ed ottimizzare le risorse riabilitative esistenti;
- garantire il progetto di Struttura;
- garantire il percorso assistenziale appropriato per ogni paziente da parte delle UO afferenti.

Obiettivi Specifici relativi alla medicina riabilitativa:

- analisi della domanda, del bisogno e dell'offerta;
- conseguente valutazione del fabbisogno;
- governo della domanda e dell'offerta ad essa collegata con forte integrazione organizzativa con le strutture private;
- garanzia della continuità dell'assistenza alla popolazione di riferimento;
- valutazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni erogate.

Il modello dipartimentale ipotizzato deve

rappresentare lo strumento di garanzia della continuità assistenziale. Tale strumento organizzativo è coerente con la logica delle reti cliniche, di cui alla recente Deliberazione di Giunta Regionale n. 1214 del 02/09/2013, dove il malato viene preso in carico, al di là dei confini Aziendali o ospedalieri dov'è materialmente in cura o ricoverato.

L'organizzazione dipartimentale deve operare coerentemente con le indicazioni del PSR, delle Linee Guida Nazionali, nonché delle scelte strategiche aziendali, ponendo particolare attenzione alla realtà, alle necessità di razionalizzazione e alla semplificazione del sistema.

PROPOSTA DI UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE NELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE

Articolazione

In considerazione dell'attuale assetto normativo e regolamentare della Regione Marche e dell'organizzazione sul territorio della funzione riabilitativa sembra opportuno costituire il Dipartimento di Riabilitazione funzionale, con attività di coordinamento clinico-funzionale delle attività di riabilitazione.

Il Dipartimento di Riabilitazione si connota per essere un dipartimento funzionale, transmurale ed interaziendale (ove insistano più Enti), ed è composto dalle strutture e dai servizi a valenza territoriale e/o aziendale pubblici. I rappresentanti del settore privato sono invitati a partecipare alle riunioni del Dipartimento per garantire la massima integrazione possibile.

Strutturazione

Si propone la costituzione di un Dipartimento funzionale transmurale ed interaziendale per ogni Area Vasta per un totale di 4 Dipartimenti di Area Vasta più 1 nell'area metropolitana di Ancona che comprenderà tutti gli Enti del SSR presenti.

Composizione

1. UO di Medicina Riabilitativa;
2. UO di alta specialità (cod.28 e cod.75);
3. UO di Lungodegenza a valenza Riabilitativa (cod.60), laddove presente;
4. loro articolazioni (UOS e UOSD);
5. eventuali altre UO da definire localmente;

Organizzazione funzionale

1. comitato di dipartimento costituito secondo il regolamento adottato;
2. direttore di dipartimento nominato secondo il regolamento adottato;
3. ogni altro organo/funzione definita dal

regolamento adottato;

Azioni del Dipartimento

1. Progetto Riabilitativo di Struttura per ogni struttura afferente

Ciascuna struttura (reparto, setting, centro, ambulatorio, etc.) definisce "ex ante" le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/dimissione e di relazione con altre strutture, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti tesa all'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.

2. Messa in rete informatizzata di ogni struttura afferente

La messa in rete può essere configurata adottando un modello informatico regionale utilizzato da tutte le strutture pubbliche afferenti organizzativamente al Dipartimento in modo da consentire la consultazione della storia clinica di ogni paziente, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative.

3. Definizione e coordinamento dei percorsi assistenziali anche interaziendali e transmurali;

Tra i compiti del Dipartimento vi è quello di garantire che presso tutte le Unità Operative afferenti venga adottato il "Percorso Assistenziale Integrato", che si caratterizza per le sinergie che esistono tra le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo.

In tale ambito, sulla base di quanto stabilito dal Piano di Indirizzo, si inserisce il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che "rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in medicina fisica e riabilitativa' in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Elementi essenziali sono sempre rappresentati dalla piena informazione e dalla partecipazione consapevole ed attiva alle scelte ed agli interventi da parte del paziente, della famiglia e del suo contesto di vita. Gli interventi derivanti dal progetto riabilitativo, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi ed indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati

nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver, definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Il medico specialista in riabilitazione (Responsabile clinico del paziente) nella determinazione del Progetto Riabilitativo Individuale deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma. Il medico responsabile garantisce, anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti appartenenti al team, un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregiver ed al medico di famiglia. Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accREDITamento;
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- tempi di verifica e conclusione.

4. Definizione e coordinamento dei percorsi formativi

Tale azione va coordinata e concordata con gli Uffici Formazione competenti delle singole Aziende afferenti, al fine di riservare una parte delle risorse destinate alla formazione al raggiungimento degli obiettivi formativi dipartimentali.

Livelli Organizzativi del Dipartimento di Riabilitazione

L'organizzazione e la gestione del Dipartimento di Riabilitazione è articolata su tre livelli:

- il Direttore del Dipartimento di Riabilitazione, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle

attività del Dipartimento;

- i Dirigenti delle Strutture (Complesse e Semplici) di Medicina Fisica e Riabilitazione con funzione collegiale di programmazione ed organizzazione.

Nell'appendice viene presentata una bozza di Regolamento di Dipartimento.

Appendice

BOZZA DI REGOLAMENTO PER IL DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE

1. Il Dipartimento di Riabilitazione è una organizzazione integrata di Unità Operative (semplici e complesse) omogenee, affini o complementari; esse sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionali.
2. Ogni Unità Operativa ha obiettivi specifici che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. Esse sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive e complete rispetto ai compiti assegnati. Le U. O. adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico.
3. Il riferimento al modello bio-psico-sociale implica per la Riabilitazione l'adozione di una prospettiva sistemica ed il coinvolgimento nel processo di cura, di molte e diverse professionalità. Il Dipartimento quindi integra e sinergizza i contributi dei diversi operatori attraverso un approccio multiprofessionale e interdisciplinare, in maniera da orientare le diverse attività verso obiettivi di salute comuni.
4. Il Dipartimento è retto e coordinato da un Comitato di Dipartimento di cui fanno parte:
 - a. tutti responsabili delle Unità Operative semplici dipartimentali e complesse;
 - b. 1 rappresentante dei dirigenti medici eletto tra quanti afferiscono al Dipartimento;
 - c. 1 rappresentante dell'area delle professioni sanitarie - riabilitative e infermieristiche eletto tra quanti afferiscono al Dipartimento;
 - d. 1 rappresentante dei Direttori di Distretto che afferiscono all'ambito territoriale del Dipartimento;
5. Nel caso in cui il Dipartimento comprenda anche strutture private accreditate;
 - a. il loro rappresentante verrà invitato alle riunioni del Comitato dipartimentale

- senza diritto di voto;
- b. nel caso in cui esista sarà presente anche P.O. di area riabilitativa.
6. Il Comitato di Dipartimento dura in carica 2 anni.
7. Le funzioni del Dipartimento sono:
- a. favorire la realizzazione degli obiettivi affidati al Dipartimento e discussi ed accettati all'interno del Comitato;
 - b. verificare l'andamento dei percorsi assistenziali messi in campo dal Dipartimento;
 - c. controllare la spesa afferente direttamente al Dipartimento.
8. Il Direttore del Dipartimento dura in carica 2 anni non rinnovabili prima di un biennio dalla prima carica. Nelle situazioni in cui il Dipartimento includa un'Azienda Ospedaliera, la nomina del Direttore dovrà essere concordata tra le direzioni aziendali coinvolte.
9. Il Direttore di Dipartimento assolve le seguenti funzioni:
- a. discute gli obiettivi con le Direzioni delle Aziende che compongono il Dipartimento;
 - b. convoca il Comitato almeno 1 volta ogni 2 mesi;
 - c. garantisce il rispetto del regolamento;
 - d. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento;
 - e. redige il resoconto degli obiettivi raggiunti annualmente dal Dipartimento;
 - f. organizza eventi scientifici quali congressi, incontri, pubblicazioni o altro (almeno 1 nel corso del biennio).
10. Il Direttore del Dipartimento non può interferire con la gestione delle risorse assegnate alle varie Unità Operative.



Criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa per le attività di riabilitazione

Enrico Bordoni¹, Riccardo Luzi²

¹Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche; ²Direzione Medica di Presidio - INRCA POR Ancona

Riassunto. Misurare l'appropriatezza clinico organizzativa anche nel settore della riabilitazione, risulta di fondamentale importanza al fine di avviare, anche nella Regione Marche, un processo guidato di efficientamento del settore. L'obiettivo è quello di razionalizzare il sistema per consentire di liberare e rendere disponibili risorse indispensabili a garantire la sostenibilità del SSR e la necessaria assistenza ai cittadini marchigiani.

Parole chiave: appropriatezza clinica ed organizzativa, riabilitazione, razionalizzazione di sistema

Abstract. To be able to measure the clinical and organizational appropriateness in rehabilitation, turns out to be extremely important in order to start, also in the Marche Region, a process of efficiency. The aim is to rationalize the system as to allow to free up resources to ensure the sustainability of the regional health system, as well as the necessary health care to the citizens of the Marche Region.

Keywords: clinical and organizational appropriateness, rehabilitation, system rationalizing

Accompagnare l'individuo a raggiungere il miglior livello di vita possibile, in particolare sul piano fisico e funzionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, è obiettivo fondamentale della riabilitazione. In tal senso la riabilitazione è un processo di soluzione delle problematiche fisiche e funzionali che tuttavia implica l'adattamento del paziente a percorsi/contenitori assistenziali predefiniti.

Fine ultimo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", programmando la realizzazione di tutti gli interventi sanitari necessari a far raggiungere alla persona, le condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto, intendendo per salute quanto indicato nel 1946 dall'OMS ovvero «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», e non soltanto quindi «un'assenza di malattie e di infermità».

Sulla base di questi obiettivi generali, l'intervento si struttura sui differenti livelli organizzativi della medicina riabilitativa che consistono in: trattamento in acuzie, riabilitazione intensiva in post-acuzie, fase di completamento del processo di recupero e fase di mantenimento e/o prevenzione del degrado motorio e funzionale; in sintesi: riabilitazione

intensiva ed estensiva nelle varie sedi di erogazione. Il tutto all'interno di una rete i cui nodi debbono agire in maniera coordinata e regolamentata ed il paziente vi transita secondo regole predefinite.

Il passaggio nei vari contenitori assistenziali predefiniti deve avvenire attraverso una stretta interconnessione dei diversi livelli che dialogano su aspetti specificamente clinici, sfruttando gli aspetti organizzativi delle diverse fasi all'interno di un unico percorso dove il paziente "viaggia". Questa "rete riabilitativa" integrata prevede una organizzazione complessa di strutture/funzioni ospedaliere ed extra-ospedaliere, con la garanzia di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, residenziale, ambulatoriale e domiciliare, il cui mandato viene definito in rapporto al grado di necessità della persona da riabilitare, alla complessità dell'intervento da garantire (professionalità coinvolte, aspetti valutativo-strumentali, definizione e controllo del programma Riabilitativo) al grado di disabilità (compromissione funzionale) ed alla criticità della situazione clinica (necessità o meno di assistenza sanitaria h 24).

Gli ambiti di analisi per orientare il paziente da riabilitare all'interno della rete, nei vari regimi di erogazione in una prospettiva di

appropriatezza, sono prevalentemente:

1. **COMPLESSITÀ CLINICA:** intesa come complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e degli interventi terapeutici proporzionalmente modulati sulla base della complessità e dell'assorbimento di risorse.
2. **DISABILITÀ:** intesa come riduzione/perdita delle capacità funzionali di carattere fisico, motorio e cognitivo, che rendono difficile la partecipazione sociale
3. **MULTIMORBILITÀ:** compresenza di patologie o condizioni patologiche di gravità variabile.

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA, NUOVI CRITERI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICIENZA

A partire dal presupposto secondo cui il ricovero ordinario in riabilitazione intensiva ospedaliera è da considerarsi appropriato quando si verificano almeno due delle seguenti condizioni:

- il paziente è affetto da una disabilità complessa, ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero con la concreta possibilità di recupero neuromotorio e funzionale, che consentono il reinserimento nel proprio contesto familiare
- le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nell'arco delle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutiche a elevata intensità (da parte del personale medico e sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
- il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbilità che impongono una tutela medica e infermieristica costante
- la necessità medico-infermieristica è legata all'esigenza di assicurare trattamenti riabilitativi complessi in condizioni di sicurezza
- sono stati definiti alcuni indicatori per la valutazione di appropriatezza dell'assistenza clinico-organizzativa e di efficienza in tale regime assistenziale.

Grazie al lavoro del Tavolo tecnico appositamente istituito dal Ministero della Salute, sono stati definiti indicatori applicabili al solo contesto della riabilitazione intensiva ospedaliera sulla base informativa delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Gli indicatori individuati riguardano i tre seguenti aspetti: appropriatezza clinica, appropriatezza organizzativa ed efficienza.

Allo stato si tratta ancora di una fase sperimentale; tuttavia un monitoraggio degli indicatori individuati è stato recentemente

inserito tra i criteri di valutazione dell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza da parte delle regioni.

La metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera si basa sulla ricostruzione del "percorso del paziente" distinguendo tra pazienti di riabilitazione che hanno avuto un evento acuto precedente dagli altri pazienti, e individua i seguenti criteri:

- potenziale inappropriata clinica con riferimento alla numerosità di ricoveri ed alle giornate di degenza relativi a correlazione clinica e tipologia della casistica;
- potenziale inappropriata organizzativa, con riferimento alla numerosità dei ricoveri e delle giornate di degenza, relativamente alla durata minima dei ricoveri;
- potenziale inefficienza, con riferimento alla numerosità dei ricoveri e delle giornate di degenza, relativamente alla durata massima dei ricoveri.

In base ad una prima analisi (Tabella), la situazione relativa all'annualità 2010, vede la regione Marche rispetto alle altre regioni, attestarsi in ottima posizione relativamente all'indicatore dell'appropriatezza clinica; in altre parole si ricoverano pazienti appropriati dal punto di vista della correlazione clinica e della tipologia della casistica.

Relativamente all'appropriatezza organizzativa, gli indicatori di sintesi vedono i ricoveri in riabilitazione intensiva ospedaliera eseguiti dalle strutture marchigiane, attestarsi su un livello intermedio a confronto con quelli delle altre regioni. Ciò vale a dire che vengono ricoverati troppi pazienti la cui durata della degenza è inferiore al minimo considerato come appropriato. In altre parole la durata della degenza di un discreto numero di pazienti è troppo ridotta per consentire trattamenti efficaci e pertanto è da considerarsi inappropriata dal punto di vista organizzativo. Relativamente infine all'indicatore sintetico dell'efficienza, anche in questo caso, la regione Marche si inserisce in un livello intermedio rispetto alle altre regioni; ciò vale a dire che si esegue un discreto numero (comunque nella media nazionale) di ricoveri di durata di degenza superiore alla massima considerata come appropriata.

In linea generale, dall'analisi di questi indicatori emerge che la regione Marche si attesta in buona posizione rispetto alle altre regioni italiane, con tuttavia margini di miglioramento del sistema.

In conclusione va comunque evidenziato che si

tratta di un primo tentativo di misurare l'appropriatezza clinico organizzativa del settore della riabilitazione, peraltro limitato al ricovero ospedaliero in regime di intensività. Tuttavia su tale base è possibile avviare, anche nella regione Marche, un processo guidato di efficientamento del settore della riabilitazione,

potenzialmente in grado di garantire, in un momento tanto delicato dal punto di vista delle risorse disponibili, una razionalizzazione del sistema anche al fine di liberare e rendere disponibili risorse indispensabili per garantire la sostenibilità del SSR e, allo stesso tempo, la necessaria assistenza ai cittadini marchigiani.

Quadro sinottico generale - sintesi indicatori principali - Anno 2010

	Indicatore lato domanda	Indicatore lato offerta	Indicatore lato offerta
REGIONI	% INAPPROPRIATEZZA CLINICA	% INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	% INEFFICIENZA
	<i>% Ricoveri al alto rischio di inappropriata clinica</i>	<i>% Ricoveri al alto rischio di inappropriata organizzativa</i>	<i>% giornate di degenza ad alto rischio di inefficienza</i>
VALLE D'AOSTA	12,8	4,1	7,8
LOMBARDIA	16,4	9,5	5,4
PROV AUTONOMA BOLZANO	16,3	12,1	4,6
PROV. AUTONOMA TRENTO	19,2	5,5	3,5
VENETO	17,5	7,6	5,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,4	6,9	12,8
LIGURIA	16,1	18,7	3,5
EMILIA ROMAGNA	18,9	14,3	8,7
TOSCANA	12,5	20,6	4,3
UMBRIA	15,3	14,9	6,5
MARCHE	11,8	10,7	9,2
BASILICATA	11,7	10,8	15,0
SARDEGNA	9,9	10,4	7,4
PIEMONTE*	10,9	5,5	10,1
LAZIO*	15,8	7,6	16,5
ABRUZZO*	12,4	8,9	7,9
MOLISE*	18,5	11,6	6,2
CAMPANIA*	19,5	5,6	15,7
PUGLIA*	18,4	21,5	11,1
CALABRIA*	17,1	20,2	15,9
SICILIA*	20,0	17,1	9,0

*Regioni in PDR



Limiti applicativi e peculiarità dei percorsi riabilitativi dell'ictus

Marinella Baroni, Alessandro Brizzi

UOC Medicina Fisica e Riabilitazione - ASUR Marche, Area Vasta 2, JESI

Riassunto. La necessità di un profilo di cura regionale dell'ictus è ormai noto, sia in relazione all'incidenza della malattia sia all'esigenza di migliorare l'intervento riabilitativo in termini di appropriatezza scientifica, di omologazione regionale del trattamento stesso e di ottimizzare le risorse riabilitative ospedaliere e territoriali, garantendo setting adeguati alle reali necessità, sulla base dei bisogni di cura dei pazienti. Su queste basi si è effettuato uno studio sperimentale nell'ambito della ex Zona Territoriale 5 di Jesi, dal quale è emerso come in caso di utilizzo di un profilo di cura specifico, le risorse in termini di tempestività del trattamento riabilitativo e di utilizzo delle strutture riabilitative vengano utilizzate al meglio, acquisendo vantaggi nella programmazione dei bisogni assistenziali previsti nell'ambito di un profilo di cura dedicato all'ictus.

Parole chiave: ictus, profilo di cura, programmazione dei bisogni

Abstract. The need for a stroke regional care profile is well known, both in relation to the incidence of the disease and the need to improve the rehabilitative intervention in terms of scientific appropriateness, regional homologation of the treatment and for optimizing hospital and territorial rehabilitation resources, ensuring setting adequate to the real needs of patients. On this basis, an experimental study was carried out within the ex Zona Territoriale 5 of Jesi, which showed that using a specific profile of care, the resources, in terms of timeliness of rehabilitation treatment and of utilization of rehabilitation structures, are used to the fullest, gaining advantages in the planning of care needs provided as part of a dedicated to stroke care profile.

Keywords: stroke, care profile, planning of care needs

La notevole rilevanza dello Stroke (prevalenza di 600 casi, incidenza di primo stroke pari a 200 casi l'anno ogni 100.000 abitanti), la residua disabilità in circa il 40% dei pazienti che sopravvive e la necessità di un approccio integrato atto ad ottimizzare le componenti di efficienza e di efficacia e fornire risposte sempre più adeguate ai bisogni del paziente, hanno messo in luce la necessità di stilare dei percorsi riabilitativi di riferimento, basati sulle indicazioni della letteratura scientifica internazionale, dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali, delle Linee Guida Ministeriali per la Riabilitazione, e sulle indicazioni contenute nello SPREAD, accanto a numerose e positive esperienze operative realizzate nel Sistema Sanitario Italiano. Per rispondere al meglio, alle complesse esigenze dei pazienti colpiti da stroke l'esperienza quotidiana e specificamente ospedaliera, insegna che i Fisiatri (così come specialisti afferenti alle altre discipline) impegnati nell'assistenza e nel trattamento di

questi pazienti, è necessario intervengano con tempestività, organicità, globalità ed appropriatezza, nell'ambito del lungo percorso che nasce dall'emergenza e termina nel reinserimento. In questo settore, il fattore "tempo" caratterizza la qualità (e la non-qualità). Fattore inteso come tempestività della presa in cura intensiva per modificare la storia naturale dell'affezione, come tempestività dell'impostazione del Progetto Riabilitativo Individuale per modificare la storia naturale delle menomazioni e disabilità, e come tempestività della presa in carico globale della Persona per modificare la potenzialità di salute da difendere o riconquistare. Tempo però che non deve esser mai scollegato dalla qualità e competenza dei diversi "attori" e dalla appropriatezza di setting assistenziale-riabilitativo nelle diverse fasi, pena la totale inutilità di ogni intervento. Solo un governo complessivo del Piano di Trattamento del paziente basato sulla sinergia responsabile di

strutture idonee operanti tra loro in sinergia, possono essere realmente tutelati i diritti delle Persone colpite da Ictus. E' da questi presupposti che si sono tenuti in Regione numerosi incontri tra "esperti" del settore, con la costituzione di un "Gruppo Tecnico della Riabilitazione" che ha cercato di rendere applicativo il "Piano di Indirizzo". Nasce così, in teoria, negli anni scorsi, il "Profilo di Cura dell'Ictus Regionale" delle Marche, poi rivisto nel 2013, ma mai messo in pratica. Il Percorso Riabilitativo ideato, si proponeva il seguente modello condiviso e

complessivo per la realizzazione organizzativa di questi contenuti. Le fasi del percorso riabilitativo del paziente con stroke, possono essere distinte in: acuta (primi 7-10 giorni), post-acuta precoce/del recupero funzionale (primi 3-6 mesi), post-acuta tardiva/della stabilizzazione (entro l'anno), e degli esiti/dell'assistenza estensiva (dopo l'anno). Per ognuna di queste fasi vengono riportati gli obiettivi terapeutico-assistenziali prioritari e specifici, con il relativo programma operativo, la sede (setting) di svolgimento preferenziale, e

FASE DELL'ACUZIE (primi 7-10 giorni)			
OBIETTIVI RIABILITATIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Prevenzione del danno secondario e terziario Formulazione della prima prognosi funzionale Contenimento della disabilità Organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase di acuzie (Tenendo conto della possibile instabilità clinica)	Reparto Neurologico o Internistico (codici reparti x acuti) Stroke unit Intesa come area dedicata e definita (in assenza di questo requisito si parla di "Stroke Team")	Identificare e trattare i fattori di danno conseguente alla malattia ed alla immobilità Elaborare la prognosi sulla base dei dati lesionali e biologici Progettare il tempo e la sede dell'assistenza futura a seconda del potenziale di recupero e della situazione clinica	Infermieri A consulenza Medico Fisiatra, Team riabilitativo, (fisioterapista, logopedista)

gli operatori in vario modo responsabili dello svolgimento del programma. Il paziente non risulta appropriato per i Reparti di Riabilitazione Intensiva o Istituti di riabilitazione (codice 56; codice 75; RSR intensiva) in presenza di:

- Severa riduzione delle abilità cognitive MMSE<12/30
- Almeno una categoria CIRS con punteggio 4
- Grave comorbilità cardiorespiratoria NYHA≥3/4
- Malattia a prognosi sfavorevole a breve termine
- Grave disabilità preesistente all'ictus cerebrale
- Temporanea o definitiva non recuperabilità
- Disabilità lieve (FIM>95)
- Disabilità grave (FIM<36)

In questi casi i possibili setting alla dimissione dalla UO per acuti sono rappresentati da:

- Lungodegenza post-acuzie (codice 60): in caso di necessità di stabilizzazione clinica e/o grave comorbilità e/o temporanea o definitiva non recuperabilità in ridotta autonomia
- Centro Ambulatoriale di riabilitazione (CAR): in caso di Disabilità lieve (FIM >100)
- Domicilio: in caso di disabilità grave e/o incapacità di sostenere la riabilitazione intensiva, in presenza di buon supporto familiare.

Il trasferimento a strutture di riabilitazione estensiva (RSR estensiva), generalmente al 2-3° mese dall'evento cerebrale acuto, è condizionato dalla persistenza di disabilità

FASE POST-ACUTA PRECOCE (primi 3-6 mesi)			
OBIETTIVI RIABILITATIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Raggiungimento della stabilità dei parametri e delle funzioni vitali Recupero della tolleranza della attività fisica e delle funzioni Remissione dei disturbi comportamentali o cognitivi Addestramento ADL Fornitura e prescrizione di ausili Informazione ed addestramento dei familiari (Tenendo conto della possibile instabilità clinica)	Reparti di Riabilitazione Intensiva o Istituto riabilitativo (codice 56; codice 75; RSR intensiva)	Formulazione del progetto riabilitativo finalizzato all'outcome globale nel cui ambito attuare i programmi riabilitativi con riferimento alle aree di intervento: a) area delle competenze comunicative e cognitive comportamentali b) area della mobilità e trasferimenti c) area dell'autonomia della cura della persona d) area del reinserimento sociale	Medico Fisiatra, Infermiere, Fisioterapista, Ter. Occupaz., Logopedista Ass. sociale, Familiari A consulenza: Medico Neurologo, Medico Cardiologo, Altri specialisti d'organo, Psicologo, Nutrizionista

FASE POST-ACUTA PRECOCE (generalmente primo mese)			
OBIETTIVI RIABILITATIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Stabilizzazione Clinica Gestione della comorbilità Riabilitazione Estensiva Addestramento ADL Fornitura e prescrizione di ausili Informazione ed addestramento dei familiari	UO di Lungodegenza Post-Acuzie (codice 60)	Formulazione del progetto riabilitativo finalizzato in particolare alle seguenti aree di intervento precedentemente indicate, ma con minore impegno riabilitativo e maggiore carico assistenziale	Medico Internista o Geriatra, Infermieri, OSS, Assistente sociale <i>A consulenza</i> Medico Fisiatra, Medici specialisti d'organo, Fisioterapista, Logopedista, Psicologo Nutrizionista

FASE POST-ACUTA TARDIVA / della STABILIZZAZIONE FUNZIONALE(entro l'anno)			
OBIETTIVI RIABILITATIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Perfezionamento o mantenimento delle abilità raggiunte Addestramento ADL Fornitura e prescrizione di ausili Modifica dell'ambiente di residenza Integrazione con l'assistenza territoriale Controllo stabilità dei parametri clinici generali e neurologici	Reparti di riabilitazione estensiva* DH riabilitativo Centri ambulatoriali Domicilio RSA	Si prosegue nella attuazione dei programmi di cui allo schema precedente con i seguenti obiettivi: Completamento acquisizione delle abilità motorie e/o cognitive Adattamento alle attività quotidiane Protezione dai rischi connesse alle disabilità (cadute) Rimodellamento dell'ambiente Addestramento dei familiari per la vita a domicilio Comunicazione al medico curante ed alle strutture sanitarie territoriali Programmazione di controlli e prestazioni a domicilio ed in ambulatorio Valutazioni specialistiche neurologiche e internistiche	Medico di medicina generale, Medico Fisiatra Team riabilitativo (Fisioterapista Logopedista Ter. Occupaz.), Volontariato <i>A consulenza:</i> Medico Neurologo, Altri specialisti d'organo, Psicologo, Assistente sociale, Nutrizionista

FASE POST-ACUTA TARDIVA / della STABILIZZAZIONE (entro l'anno)			
FASE dell'ASSISTENZA ESTENSIVA			
OBIETTIVI RIABILITATIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Mantenimento delle prestazioni acquisite Prevenzione del decadimento funzionale Miglioramento dei settori funzionali a maggior latenza di recupero (linguaggio) Utilizzo dei servizi di supporto e cura domiciliare Esaltazione di una vita attiva	Presidi e centri di riabilitazione* Domicilio* Ambulatorio specialistico RSA Ambiente laico (comuni palestre)	Si prosegue nella attuazione dei programmi di cui allo schema precedente con i seguenti obiettivi: Utilizzo costante delle prestazioni acquisite Controlli periodici di carattere neurologico internistico e riabilitativo Acquisizione di strategie per il massimo inserimento sociale e professionale Trattamento intensivo dei deficit residui emendabili (iad esempio linguaggio) Apprendimento di capacità di superare ostacoli e risolvere problemi Informazione ed aggiornamento con eventuale partecipazione ad associazioni	Medico di medicina generale, Assistente sociale, Psicologo, Associazioni di volontari, Laureati in scienze motorie (AFA) <i>A consulenza:</i> Medico Fisiatra Team riabilitativo (Fisioterapista, Ter. Occupaz.) Medico Neurologo ed altri Specialisti d'organo

residua e dalla sua modificabilità. Una volta raggiunti gli obiettivi riabilitativi i programmi riabilitativi possono essere interrotti. Non ci sono infatti evidenze che tali interventi, effettuati ad oltre un anno dall'ictus, modifichino positivamente la menomazione e la disabilità, se non in genere per un periodo

limitato. Dopo la sospensione della riabilitazione, va favorito il mantenimento / la valorizzazione delle abilità acquisite, anche mediante l'AFA, e la partecipazione sociale per mantenere attiva la persona con ictus, anche attraverso interventi sull'ambiente. E' necessario altresì monitorare nel tempo il

paziente allo scopo di individuare le variazioni delle condizioni cliniche e valutare se ci sono margini per riprendere un programma riabilitativo. Trascorso un anno dall'evento cerebrale acuto, la possibile ripresa dell'intervento riabilitativo può avvenire in presenza ad esempio di:

- Elevato rischio di caduta
- Spasticità invalidante
- Sindrome dolorosa
- Disfagia
- Declino funzionale
- Chirurgia funzionale

La valutazione deve essere effettuata dal gruppo interdisciplinare territoriale.

Questo Profilo non è stato ancora applicato nella pratica clinica quotidiana regionale, ma all'interno dell'Area Vasta 2, nell'ambito dell'ex Zona Territoriale 5 di Jesi (An), non solo si è tentato di seguire le indicazioni del Profilo di Cura dell'Ictus regionale, ma si è anche effettuato uno studio sperimentale sull'appropriatezza del setting assistenziale dopo l'acuzie, che garantisca l'utilizzo appropriato dei setting assistenziali in fase post-acuta, sulla base dei bisogni di cura dei pazienti. Infatti, negli ultimi anni la organizzazione dell'assistenza dedicata a soggetti colpiti da ictus è stata orientata prevalentemente all'approccio alla fase acuta anche se i costi correlati alla malattia sono in gran parte espressi dalla fase ospedaliera e territoriale che segue il trattamento d'urgenza. In assenza di un profilo di cura predefinito, la destinazione dei pazienti è spesso condizionata dalla disponibilità di strutture di accoglienza indipendentemente dalle esigenze specifiche del paziente.

Durante lo studio è stato adottato un profilo di cura dell'ictus che prevede un'unità ictus integrata (Stroke Unit, degenza per acuti e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera - RIO) ed una disponibilità articolata di assistenza territoriale (Residenza Sanitaria Assistenziale - RSA, Lungo-Degenza Post-Acuzie - LD, Assistenza Domiciliare Integrata anche con valenza riabilitativa - ADI, Presidi di Riabilitazione Ambulatoriale- RA). A tali condizioni sono da aggiungere i pazienti che sono dimessi senza disabilità residua (DSD) e che tornano a domicilio senza ulteriore bisogno di assistenza dedicata al di fuori delle misure di prevenzione secondaria del danno vascolare. I criteri di allocazione rispondevano ai requisiti delle Linee-Guida nazionali (Spread) e apparivano congrui con le raccomandazioni dell'American Heart Association (Duncan P. et al. Stroke 2007).

E' stata realizzata un'osservazione prospettica su 1006 pazienti consecutivi ricoverati presso l'Unità Ictus nel corso di 5 anni registrando le sedi di destinazione ed i parametri demografici, clinici, sociali teoricamente correlati alla predizione del setting assistenziale post-acuzie. Quali misure di esito sono state considerate la percentuale di soggetti deambulanti ed i punteggi della Scala di Barthel a tre mesi dall'evento ictale.

Il confronto della distribuzione dei setting in una casistica nazionale di riferimento (studio SIRIO) è stato realizzato attraverso chi-quadro, mentre l'analisi multivariata è stata utilizzata per identificare i predittori del setting di destinazione.

Avendo a disposizione ogni struttura di accoglimento al momento della dimissione, gli 873 pazienti sopravvissuti alla fase acuta dell'ictus sono stati destinati nel 20,6% alla RIO, nel 4,3% alla RSA, nel 23,5% alla LD, nel 19,9% all'ADI, nel 7,9% alla RA, mentre circa un quarto dei sopravvissuti (23,6%) tornavano a domicilio senza ulteriori esigenze assistenziali. Considerando globalmente il fabbisogno riabilitativo nelle sedi intraospedaliera ed extraospedaliera, questo appare necessario nel 76,4% dei sopravvissuti (corrispondenti al 66,3% dei soggetti colpiti da ictus) con gradienti diversi (tre ore al giorno nel RIO, meno di un'ora al giorno nella RSA, LD, RA e nell'ADI). Oltre a ciò può essere definito che un trattamento riabilitativo mirato al recupero dell'autonomia è realizzato nei setting RIO, ADI e RA pari al 48,4% dei soggetti sopravvissuti all'ictus (42% dei soggetti colpiti) mentre nel 27,8 dei pazienti assistiti in strutture di LD o RSA è finalizzato soprattutto al mantenimento dell'autonomia residua e alla prevenzione del degrado funzionale. L'efficacia dell'intervento riabilitativo risultava sovrapponibile a quella descritta in studi analoghi dato che percentuale di soggetti rientrati a domicilio a tre mesi dall'evento era del 78,6% dei sopravvissuti e l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (Barthel Index>80) era raggiunta nel 59,5% dei pazienti.

Il confronto con i casi destinati alla Riabilitazione Intensiva osservati nello studio SIRIO (30,2%) documenta significativa riduzione dell'utilizzo delle risorse assistenziali ad alto costo ($p < .001$). Rispetto alla popolazione di confronto i setting corrispondenti alla Riabilitazione Estensiva (RSA, ADI, RA) e quello di LD possono essere considerati come uniformemente distribuiti nella popolazione dimessa portando ad un risparmio medio quantificabile nella percentuale

del 70% del valore della RIO per ogni soggetto che è stato assegnato a setting diversi.

Quali indicatori predittivi del setting di destinazione post-acuzie, documentabili fin dai primi giorni di degenza nell'unità ictus, risultavano significativi l'età, l'autonomia premorbosa, lo stato funzionale all'esordio e nell'ambito dei parametri clinici, la presenza di coma e la sindrome TACI.

In pratica, dallo studio è emerso come in assenza dell'utilizzo di un profilo di cura, la destinazione a strutture di RIO varia nelle scarse esperienze descritte dal 30 al 35 % dei pazienti sopravvissuti. In alcune realtà tutti i soggetti colpiti da ictus sono trasferiti ad una unità di RIO per poi essere destinati alle sedi più appropriate. Il mancato utilizzo dei setting assistenziali più idonei comporta un impiego di risorse più oneroso e verosimilmente un allungamento dei tempi di degenza ospedaliera ed una minore efficacia delle cure. Oltre a ciò, appare più probabile la scarsa disponibilità di ricezione dei pazienti se questi confluiscono elettivamente nella stessa struttura e rimangono degenti per lungo periodo.

Una gestione integrata ed appropriata delle strutture destinate all'assistenza post-acuzie consente anche di realizzare una programmazione assistenziale più consona alle esigenze dei soggetti che hanno subito un ictus. In conclusione, le esigenze di riabilitazione e le strutture più appropriate nel proseguire l'assistenza ai soggetti colpiti da ictus possono essere previste nell'ambito di un profilo di cura dedicato con vantaggi nella programmazione dei bisogni assistenziali.

Al contrario, la mancanza di un Profilo di Cura condiviso ed usato in tutte le realtà regionali e la diversità di risorse in termini di continuità assistenziale-riabilitativa, con strutture di riabilitazione intensive ed estensive non omogeneamente distribuite sul territorio, fanno sì che a distanza di pochi chilometri, pur permanendo nella stessa Area Vasta, il comportamento nelle dimissioni protette sia completamente diverso. In particolare, l'assenza di una stroke unit all'interno degli ospedali di riferimento e/o l'assenza di lungodegenze e/o RSA, non permettono l'attuazione del profilo ideato in Regione.

Inoltre, la difficoltà di collaborazione del personale sanitario di diverse Unità Operative, pur all'interno della stessa Area Vasta, rimane una delle principali criticità da risolvere.

Infine, la difficoltà critica da superare quotidianamente al momento della dimissione protetta è la condivisione del percorso

riabilitativo con i familiari del paziente stesso, troppo spesso portati ad identificare il "meglio" per il proprio caro nel "più comodo" per i familiari stessi, rivelando la necessità di iniziative culturali volte alla diffusione dei concetti basilari alla riabilitazione post-ictale sovrapponibili a quelli della prevenzione dell'ictus stesso con il controllo dei fattori di rischio cardio-vascolari.



Limiti applicativi e peculiarità dei percorsi riabilitativi dell'anziano con frattura di femore: l'esperienza del presidio ospedaliero di Pesaro

Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Massimo Gunelli, Roberta Bernardini,
Eleonora Gabrielli, Daniela Mancini

UOC di Medicina Riabilitativa, A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord" Fano-Muraglia-Pesaro

Riassunto. Nel presente lavoro viene riportata l'esperienza del Presidio Ospedaliero di Pesaro dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nella gestione riabilitativa del paziente anziano con frattura del femore ricoverato nelle u.o. di ortopedia. Tale fase acuta ospedaliera (generalmente compresa entro 8 giorni), che vede il coinvolgimento di più operatori, si caratterizza per una serie di obiettivi (clinici, riabilitativi, assistenziali), tempi ed azioni ormai ben codificati in letteratura e nella pratica clinica. L'attenzione è stata però posta su un aspetto suscettibile di maggiore variabilità, quale l'organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase della post-acuzie, affidata nel presidio ospedaliero di Pesaro all'équipe riabilitativa ed al Nucleo Dimissioni Protette. Entrambi i team sono chiamati ad operare secondo un profilo di cura formalizzato e condiviso che definisce i ruoli e gli ambiti di intervento e stabilisce le modalità di comunicazione con il territorio (in precedenza concordate). Questa sinergia ha contribuito ad assicurare un reale e piuttosto rapido collegamento con il territorio, contenendo così i tempi di degenza, sebbene la mancanza a tutt'oggi di un sistema informatico di area vasta o regionale di informazione e collegamento tra i vari nodi della rete riabilitativa abbia di fatto comunque influenzato l'efficienza nella continuità delle cure al paziente anziano con esiti di frattura di femore.

Parole chiave: frattura femore, riabilitazione, percorso

Abstract. In the present study we report the experience of the Hospital of Pesaro, part of the "United Hospital Marche Nord" in the rehabilitative management of elderly patients with hip fracture hospitalized in the U.O. of Orthopedics. This acute hospital phase, (generally lasting 8 days), which implies the involvement of several operators, is characterized by a series of objectives (clinical, rehabilitative, and of care), timing and actions now well codified in the literature and in clinical practice. The focus, however, was placed on a potentially more changeable feature, such as the organization of the care response aimed at the post-acute stage, assigned within the hospital of Pesaro to the rehabilitation team and to the Protected Hospital Discharge team. Both teams are required to operate according to an agreed profile of care that defines the roles and areas of intervention and establishes the procedures for communication with the territory (previously agreed). This synergy has helped to ensure a real and rather fast access to the territory, thus limiting the length of hospital stay, although the absence to this day of an information system of the Region or Area Vasta between the various nodes of the network rehabilitation has affected the efficiency in the continuity of care to elderly patients with hip fracture outcomes.

Keywords: hip fracture, rehabilitation, pathway

INTRODUZIONE

La frattura di Femore costituisce la prima causa di ricovero nell'anziano, e di qui il suo grande impatto sull'ospedale e sui servizi territoriali. Le conseguenze possono andare dall'exitus alla completa restituito ad integrum. Tale variabilità è da mettere in rapporto con l'estrema eterogeneità della popolazione anziana e la carenza di standardizzazione dei servizi sanitari. L'obiettivo del trattamento riabilitativo è appunto quello di restituire al paziente una

funzionalità ed un livello di partecipazione simile a quello precedente al trauma.

In realtà la frattura di femore è frequentemente causa di peggioramento funzionale e perdita di indipendenza. Il 50,5% dei pazienti presenta infatti un peggioramento rispetto alla situazione precedente, rappresentando la frattura di femore la quarta causa principale di non autosufficienza nelle femmine e la sesta nei maschi. Costituiscono importanti fattori prognostici di recupero: lo stato mentale, la

mobilità ed in particolare la capacità di spostamento precedenti all'evento traumatico. Inoltre, l'età avanzata, l'iponutrizione e la comorbilità incidono negativamente sul buon esito del trattamento riabilitativo. Infine, in taluni lavori, è stato evidenziato un miglior recupero dei pazienti affetti da fratture mediali rispetto a quelli con fratture laterali, verosimilmente correlato ad una più precoce verticalizzazione. I sopraindicati fattori essendo predittivi nell'anticipare l'efficacia del trattamento riabilitativo, devono essere attentamente determinati per stabilire il setting alla dimissione dalla UO per acuti.

MATERIALI E METODI

Tenuto conto di tale premessa, la presa in carico del paziente con esiti di frattura di femore deve iniziare in fase acuta a partire dalla prima giornata postoperatoria con la mobilitazione precoce, mirata a prevenire le temibili complicanze da ipomobilità (cutanee, muscolari, articolari, vascolari e respiratorie). A tale scopo l'indicazione è di eseguire un corretto posizionamento a letto, frequenti cambi posturali (decubito supino da alternare al decubito laterale sul lato sano) che vede coinvolti il fisioterapista, l'infermiere, e l'oss. Quindi, si procede, ad opera del fisioterapista, con esercizi di rieducazione respiratoria, esercizi a livello dell'arto operato rispettivamente di cauta mobilitazione passiva, attiva assistita di anca, ginocchio e caviglia ed esercizi isometrici per il muscolo

quadricipite. Sempre in prima giornata postoperatoria, se le condizioni clinico-funzionali globali lo consentono può essere iniziata la posizione seduta a letto. Quindi già in seconda giornata post-operatoria il paziente può proseguire con esercizi di equilibrio per il tronco e con il controllo della stazione eretta con carrello ed aiuto fisico del fisioterapista. A partire poi dalla terza giornata p.o. il paziente può riprendere gradualmente la deambulazione con carrello (carico protetto) ed aiuto del fisioterapista, in carico sfiorante o parziale sull'arto operato (a seconda delle indicazioni dello specialista ortopedico). A tale proposito è importante considerare che l'equilibrio e la marcia sono componenti essenziali della mobilità e sono utili indicatori predittivi della valutazione dell'indipendenza funzionale.

Naturalmente tempi riabilitativi così brevi si riferiscono alle migliori condizione possibili (fratture stabili, soggetto collaborante, autonomia precedente, modesta osteoporosi, assenza di eccesso ponderale); negli altri casi le fasi verranno dilazionate secondo le condizioni sfavorevoli presenti. Il programma viene infatti in base alla Radiografia convenzionale di controllo, al dolore ed alla situazione clinica, ovvero in base alla insorgenza di possibili complicanze. Parallelamente sotto il profilo organizzativo si procede, già in seconda-terza giornata post-operatoria, alla elaborazione della prima prognosi funzionale da parte dello specialista fisiatra ed alla pianificazione della dimissione (Tab.1)

Tab.1 Obiettivi riabilitativi da perseguire nella fase acuta all'interno dell'UO di Ortopedia

Obiettivi	Azioni e tempi	Operatori coinvolti
Prevenzione del danno secondario e terziario	Corretto posizionamento Frequenti cambi posturali Mobilizzazione precoce (I giornata post-operatoria)	Fisioterapista, Infermiere, Oss
Contenimento della disabilità	Controllo della posizione seduta a letto (I giornata post-operatoria)	Fisioterapista Infermiere
	Controllo della stazione eretta con carrello (II giornata post-operatoria)	Fisioterapista
	Ripresa graduale della deambulazione con carrello (II giornata post-operatoria)	Fisioterapista
Formulazione della prima prognosi funzionale	Elaborazione della prognosi sulla base del: grado di autonomia precedente, stato mentale, comorbilità, tipo di frattura ... (II - III giornata P.O.)	Fisiatra
Organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase di post-acuzie (Tenendo conto della comorbilità)	Progettazione della sede dell'assistenza futura in base al profilo sanitario, socio-assistenziale ed ambientale del pz, coinvolgendo Nucleo Dimissioni Protette (II - III giornata P.O.)	Fisiatra, Fisioterapista, Infermiere, Assistente sociale, Internista/Geriatra

Le attività dei due team (équipe riabilitativa e Nucleo Dimissioni Protette) sono basate su un profilo aziendale condiviso e codificato che definisce i ruoli, gli ambiti di intervento e gli

obiettivi. La peculiarità nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Pesaro è data proprio dalla esistenza di un Nucleo di Dimissioni Protette strutturato e dedicato e dall'esistenza di un

profilo di cura aziendale in cui sono esplicitate i tempi e le diverse attività da compiere. Pertanto, la pianificazione della dimissione avviene secondo un approccio biopsicosociale in cui vengono definite le caratteristiche sanitarie, socio-assistenziali ed ambientali del paziente e così evidenziate in anticipo le criticità che richiedono azioni organizzative per la continuità delle cure. Si tratta di una valutazione multidimensionale in cui viene indagata non solamente la condizione di salute (severità del danno, comorbidità, abilità motorie, comunicative e cognitive, grado di autonomia, bisogni assistenziali), ma anche i fattori contestuali (personali/ambientali), in modo da fotografare il paziente in tutta la sua complessità. Emergono così le diverse criticità che possono essere appunto di ordine sanitario-riabilitativo, assistenziale e socio-ambientale (si pensi a familiari non disponibili per l'assistenza al domicilio, basso reddito, abitazione inadeguata...). Queste possibili criticità di cui il paziente può essere portatore richiedono una serie di azioni organizzative a garanzia della continuità delle cure. In presenza di pazienti suscettibili di miglioramento funzionale risulta nodale la tempestiva attivazione dei servizi territoriali riabilitativi, che vengono informati attraverso una relazione funzionale completa (comprensiva del progetto riabilitativo e dei relativi programmi attuativi)

redatta dallo specialista fisiatra. La relazione inviata via fax, il più delle volte viene preceduta da un contatto telefonico tra fisiatra ospedaliero e territoriale. Invece, i pazienti più fragili sotto il profilo sanitario, assistenziale e/o sociale vengono affidati al Nucleo Dimissioni Protette, che stabilisce il passaggio del paziente nelle Lungodegenze post-acuzie (tramite contatto diretto con la struttura di accoglienza), oppure nelle strutture e servizi socio-sanitari (RSA, domicilio, Residenze Protette), passando attraverso le Unità Valutative Integrate, con cui vengono condivisi criteri di eleggibilità e di esclusione per l'accesso. Infine per alcuni pazienti, può essere valutato anche l'inserimento in case di Riposo. I possibili setting alla dimissione dall'UO di ortopedia sono pertanto rappresentati da: Riabilitazione Intensiva Ospedaliera (Cod 56) ed extra-ospedaliera (RSR); Riabilitazione Extra-ospedaliera Estensiva (RSR estensiva); Lungodegenza Post-acuzie (Cod 60); RSA; Ambulatorio; Domicilio. La scelta del setting di accoglienza risulta condizionata dal possesso dei seguenti requisiti di ordine prognostico funzionale, assistenziale, clinico e sociale (Tab.2). Gli obiettivi da perseguire, l'area di intervento e gli operatori coinvolti all'interno dei vari setting sopraindicati possono essere riassunti come segue (Tab.3).

Tab.2 Requisiti che determinano la scelta del Setting alla dimissione dalla UO di Ortopedia

Setting	Requisito				Supporto familiare presente
	Presenza potenziale di recupero	Concessione del carico	Carico assistenziale elevato	Stabilità clinica	
Riabilitazione Intensiva (Cod 56; RSR Int)	SI	SI	SI	Indifferente	Indifferente
Riabilitazione Estensiva (RSR Int)	SI	SI	SI	SI	Indifferente
Lungodegenza (Cod 60)	Indifferente	Indifferente	SI	NO	Indifferente
RSA	Indifferente	Indifferente	SI	SI	NO
Riabilitazione Domiciliare	SI	Indifferente	NO	SI	SI
Riabilitazione Ambulatoriale	SI	SI	NO	SI	SI

Tab.3 Obiettivi da perseguire nella fase post-acuta all'interno dei diversi setting

Obiettivi	Azioni di intervento	Operatori coinvolti
Recupero della massima autonomia possibile negli spostamenti Prevenzione del rischio di caduta	Area della mobilità e dei trasferimenti	Fisiatra, Fisioterapista, (Terapista occupazionale), Infermiere
Addestramento ADL Fornitura e prescrizione di ausili Modifica dell'ambiente di residenza	Area dell'autonomia	Fisiatra, Fisioterapista, (Terapista occupazionale), Infermiere, Tecnico ortopedico
Integrazione con l'assistenza territoriale Coinvolgimento del Medico di Medicina Generale Informazione ed addestramento dei familiari	Area del reinserimento sociale	Fisiatra, Medico specialista d'organo, Assistente sociale Fisioterapista, (Terapista occupazionale)
Controllo della stabilità dei parametri clinici generali	Area Clinica	Fisiatra, Altri Specialisti, Medico di Medicina Generale

Infine, per alcuni pazienti anziani con esiti di frattura di femore per i quali la prognosi di recupero funzionale è sfavorevole, con divieto di carico, si può anche decidere di non effettuare alcun trattamento riabilitativo, ma devono essere comunque assicurate tutte le misure assistenziali necessarie. Ad esempio, per la prevenzione delle complicanze da ipomobilità viene garantita la prescrizione e la fornitura di ausili, la informazione e l'addestramento dei familiari. Nel Presidio ospedaliero di Pesaro, facendo riferimento alla casistica dei primi sei mesi del 2012, sono stati presi in carico 144 pazienti anziani con esiti di frattura di femore, 103 femmine e 41 maschi con un'età media pari ad 83 anni.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Nell'esperienza del P.O. di Pesaro, concordemente a quanto affermato in letteratura, il tipo di intervento chirurgico solo in pochi casi ha condizionato la tipologia di setting. Ovviamente, in caso di fratture mediali trattate con viti in cui viene richiesto un prolungato divieto di carico, non è stato mai programmato ricovero in struttura riabilitativa. Invece, i fattori che sono stati determinanti per l'accesso del paziente alle strutture di Riabilitazione intensiva ed estensiva sono stati: l'integrità delle abilità cognitive di base, la motilità ed in particolare la capacità di spostamento precedenti all'evento traumatico, una almeno discreta resistenza allo sforzo (magari riconducibile all'età avanzata, all'iponutrizione oppure alla comorbilità). E proprio a proposito di valutazioni economiche si deve ricordare che nessun paziente con esiti di frattura di femore ha effettuato trattamento riabilitativo fuori regione, ma la maggior parte dei pazienti, precisamente il 91% è stato accolto nelle strutture e servizi afferenti al Pubblico e solo un 8,35% è stato ricoverato nelle strutture riabilitative Private Accreditate. In conclusione, la suddetta organizzazione ha consentito di: prendere in carico i pazienti complessi; distinguere tra bisogni riabilitativi e non (socio-assistenziali) del paziente evitando un utilizzo improprio delle risorse sanitarie riabilitative, favorendo così l'appropriatezza clinica. Ma pur rimanendo complessivamente all'interno dei criteri di appropriatezza è stato possibile rilevare una discreta variabilità nell'utilizzo dei diversi setting riabilitativo-assistenziali a seconda della zona di residenza. Come a dire che la disponibilità di specifiche tipologie di offerta in alcuni territori condizioni di fatto i percorsi ospedale-territorio.

Parallelamente sono stati evidenziati criteri e modalità di accesso non omogenei nelle strutture riabilitative e/o assistenziali della stessa tipologia nelle diverse zone territoriali. Ed ancora è stato riconosciuto un ridotto utilizzo del setting domiciliare per i pazienti con carico consentito, visto che la riabilitazione domiciliare dovrebbe rappresentare l'indirizzo di prima scelta per il paziente anziano fratturato. Infine, nel Presidio Ospedaliero di Pesaro grazie alla coesistenza del team riabilitativo e del Nucleo Dimissioni Protette che operano sinergicamente secondo un profilo formalizzato e condiviso è stato possibile: definire con rapidità il setting alla dimissione dalla u.o. per acuti, assicurare un reale collegamento con il territorio, contenendo così concretamente i tempi di degenza. Naturalmente il turn-over all'interno del complesso ospedale-territorio sarebbe ulteriormente e significativamente favorito dalla possibilità di usufruire di un supporto informatico di area vasta o regionale per il passaggio delle informazioni sul paziente ed in grado di fornire la disponibilità in tempo reale dei posti letto nelle varie strutture riabilitative ed assistenziali. Al momento tale sistema non è però disponibile e neppure fattivamente previsto a livello centrale.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia Sanitaria Regionale: Raccomandazioni della regione Marche per la gestione della frattura di epifisi prossimale di femore; 2006
- A National Clinical Guideline (SIGN publication): Prevention and Management of Hip Fracture in Older People; January 1, 2002
- British Geriatric Society: The National Hip Fracture Database National Report 2010.
- Ceder L, Predicting the success of rehabilitation following hip fractures. *Disability and Rehabilitation* 2005; 27: 1073-1080.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, 10 febbraio 2011: Piano d'indirizzo per la Riabilitazione - 2010
- Haentjens P et al. Survival and functional outcome according to hip fracture type: A one-year prospective cohort study in elderly women with an intertrochanteric or femoral neck fracture. *Bone* 2007; revised 10 July 2007; 21.
- Javier Ortiz-Alonso F, The Pattern of Recovery of Ambulation After Hip Fracture Differs With Age in Elderly Patients *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2012) 67A (6): 690-697 first published online January 4, 2012
- Mak JC, et al. "Evidence based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update" *MJA* 2010, Vol 192: 37-41
- New Zealand Guidelines Group: Acute management and immediate rehabilitation after amongst people aged 65 years and over; June 2003

- Persero L et al. Frattura di femore prossimale: età, comorbidità e prognosi riabilitativa; EurMed Phys 2008; 44 (Suppl.1 to No 3):1-2.
- Scottisch Intercollegiate Guideline Network (SIGN): Prevention and management of hip fracture in older people, 2009. Disponibile a: www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf.
- Vassillios N., Galanokos S., et al "Arthroplasty versus internal fixation for femoral neck fractures in the elderly" Strt Traum Limb Recon 2011, Vol 6:7-12



La riabilitazione respiratoria: esperienza nel Centro di Riabilitazione della Comunità di Capodarco

Piera Antonelli

Comunità di Capodarco, Fermo

Riassunto. La relazione vuole esporre l'esperienza riabilitativa che ha il Centro di Riabilitazione della Comunità di Capodarco di Fermo nel Profilo di cura per la persona malata di SLA nell'Area Vasta n.4 di Fermo. La presa in carico multidisciplinare da parte di un team specialistico evidenzia la realizzazione di un modello operativo di cure integrate Ospedale-territorio. Accanto a questa peculiarità di cura, emergono dei limiti soprattutto in alcune fasi critiche della malattia che necessitano analisi e soluzioni condivise.

Parole chiave: percorso riabilitativo, riabilitazione respiratoria

Abstract. The report wants to expose the rehabilitation experience of the Community of Capodarco Rehabilitation Center of Fermo in the context of the ALS disease care profile within the Area Vasta n.4 of Fermo. The multidisciplinary management developed by a specialized team emphasizes the construction of an integrated model of care between hospital and territory. In addition to this, some limits requiring analysis and shared solutions are highlighted especially in critical stages of the disease.

Keywords: rehabilitation pathway, breathing rehabilitation

Il servizio di riabilitazione respiratoria viene avviato nel '94 per gestire le problematiche respiratorie in pazienti neuromuscolari. Di pari passo il trattamento viene esteso anche a pazienti affetti da patologie respiratorie: BPCO, fibrosi cistica, bronchiectasia, laringectomia, insufficienza respiratoria cronica (ipossiemia o ipossiemia/ipercapnica), fibrosi polmonare, preparazioni ed esiti di intervento chirurgico sulla gabbia toracica (lobectomia, Pneumnectomia, riduzione chirurgica del volume polmonare. Il trattamento è svolto ambulatorialmente e a domicilio (per SLA e gravi insufficienze respiratorie). Consiste in interventi cronologicamente concentrati nella fase post-acuta delle malattie respiratorie ma anche nella gestione integrata delle malattie in fase cronica. L'accesso avviene per lo più da specialisti del territorio e da MMG (è grazie alla collaborazione della D.ssa Calcagni, Pneumologo specialista ambulatoriale, che si è potuto avviare il servizio di riabilitazione). L'equipe di lavoro è costituita da fisioterapisti, consulente pneumologo, fisiatra, infermiere, psicologo. La sede di lavoro è attrezzata per eseguire spirometria, test ergometrici arti superiori ed

inferiori. Ricondizionamento fisico con tapis roulant. Ha inoltre sala per aerosolterapia, applicazione delle tecniche di disostruzione tracheo-bronchiale con lettini, PEP mask, Acapella etc. Misurazione della SaO₂ sia statica che dinamica, della MIP, MEP.

Per l'inquadramento della severità dei deficit respiratori si tiene conto dell'inquadramento di Burrows e Lebowitz, ATS 1991.

Normali: il test è interpretato nei limiti normali se entrambi CV e FEV₁/cv sono nel range normale.

Ostruttivo se il range FEV₁/CV è sotto il range normale. La severità è classificata come segue:

- leggero % Pred FEV₁ <100 e >70
- Moderato % Pred FEV₁ <70 e <60
- Moderatamente severo % pred FEV₁<60 e >34
- Severo % PredFEV₁ >50 e >34
- Molto severo % Pred FEV₁<34

Il deficit restrittivo è interpretato sulla base della CPT o della riduzione della CV come restrizione della escursione volumetrica del polmone. Il paziente è sottoposto a test valutativi all'inizio e fine trattamento e valutazione degli "outcomes".

PFR, SaO₂, Walking test, scala di Borg per la

dispnea, MIP e MEP.

Obiettivo della RR è recuperare i pazienti a uno stile di vita indipendente, produttivo e soddisfacente e impedire l'ulteriore deterioramento clinico compatibile con lo stato di malattia. Ormai è scientificamente provato che i programmi di riabilitazione hanno effetti positivi sulla riduzione della dispnea e sulla tolleranza all'esercizio fisico. Questi risultati sono importanti perchè intervengono sulla qualità della vita, sulla capacità delle persone di poter partecipare nel modo migliore alla proposta della vita sociale. Inoltre i pazienti sottoposti a RR vanno incontro a un minor numero di episodi di riacutizzazione e di ospedalizzazione.

I pazienti colpiti da malattie neuromuscolari e in particolare quelli con SLA hanno un rischio elevato di complicanze polmonari ed è per questo che da subito, dopo la diagnosi, le persone affette da questa patologia vengono indirizzate alla riabilitazione respiratoria.

In Italia si manifestano in media circa tre nuovi casi al giorno e si contano circa sei ammalati ogni 100.000 abitanti. Nelle Marche il tasso è più elevato circa 8 casi su 100.000 con valori superiori per alcune aree regionali soprattutto nella zona di Fermo per la presenza di gruppi di SLA familiare.

Attualmente nella zona territoriale di Fermo sono noti 19 casi con SLA per un tasso di prevalenza di 11 casi su 100.000 nettamente superiore alla media nazionale e regionale. In particolare i malati sono distribuiti nei comuni di Fermo e Porto San Giorgio.

Le persone malate richiedono un setting assistenziale multidisciplinare formato da diverse figure specialistiche. Le cure si intensificano nella fase terminale della malattia. Per dare una risposta a tutte le questioni sollevate da questa malattia la Regione Marche ha deliberato a sett. Del 2009 le "Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) DGR n.1514 del 28/09/2009. La zona territoriale 11 considerate le direttive della delibera regionale e la criticità rappresentata nel proprio territorio dalla presenza di un elevato numero di malati le complicanze respiratorie a cui vanno incontro i malati di SLA, ha deciso di realizzare uno specifico percorso di cura in cui la presa in carico riabilitativa avviene nel Centro di Riabilitazione della Comunità di Capodarco sia nella fase ambulatoriale che domiciliare. La presa in carico riabilitativa risulta continua e costante ed è integrata con gli specialisti territoriali in tutte le sue fasi.

Gli obiettivi nella FASE AMBULATORIALE sono: rallentare la perdita delle attività funzionali motorie, respiratorie, fonatorie e della deglutizione. Contrastare il dolore. individuare e sperimentare ausili e strategie per mantenere le autonomie. Monitorare la funzionalità respiratoria e intervenire in modo appropriato. Addestrare i caregivers ad una corretta assistenza (trasferimenti, passaggi posturali, posture strategiche).

Nella FASE DOMICILIARE che inizia quando il paziente non può più raggiungere la sede ed è in ventilazione invasiva, gli obiettivi sono:

- monitorare il paziente (osservazione e valutazione) per tutta la durata della malattia,
- definire gli interventi necessari, condividere in modo integrato, il percorso assistenziale facilitare le comunicazioni, raccordo con i familiari e badanti.

Tutti gli interventi sono programmati in UVD (unità valutativa domiciliare) e vengono scritti nel PAI: esami, ausili, consulenze specialistiche, bisogni assistenziali, terapia farmacologica.

All'Unità Valutativa Domiciliare partecipano i componenti del TEAM MMG, Neurologo, Fisiatra e Terapista del Centro, Responsabile del Servizio ADI. Gli interventi specialistici sono programmati e eseguiti periodicamente.

La presa in carico multidisciplinare della persona malata di SLA, per la complessità degli interventi da eseguire per tutti gli aspetti che la malattia presenta, ha permesso di realizzare un modello operativo che vede l'integrazione ospedale-territorio. Indispensabile è stata la costituzione di un TEAM specialistico che interviene in modo appropriato in tutte le fasi della malattia. Restano ancora aperti alcuni problemi da risolvere: nelle criticità della malattia, quando sono necessari monitoraggi in fase di adattamento al ventilatore non invasivo, nelle ospedalizzazioni urgenti, quando il malato giunge al P.S.; per le residenzialità temporanee (quando per particolari motivi il familiare non riesce a farsi carico del malato a domicilio).

L'esperienza di continuità assistenziale dell'azienda ospedaliera Marche Nord

Lucia Paoloni, Marina Simoncelli, Donatella Moci, Roberta Bernardini,
Raffaella Tanfulli

UOC Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

Riassunto. All'interno del sistema sanitario italiano, caratterizzato dalla prevalenza di modelli mirati a ridurre la degenza nelle unità operative per acuti e all'uso corretto delle risorse, la nostra realtà locale si è orientata verso una definizione chiara e precisa dei criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione e alla costruzione di un adeguato percorso assistenziale, al fine di recuperare ritardi organizzativi, attraverso una maggiore appropriatezza. Nel Settembre 2009 è stato avviato il processo di integrazione tra l'Azienda Ospedaliera S. Salvatore di Pesaro e il Presidio Ospedaliero di S. Croce di Fano, con la formazione dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord (AO"ORMN"). Tra le missioni della nuova azienda figura anche l'obiettivo di garantire e sviluppare una continuità dei percorsi ospedale-territorio, attraverso la rete integrata di Servizi dell'ASUR, la rete ospedaliera dell'ASUR, e le Strutture Pubbliche e Private accreditate. La rete assistenziale è chiamata anche a consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli assistenziali. All'interno dell'Azienda ospedaliera, lo specialista fisiatra è il professionista naturalmente deputato alla guida del percorso terapeutico - riabilitativo ed a coordinare ed integrare tutte le attività e le diverse professionalità che intervengono nel processo riabilitativo. Si affianca ad esso, nell'assicurare la continuità assistenziale", all'interno dell'AO"ORMN", il Nucleo Dimissione Protette rivolto a governare i flussi e garantire l'appropriatezza dei percorsi di cura per i pazienti non completamente stabilizzati e/o fragili dal punto di vista sanitario e/o assistenziale, per i quali le UO per acuti non ritengono possibile una dimissione ordinaria. Nel presente lavoro vengono illustrate da un lato, le modalità di interazione tra il team riabilitativo, il Nucleo Dimissioni Protette e le unità operative per acuti; e dall'altro, i sistemi di collegamento e di collaborazione con le strutture del territorio attraverso il sostegno di un modello a rete. Tale esperienza ha avuto inizio nel Gennaio 2011, successivamente alla istituzione dell'AO "ORMN", e prosegue a tutt'oggi con un progressivo aumento da parte delle unità operative per acuti della domanda di intervento per garantire la continuità assistenziale. Il tutto correlato all'evidenza del contenimento dei tempi di degenza ed al riconoscimento di una maggiore efficienza ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

Parole chiave: continuità assistenziale, ospedale, territorio

Abstract. The authors describe the organizational model adopted by the Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord, aimed at a clear and precise definition of the criteria for access to rehabilitation services and to the construction of an appropriate care pathway in order to recover organizational delays, through appropriateness criteria. Inside the Hospital, the physiatrist is the professional in charge of guiding the course of the rehabilitation treatment and of coordinating and integrating all activities and the various professionals involved in the rehabilitation process, supported by the Protected Hospital Discharge Team. In the present work either the interacting modalities among the rehabilitation team, the Protected Hospital Discharge Team and acute care units and the connecting systems with the territorial health structures are illustrated.

Keywords: continuity of care, hospital, territory

INTRODUZIONE

L'integrazione ospedale-territorio presuppone una serie di indispensabili condizioni. Il punto di partenza è dato dal sostegno e dal recepimento convinto e fattuale del modello a rete da parte delle Direzioni Aziendali Generali e Sanitarie dell'ospedale e del territorio attraverso

rispettivamente linee guida interaziendali, protocolli e procedure condivise e coordinate. Per l'integrazione risulta altresì fondamentale la condivisione di tale obiettivo da parte delle unità operative di Medicina Riabilitativa ospedaliera e territoriali pubbliche e private accreditate, delle Unità Valutative Integrate

(UVI) e più in generale dei servizi territoriali. Gli strumenti sono dati: da momenti di confronto interaziendali, multi professionali ed interprofessionali istituzionalizzati; dalla creazione di percorsi basati sull'appropriatezza nella definizione dei criteri di accesso alle strutture; dall'attivazione di opportuni strumenti di comunicazione. Si aggiunge la necessità di partecipazione e contrattualità della persona e del nucleo familiare ai programmi di assistenza, nonché l'inserimento attivo del Medico di Medicina Generale. Infine un ulteriore, ormai indispensabile, presupposto consiste nel potenziamento del livello di informatizzazione con l'adozione di modalità nuove di gestione dei dati e comunicazione elettronica all'interno delle strutture della rete.

MATERIALI E METODI

Dal Gennaio 2011 il personale medico dell'UO di Medicina Riabilitativa di Fano, aggregato nell'Azienda Ospedaliera Marche Nord, ha proseguito l'attività di gestione della continuità assistenziale nel presidio ospedaliero di Fano ed ha esportato la metodologia nel presidio ospedaliero di Pesaro, adattandola alle peculiarità ed alle specificità di quest'ultimo. L'attività di collegamento tra Azienda Ospedaliera Marche Nord e territorio è resa possibile, all'interno dei Presidi Ospedalieri di Fano e di Pesaro, dal Team riabilitativo guidato dallo Specialista fisiatra e dal Nucleo Dimissioni Protette. Quest'ultimo è composto dal medico geriatra o internista, dall'infermiere, e dall'assistente sociale. Le due équipes ospedaliere vengono attivate dalle UO per acuti qualora si rilevino rispettivamente bisogni riabilitativi oppure necessità clinico-assistenziali. Pertanto, in presenza di un paziente post-acuto con esiti invalidanti suscettibile di recupero funzionale viene richiesta la valutazione fisiatrica per individuare un percorso riabilitativo. Il fisiatra esegue la valutazione tenendo conto della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua capacità di partecipazione ad un programma riabilitativo intensivo o estensivo. Qualora il paziente venga giudicato appropriato a proseguire il percorso riabilitativo sul territorio, il fisiatra unitamente ai professionisti appartenenti al team, informa, coinvolge ed aggiorna il paziente, la famiglia e/o il caregiver, nonché l'UO di ricovero (nella persona del Direttore o della Coordinatrice Infermieristica), e se necessario, il medico di

famiglia. Il paziente eleggibile per un trattamento riabilitativo di tipo intensivo viene programmato per trasferimento nelle u.o. ospedaliere di Riabilitazione (Cod 56, Cod 75, Cod 28) e le Strutture Extraospedaliere Pubbliche e Private Accreditate. La richiesta ed il trasferimento delle informazioni alla struttura riabilitativa deputata ad accogliere il paziente, avviene sulla base di una Relazione Funzionale redatta dallo specialista fisiatra, che viene inviata via FAX. Spesso l'invio della relazione è preceduto da un contatto telefonico da parte del fisiatra alla struttura ricevente. Nel caso in cui il paziente necessiti invece di una riabilitazione di tipo Estensivo (in regime rispettivamente di ricovero - Cod 60 - o di degenza extraospedaliere, ambulatoriale, o domiciliare), viene informato con le stesse modalità il Servizio di Medicina Riabilitativa del territorio di residenza del paziente. Attualmente nel panorama provinciale e regionale l'offerta riabilitativa è molto varia ed è rappresentata sia da Strutture e Servizi Pubblici che Privati accreditati (Vedi Percorso A e Figura 1)

Percorso A: Percorso riabilitativo del paziente dimesso dalle UUOO per acuti

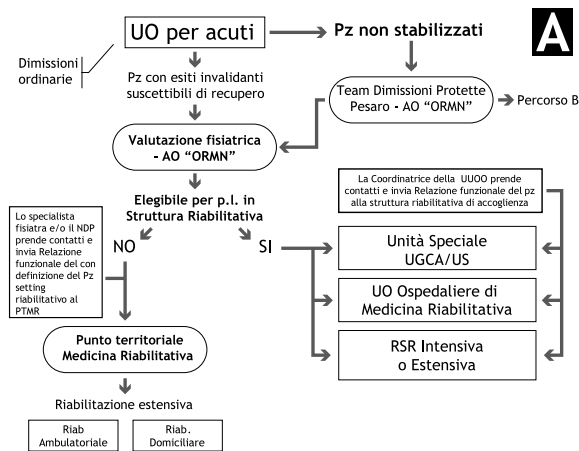


Fig.1 Strutture di riabilitazione presenti in ambito provinciale Pesaro-Urbino

Ospedaliere		Extraospedaliere	
UO Medicina Riabilitativa (Cod. 56) Pergola; Cagli	UO Lungodegenza (Cod. 60) Fossombrone ecc	RSR Estensiva ed Intensiva Galantara; RSR intensiva Macerata Feltria	
Regime Intensivo	Regime Estensivo	Regime Estensivo	Regime Intensivo
↓	↓	↓	↓
con Pz disabilità importanti, complesse e modificabili	non Pz stabilizzati e/o necessitanti di riattivazione funzionale	Pz non auto-sufficienti, con potenzialità di recupero funzionale	Pz con disabilità importanti, complesse e modificabili

Riferimenti: Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione 7 maggio 1998; Legge regione Marche 20/2000; Legge regione Marche 20/2000.

Il Nucleo delle Dimissioni Protette viene invece

attivato per pazienti necessitanti di stabilizzazione clinica e ad elevato impegno assistenziale. Tale Nucleo ospedaliero si raccorda poi con l'Unità Valutativa Integrata (UVI), per consentire l'accesso alle RSA, alle Residenze Protette, alle Case di riposo ed al domicilio. L'UVI possiede infatti una riconosciuta funzione di regia nella definizione dei percorsi più appropriati per i pazienti non autosufficienti provenienti dal domicilio che devono accedere ai servizi territoriali (Vedi Percorso B e Figura 2)

Percorso B: Percorso assistenziale del paziente dimesso dalle UUOO per acuti

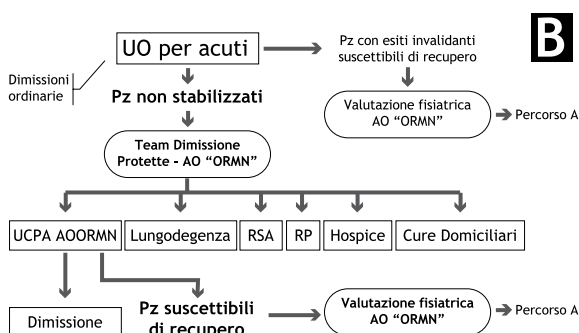


Fig.2 Principali Strutture ospedaliere e territoriali in ambito provinciale deputate ad accogliere il paziente anziano post-acuto non stabilizzato e cronico.

Ospedale	Territorio		
Strutture Sanitarie	Strutture Socio-Sanitarie	Strutture Socio-Assistenziali	Strutture Sociali
UO di Lungodegenza Post-acute (Cod. 60) Fano, Fossombrone, Pergola, Urbino ecc	RSA Galantara, Monbaroccio, Mondavio, Macerata Feltria ecc	Residenza Protetta	Casa di Riposo
Ricovero per Stabilizzazione Clinica e Riabilitazione Estensiva	Ricovero Assistenza medio-alta per non autosuff. Riabilitazione Estensiva	Assistenza medio-alta per non autosuff. Ospitalità	Ospitalità per autosuff. Solidarietà

Riferimenti: Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione 7 maggio 1998; Legge regione Marche 20/2000; Legge regione Marche 20/2000.

Quale strumento per garantire una maggiore appropriatezza clinica ed organizzativa nella presa in carico, sono stati adottati "profili di cura" rispettivamente per la "frattura di femore", la "protesi d'anca" e l'"ictus" definiti a livello aziendale e/o regionale. La continuità assistenziale è stata inoltre perseguita mediante incontri intra e interprofessionali non istituzionalizzati con il territorio, finalizzati alla individuazione delle modalità di comunicazione (comprensive anche di relazioni fisiatriche funzionali, relazione fisioterapica, relazioni cliniche e socio assistenziali, moduli prestampati ...) ed alla identificazione di un responsabile del corretto svolgimento delle procedure. Il successivo passo è stato l'adozione o la condivisione di procedure operative tra ospedale ed territorio, alcune delle quali già in uso in alcune zone territoriali.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Sono trascorsi più di tre anni dall'avvio della collaborazione aziendale tra l'UO di Medicina riabilitativa e il Nucleo Dimissioni Protette, entrambe con funzioni di collegamento con il territorio per garantire la continuità assistenziale post-dimissione dal reparto per acuti. Per pianificare il setting riabilitativo alla dimissione dalle u.o. per acuti dell'Azienda ospedaliera Marche Nord, nel corso dell'anno 2012 sono stati valutati dallo specialista Fisiatra 1073 pazienti (su specifica richiesta del reparto di afferenza), di cui 740 ricoverati nel presidio ospedaliero di Pesaro-Muraglia e di 323 in quello di Fano. La maggior parte delle suddette richieste di consulenza fisiatrica sono risultate clinicamente appropriate; solamente un 2,4% delle richieste di Pesaro-Muraglia ed un 2% a Fano sono risultate incongrue. L'inappropriatezza è risultata riconducibile alla presenza nelle richieste di consulenza riabilitativa di bisogni prioritariamente clinico-assistenziali o francamente sociali, per cui doveva essere attivato il Nucleo Dimissioni Protette.

Successivamente nell'anno 2013 è stato registrato un incremento delle visite fisiatriche effettuate su richiesta dei reparti per acuti per un totale di 1269 consulenze interne, di cui 777 a Pesaro-Muraglia e 492 su Fano, con sostanzialmente invariata percentuale di appropriatezza. Generalmente, il tempo di attesa per la consulenza fisiatrica non supera le 48 ore dalla data di invio della richiesta. Dalla UO di Medicina Riabilitativa viene posta particolare attenzione nell'evadere le richieste provenienti dalla UO di ortopedia e dalla Stroke Unit, in quanto tali reparti ospitano pazienti il più delle volte portatori di disabilità emendabili attraverso l'intervento riabilitativo e presentano anche un accertato più veloce turn-over. Nel frattempo sono stati puntualmente adottati percorsi codificati, procedure condivise tra ospedale e territorio, ricercati momenti di confronto tra i vari professionisti dell'ospedale e del territorio, e di condivisione del progetto riabilitativo con il paziente e la famiglia. Questo ha consentito, accanto alla varietà dell'offerta riabilitativa, un reale collegamento con il territorio secondo criteri di appropriatezza clinica, estesa anche a pazienti complessi. Inoltre è stato possibile contribuire a contenere i tempi di degenza ospedaliera attraverso la rapida definizione del setting alla dimissione. D'altro canto emergono delle criticità rappresentate in primo luogo dal riscontro, nonostante i momenti di confronto, di criteri e modalità di accesso non del tutto omogenei

nelle strutture riabilitative della stessa tipologia nelle diverse zone territoriali. Altro punto debole del percorso è la mancanza di supporto informatico per il passaggio delle informazioni sul paziente (come la relazione fisiatrica) e al tempo stesso in grado di fornire la disponibilità in tempo reale dei posti letto nelle varie strutture riabilitative presenti nell'area vasta. Questo management clinico, apparentemente semplice, nasconde una grande complessità organizzativa, ovvero richiede un coordinamento che significa messa in comune di risorse umane e finanziarie tra i diversi produttori di prestazioni sanitarie e sociali ed adozione di una strategia unitaria per un fine comune. Il coordinamento di per sé implica poi una funzione di regia da parte delle strutture direzionali ovvero, in questo caso, Azienda sanitaria, Dipartimento, Distretto, Comune, mantenendo però al tempo stesso ben presente il principio della libertà di scelta del cittadino sia verso gli operatori che verso le strutture. Chi si trova infatti in condizioni di fragilità chiede giustamente e sempre più a gran voce di partecipare al progetto sul suo stato di salute.

BIBLIOGRAFIA

- Genuini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vasara F. (2005), "Rapporto Sanità 2005" Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari", Il Mulino, Bologna.
- Pesaresi F., Simoncelli M. (2002), "La riabilitazione ospedaliera e la Lungodegenza post-acuzie in Italia", Franco Angeli/Sanità, Milano.
- Elaborazione 2006 Ambrosetti su dati "Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United National Secretariat".
- Gobbi B., "La cronicità il primo Killer", Sole 24 ore Sanità, 18-24 ottobre 2005.
- Maciocco G., Roti L., "Chronic care model, guida per l'assistenza di domani", Sole 24 ore Sanità, 25 aprile-1 maggio 2006.

Normativa regionale

- D.G.R. 24 ottobre 2000, n.2200:L.R.20/2000, art.6 "Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie"
- D.G.R. 31 luglio 2001, n. 1889: L.R. 20/2000, art.15 "Determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Normativa nazionale

- Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 7 maggio 1998: Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione.
- Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 10 febbraio 2011: Piano d'indirizzo per la riabilitazione.

L'esperienza di continuità assistenziale dell'UO Medicina Fisica e Riabilitazione - Pesaro, Asur Marche Area Vasta Nord

Tiziana Pistarelli, Giovanni Augello, Valeria Baldassarre

UOC di Riabilitazione, Ospedale di Pesaro

Riassunto. L'UO Medicina Fisica e Riabilitazione di Pesaro, si occupa dei percorsi riabilitativi sul territorio. L'Unità operativa dispone di una Struttura Riabilitativa Extraospedaliera con un Reparto di Riabilitazione Intensiva ed un Reparto di Riabilitazione Estensiva, di un servizio Ambulatoriale e dell'Assistenza Domiciliare. Data la complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi è stato necessario progettare un percorso unificato che garantisca un'adeguata continuità assistenziale ai pazienti in fase post-acuta provenienti da strutture ospedaliere e private accreditate. In base alla tipologia della patologia, al grado di acuzie o cronicità della patologia, al grado di complessità del paziente da prendere in carico, alla necessità di strumenti valutativi e terapeutici, il Fisiatra definisce il percorso riabilitativo più appropriato al fine di raggiungere gli obiettivi preposti nel Progetto Riabilitativo Individuale del paziente. Tutte le richieste di ricovero presso Residenza Sanitaria Assistenziale "Galantara", corredate da apposita relazione sanitaria completa di Consulenza Fisiatrica vengono presentate all'Unità Valutativa Distrettuale (U.V.D.) che effettua una valutazione multidimensionale del caso. Le richieste per i reparti riabilitativi vengono poi visionate dal Fisiatra, che definisce la tipologia di ricovero più appropriata al caso e comunicherà tempestivamente la data di ricovero in base alla disponibilità di posti letto. Il servizio Ambulatoriale e l'Assistenza Domiciliare in ambito Riabilitativo, prevedono la presa in carico di pazienti cronici o in post-acuzie in possesso di una Valutazione Fisiatrica dalla struttura di provenienza o all'ingresso. La presenza di una rete organizzativa con percorsi prestabiliti ospedale-territorio consente una migliore continuità assistenziale del paziente e la pianificazione di setting riabilitativi appropriati, al fine di ottimizzare l'efficacia del percorso riabilitativo e prevenire la comparsa di ulteriori danni.

Parole chiave: percorsi riabilitativi, rete dei servizi

Abstract. The UO of Physical Medicine and Rehabilitation in Pesaro, is responsible of the territorial rehabilitation processes. Given the complexity of rehabilitation care pathways, it was necessary to design a single path ensuring adequate continuity of care to patients in post-acute phase from hospitals and accredited private structures. The presence of a network with established paths from hospital to territory allows for better continuity of care of the patient and the planning of appropriate rehabilitation setting, in order to maximize the effectiveness of the rehabilitation and prevent the appearance of further damage.

Keywords: rehabilitation care pathways, network of health services

L'UO Medicina Fisica e Riabilitazione di Pesaro, si occupa dei percorsi riabilitativi sul territorio. L'Unità operativa dispone di una struttura Riabilitativa Extraospedaliera con un Reparto di Riabilitazione Estensiva ed un Reparto di Riabilitazione Intensiva (ex art.26), di un servizio Ambulatoriale e dell'Assistenza Riabilitativa Domiciliare. Data la complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi è stato necessario progettare un percorso unificato che garantisca un'adeguata continuità assistenziale ai pazienti in fase post-acuta provenienti da strutture ospedaliere

pubbliche e private accreditate. In base alla tipologia della patologia, al grado di acuzie o cronicità, al grado di complessità del paziente da prendere in carico, alla necessità di strumenti valutativi e terapeutici, il Fisiatra definisce il percorso riabilitativo più appropriato al fine di raggiungere gli obiettivi preposti nel Progetto Individuale del paziente. La Residenza Sanitaria Assistenziale "Galantara" è una struttura sanitaria extraospedaliera, suddivisa in:

- Modulo RSA Medicalizzata/Anziani dedicata ad adulti non autosufficienti non assistibili a domicilio ed affetti da patologie croniche

degenerative che necessitano di trattamenti sanitari a bassa e media complessità

- Modulo RS Riabilitativa di tipo Estensivo ed Intensivo (ex art.26), per pazienti con necessità riabilitative di tipo intensivo/estensivo extraospedaliero.

Le richieste di ricovero nella Residenza Sanitaria Riabilitativa vengono presentate all'Unità Valutativa Distrettuale (U.V.D.) presso il Distretto di Pesaro, corredate da apposita relazione sanitaria. All'U.V.D. Fanno capo quindi le richieste presentate da:

- Nucleo Dimissioni Protette dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord-San Salvatore Pesaro (completa di Consulenza Fisiatrica)
- Struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata regionale ed extraregionale (completa di Consulenza Fisiatrica)
- Struttura Riabilitativa regionale ed extraregionale (completa di Consulenza Fisiatrica)
- Medico di Medicina Generale per pazienti provenienti dal domicilio, previa Consulenza Fisiatrica

L'U.V.D. Effettua una valutazione multidimensionale del caso per definire: l'ammissibilità del richiedente, il Percorso Assistenziale dell'ospite e la figura professionale della struttura che avrà in carico il caso.

Le richieste per i reparti riabilitativi vengono poi visionate dal Fisiatra, che definisce la tipologia di ricovero più appropriata al caso e comunica tempestivamente la data di ricovero in base alla disponibilità di posti letto.

Prima della dimissione il Fisiatra provvede all'organizzazione di un'eventuale prosecuzione del trattamento in regime ambulatoriale o domiciliare e all'eventuale prescrizione di ausili/ortesi indispensabili per il controllo ambientale a domicilio e per ottimizzare le autonomie motorie del paziente.

Il Servizio Ambulatoriale si occupa della presa in carico di pazienti in post-acuzie o cronici inviati da strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate intra ed extraregione (con valutazione fisiatrica) o da strutture riabilitative extraospedaliere, pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con richiesta di Visita Fisiatrica.

Eventuali visite di controllo o alla conclusione del ciclo riabilitativo vengono effettuate dal Fisiatra in base alle condizioni del paziente e/o alla necessità di ortesi/ausili e/o approfondimenti diagnostici.

La tempistica della presa in carico sarà diversa a seconda del grado di acuzie della patologia.

L'Assistenza Riabilitativa Domiciliare, provvede

alla presa in carico i pazienti in post-acuzie o cronici.

Le richieste di trattamento riabilitativo domiciliare, vengono visionate dal Coordinatore dei Fisioterapisti che segnala poi i casi al Fisiatra. Tutti i pazienti che non hanno già una Consulenza Fisiatrica dalla struttura di provenienza, saranno valutati.

I pazienti cronici già noti, che effettuano circa due cicli di trattamento annui, vengono rivalutati in caso di nuove condizioni clinico-riabilitative o nel caso in cui l'ultima valutazione non fosse recente.

La presenza di una rete organizzativa con percorsi prestabiliti ospedale-territorio consente una migliore continuità assistenziale del paziente e la pianificazione di setting riabilitativi appropriati, al fine di ottimizzare l'efficacia del percorso riabilitativo e prevenire la comparsa di ulteriori danni.

Una criticità da segnalare è la ridotta disponibilità di posti letto nel Reparto di Riabilitazione Intensiva rispetto alle richieste provenienti dall'ospedale (10 posti letto piuttosto che 19 previsti) a causa della carenza del personale. Ciò comporta la necessità di inviare i pazienti in località distanti con disagi specie per i familiari che devono prestare assistenza ai loro cari.

Confronto tra AFA e trattamento riabilitativo ambulatoriale classico in soggetti con ictus cerebrale in fase cronica

Maurizio Massucci

UO Riabilitazione Intensiva Ospedaliera, Azienda USL Umbria 1

Riassunto. L'analisi dei dati mette in evidenza come i pazienti in trattamento AFA, al termine di un anno di trattamento, presentino risultati migliori rispetto ai pazienti in trattamento riabilitativo classico, in termini di qualità della vita.

Parole chiave trattamento AFA, riabilitazione, qualità della vita

Abstract. The analysis of data focuses on patients in AFA treatment; after one year of medical treatment they have better results than those in traditional rehabilitation treatment for what concerns quality of life

Keywords: AFA treatment, rehabilitation, quality of life

INTRODUZIONE

Il declino della disabilità motoria nei pazienti con ictus cronico costituisce un problema rilevante per i pazienti e le loro famiglie. Tale calo progressivo delle performance motorie dipende in gran parte da due fattori: il decondizionamento fisico ed il cosiddetto non uso appreso. Il primo fattore attiene alla fisiologica perdita di capacità cardiorespiratoria e muscolare che normalmente è prodotto dalla sedentarietà e dall'età^[1,2]. Esso è ascrivibile prevalentemente ad una calo della capacità muscolare di effettuare lavoro e quindi di consumare ossigeno durante lo sforzo^[3,4]. Si calcola che un emiplegico già dopo poco tempo dalla fase acuta abbia un picco di VO₂ massimo molto inferiore a quello di una persona normale e che si colloca mediamente nel range del consumo di O₂ delle normali attività della vita quotidiana^[5,6]. Il non uso appreso invece è una caratteristica che attiene alla plasticità del SNC il quale adatta e riduce le proprie performance in rapporto alla ridotta capacità funzionale dei segmenti corporei colpiti dalla paresi con conseguente riduzione della rappresentazione corticale degli stessi. Ne deriva anche riduzione della forza dell'attività motoria, modifiche del comportamento motorio tese a utilizzare in maniera compensatoria l'arto controlaterale sano e maggiore fatica del

movimento stesso. Il non uso appreso tende ad essere mantenuto cronicamente ma risulta reversibile con l'esercizio come anche il decondizionamento fisico. In tale contesto di progressiva perdita degli "skills" motori acquisiti durante la prima fase riabilitativa post-acuta, il paziente, in fase di cronicità, richiede continuamente la riabilitazione. In effetti la gran parte degli interventi riabilitativi in fase cronica produce un qualche tipo di miglioramento ma questo è in genere temporaneo^[7,8]. A questo punto come deve essere l'intervento, riabilitativo specifico o un'attività generica? Lo scopo di questa ulteriore indagine sui risultati dell'AFA-ictus è stato quello di verificare se gli indicatori di outcome relativi alla popolazione degli emiplegici trattati a lungo con AFA, in termini di contenimento del declino della disabilità, di menomazione funzionale e di qualità della vita, fossero confrontabili con quelli di un gruppo di soggetti con ictus cronico seguiti in ambulatorio con trattamento riabilitativo usuale.

METODOLOGIA

Sono stati confrontati con uno studio retrospettivo i dati in termini di qualità della vita (EQoL), equilibrio (scala PCBS), menomazione funzionale (Motricity Index), disabilità (Barthel Index) e cammino (10 mtWT).

Sono stati presi in considerazione 17 soggetti in AFA e 10 soggetti con ictus cronico confrontabili sul piano anagrafico clinico e delle condizioni funzionali. Il periodo analizzato è stato di un anno (giugno 2012-giugno 2013). I pazienti non hanno presentato nel periodo di riferimento, comparsa di nuovi eventi cerebrovascolari o altra significativa comorbidità.

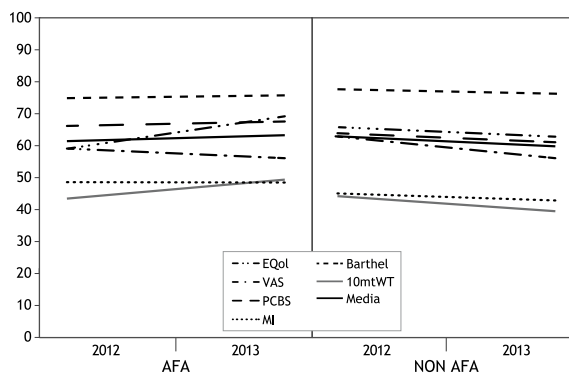
RISULTATI

La tabella seguente riporta i risultati in termini di outcome di un anno di presa in carico di pazienti cronici con ictus cerebrale: una parte ha eseguito AFA e una parte usual care intesa come cicli di trattamento riabilitativo ambulatoriale della durata media di 10 sedute l'uno (mediamente 2 cicli all'anno). I dati di ogni scala di valutazione sono stati rapportati in termini percentuali allo score massimo raggiungibile con la stessa scale di misura.

	AFA		Riabilitazione	
	2012	2013	2012	2013
EQoI	59,0	68,9	65,8	62,7
VAS	58,7	56,1	63,1	55,9
PCBS	66,1	67,7	64,0	61,0
M I	48,7	48,5	45,0	43,0
Barthel	74,5	75,5	77,5	76,0
10mtWT	43,5	49,4	44,3	39,6
Media	61,4	63,3	63,1	59,7

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati si mette in evidenza come i pazienti in AFA al termine del periodo di riferimento di un anno, presentino risultati tendenzialmente migliori di quelli in trattamento riabilitativo classico in termini di qualità della vita (EQoI e VAS), equilibrio (PCBS), disabilità (Barthel Index) e nel cammino (10 mtWT). Non è stato possibile, vista l'esiguità del campione, fare analisi di significatività statistica. Tuttavia l'andamento tendenziale è molto suggestivo per una sostanziale sovrapposibilità di esito dell'AFA versus la riabilitazione usuale. Anzi sull'equilibrio e la qualità della vita il gruppo AFA appare anche migliore. Il grafico seguente riporta gli stessi valori numerici ma rappresentati come andamento visivo tendenziale: è evidente come la media (segmento in nero) dei dati del gruppo AFA sia stabile/migliorativa nel tempo al contrario di quella del gruppo della riabilitazione che appare in lieve calo.



Anche se i risultati di questa indagine sono inficiati dal fatto che le due popolazioni sono numericamente scarse e non sono state bilanciate in termini rigorosamente statistici, tuttavia forniscono dati tendenziali che ci danno indicazioni utili ed interessanti per la pratica quotidiana. Appare infine opportuno effettuare uno studio scientifico più ampio e solido di confronto tra AFA e riabilitazione nel paziente cronico.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelly JO1, Kilbreath SL, Davis GM, Zeman B, Raymond J. Cardiorespiratory fitness and walking ability in subacute stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Dec;84(12):1780-5.
2. Ivey FM1, Macko RF, Ryan AS, Hafer-Macko CE. Cardiovascular health and fitness after stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2005 Winter;12(1):1-16.
3. Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, Gylfadóttir S. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2006 Feb;20(2):97-111
4. Treadmill Macko RF, Ivey FM, Forrester LW, Hanley D, Sorkin JD, Katzel LI, Silver KH, Goldberg AP. Exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke.* 2005 Oct;36(10):2206-11. Epub 2005 Sep 8.
5. MacKay-Lyons MJ, Makrides L. Exercise capacity early after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002 Dec;83(12):1697-702
6. Taub E, Uswatte G, Mark VW, Morris DM. The learned nonuse phenomenon: implications for rehabilitation. *Eura Medicophys.* 2006 Sep;42(3):241-56. Review.
7. Van de Port IG, Wood-Dauphinee S, Lindeman E, Kwakkel G. Effects of exercise training programs on walking competency after stroke: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2007 Nov;86(11):935-51.
8. Pak S, Patten C. Strengthening to promote functional recovery poststroke: an evidence-based review. *Top Stroke Rehabil.* 2008 May-Jun;15(3):177-99.

Attività Fisica Adattata: un problema aperto su cui discutere

Lorenzo Panella, Rossella Costantino, Luca Parravicini, Jacopo Rancati,
Antonello Caserta

UO di Medicina Fisica e Riabilitazione Istituto Ortopedico "G. Pini" - Milano

Riassunto. Appare evidente dalla letteratura come sia oggi preponderante il problema della gestione etica ed economica dei pazienti affetti da patologia cronica e come l'esercizio giochi un ruolo fondamentale nella prevenzione e cura. Le raccomandazioni espresse all'unanimità sia dalla ACSM (American College of Sports Medicine) sia dalla AHA (American Heart Association) riguardo alla frequenza, intensità e durata della ginnastica e dell'attività fisica negli anziani sono generalmente coerenti con quelle espresse dal Ministero della salute (Department of Health and Human Services, DHHS) nella pubblicazione Physical Activity Guidelines for Americans 2008, in cui si consigliano 150'/settimana di attività fisica per conseguire apprezzabili benefici sulla salute. L'Attività fisica adattata può rappresentare una possibile risposta e in linea con la nuova definizione di salute proposta dal BMJ: "capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone".

Parole chiave: Attività Fisica Adattata, esercizio, riabilitazione

Abstract. It seems clear from the literature that the problem of ethic and economic management of patients suffering from chronic disease is nowadays predominant and how exercise plays a vital role in the prevention and treatment. The recommendations made unanimously by both the ACSM (American College of Sports Medicine) and the AHA (American Heart Association) regarding the frequency, intensity and duration of exercise and physical activity in the elderly are generally consistent with those expressed by the Ministry of Health (Department of Health and Human Services, DHHS) in the physical Activity Guidelines for Americans 2008, which recommended 150' / week of physical activity in order to achieve appreciable health benefits. The Adapted physical activity may be a possible answer and in line with the new definition of health given by the BMJ: "ability to adapt and meet the challenges of self-management in social, physical and emotional areas to which life inevitably exposes."

Keywords: Adapted physical activity, exercise, rehabilitation

INTRODUZIONE

Nell'anno 2010, il totale dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera è stato pari a circa 321 mila, di cui l'82% in regime ordinario ed il rimanente 18% in regime diurno, con un'incidenza percentuale della componente privata dell'offerta pari al 69%. La riabilitazione ospedaliera, in Italia, è un fenomeno prevalentemente rivolto a pazienti anziani: i pazienti over 65 rappresentano il 61% della casistica complessiva, valore che si mantiene costante negli anni (dal 2007 al 2010). Questo è l'attuale stato dell'arte così come descritto dal Ministero della Salute nella "Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera" datato febbraio 2013. L'età avanzata, nella maggioranza dei

soggetti con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, fenomeno legato per di più ad un aumento età correlato delle patologie croniche. È stato dimostrato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre i soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie è 5,4. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia organica e l'osteoartrite aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrite e 2,3 per la cardiopatia organica. Con l'invecchiamento la presenza di comorbilità aumenta in maniera significativa, in larga parte perché la frequenza delle malattie croniche aumenta con l'età. Per

esempio, dopo i 65 anni, in pazienti anziani non istituzionalizzati, l'artrosi presentava una prevalenza del 48%, l'ipertensione del 36%, la cardiopatia organica del 27%, il diabete del 10% e l' accidente cerebro-vascolare del 6,5% con una comorbilità di 2 o più patologie nel 35,3% dei soggetti con età tra 65-79 e del 70,2% in soggetti con più di 80 anni 1. Sebbene l'attività fisica non sia in grado di arrestare il processo biologico di invecchiamento, è provato che un regolare esercizio fisico è in grado di ridimensionare le ripercussioni psicologiche di uno stile di vita altrimenti sedentario, nonché di prolungare l'aspettativa di vita arginando lo sviluppo e l'evoluzione di affezioni croniche e di limitazioni invalidanti. Emergono ulteriori evidenze di significativi benefici psicologici e cognitivi derivanti o accresciuti dalla pratica regolare di esercizio fisico da parte dei soggetti più anziani. Idealmente, la prescrizione di ginnastica per la terza età dovrebbe includere esercizi aerobici, di rafforzamento e flessibilità muscolare. Tutti i soggetti in età senile dovrebbero impegnarsi in una regolare attività fisica ed evitare uno stile di vita sedentario e passivo 2. Vi è inoltre una forte evidenza tra inattività fisica ed aumento del rischio di molte patologie croniche tra cui coronaropatie, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro al polmone e al colon retto. Tali rischi diminuiscono con l'aumento dell'attività fisica. Gli effetti negativi della sedentarietà, oltre alle conseguenze negative sulla salute, hanno parallelamente impressionanti conseguenze economiche. Si stima che il costo per anno direttamente imputabile alla assenza di attività fisica sia negli USA una cifra stimata variabile tra i 24 ed i 76 miliardi di dollari, circa il 2,4 e 5% della spesa sanitaria nazionale 3,4,5. Roux e collaboratori hanno valutato il costo-efficacia di strategie rivolte alla popolazione adulta per promuovere l'esercizio verificando l'incidenza di malattia nel corso della vita. La ratio del rapporto costo-efficacia è compresa tra 14.000 e 69.000 dollari per QALY guadagnato, rispetto a nessun intervento. I risultati sono stati sensibili ai costi correlati di intervento e alle dimensioni dell'effetto. Tutti gli interventi di attività fisica valutati sembravano essere in grado di ridurre l'incidenza di malattia e di avere un buon rapporto costo-efficacia rispetto ad altre strategie di prevenzione 6. Appare quindi evidente dalla letteratura come sia oggi preponderante il problema della gestione etica ed economica dei pazienti affetti da patologia cronica e come l'esercizio giochi un ruolo fondamentale nella prevenzione e cura.

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)

Negli anni '40 Ludwig Guttmann (1899 - 1980), neurochirurgo, direttore del National Spinal Injuries Centre dell'ospedale Stoke Mandeville, vicino a Londra, operando con soldati reduci della seconda guerra mondiale si rese conto dell'importanza della pratica motoria e sportiva per la loro riabilitazione. È la nascita dell'APA, Adapted Physical Activity. Nel 1973 il termine APA comparve ufficialmente in Canada, ad opera di Clermond Simard, che lo utilizzò come risposta per definire le richieste particolari della popolazione anziana del Québec. Nel 1975 Jean Claude De Potter importò in Europa le tematiche e le esigenze delle persone con disabilità e si fece promotore di una serie di iniziative che pose all'attenzione degli organismi europei: UNESCO, ministri responsabili dello sport. Nel 1984 compare nella Carta Europea dello sport per tutti, Consiglio d'Europa. Nel 1986 A Berlino fu data la prima vera definizione di APA: "APA comprende ogni movimento, attività fisica o sport che può essere praticato da individui limitati nelle loro capacità da deficit fisici, psicologici, mentali o da alterazioni di alcune grandi funzioni". Solo nel 2000 il Consiglio Mondiale della Scienza dello Sport e dell'Educazione Fisica (ICSSPE, International Council of Sport Science and Physical Education), pubblicò un vademecum nel quale comparve una definizione aggiornata di APA, definita, secondo le direttive europee, come ... un "termine ombrello", usato in tutto il mondo, per individuare un'area interdisciplinare di saperi e di attività che includono l'educazione fisica, il tempo libero, la danza, lo sport, il fitness e la riabilitazione, indirizzati a individui con impedimenti, di qualsiasi età e lungo il ciclo della vita: in esso sono integrate informazioni e risultati di ricerche di sottodiscipline delle scienze del movimento e dello sport (per esempio biomeccanica, psicologia dello sport, pedagogia dello sport ecc.), così come di altre aree scientifiche (medicina, riabilitazione scienze, psicologia ecc.) che si occupano dell'attività fisica e dello sport di persone con bisogni particolari e individui con disabilità.

LA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO ADATTATO

Esiste una sostanziale differenza tra attività fisica ed esercizio: con la prima si indicano movimenti del corpo prodotti dalla contrazione dei muscoli scheletrici e comportanti un aumento del dispendio energetico mentre con "esercizio" (o "ginnastica" e, in senso esteso, "allenamento") si indica una serie di movimenti

ripetitivi, codificati e organizzati volti al miglioramento o al mantenimento di uno o più componenti della forma fisica.

Le raccomandazioni espresse all'unanimità sia dalla ACSM (American College of Sports Medicine) sia dalla AHA (American Heart Association) riguardo alla frequenza, intensità e durata della ginnastica e dell'attività fisica negli anziani sono generalmente coerenti con quelle espresse dal Ministero della salute (Department of Health and Human Services, DHHS) nella pubblicazione *Physical Activity Guidelines for Americans 2008*, in cui si consigliano 150'/settimana di attività fisica per conseguire apprezzabili benefici sulla salute. Nondimeno le tracce fornite dal DHHS rilevano che i benefici dell'attività fisica sono maggiori con l'incremento della relativa intensità, frequenza e/o durata. Le stesse indicazioni per l'attività fisica fornite dalla DHHS sottolineano che, laddove impedito da malattie croniche a svolgere un'attività fisica aerobica di moderata intensità per 150'/settimana, l'anziano dovrebbe comunque svolgere un'attività fisica nella misura consentitagli dalle proprie capacità e condizioni fisiche. Le linee guida citate descrivono in maniera puntuale gli indicatori che definiscono l'esercizio con particolare riferimento alla durata, resistenza, flessibilità ed equilibrio.

Per contro nulla esiste di codificato rispetto al concetto di "adattato". Per meglio definire tale concetto è necessario rifarsi ai principi di base della teoria dell'adattamento:

1. processo fondamentale, interattivo e reciproco di cambiamento fra l'individuo e l'ambiente;
2. processo autogestito o valutato e pianificato ad hoc;
3. prevede la modifica, l'adattamento o l'accomodamento delle relazioni all'interno dell'ecosistema (persona, ambiente, compito);
4. fa riferimento alle opportunità nell'educazione fisica (terapia, tempo libero, esercizio fisico, sport) e nella disponibilità di servizi (dall'integrazione alla separazione).

Nella teoria dell'adattamento ogni attività fisica può essere modificata o adattata e deve svolgersi tenendo conto delle esigenze specifiche dei disabili, e può prevedere modifiche alle componenti seguenti:

1. attrezzature, es. utilizzo di materiali differenti o palloni di misure diverse;
2. ambiente, es. abbassamento dell'altezza della rete o riduzione delle misure di un

campo da gioco;

3. compito, facilitare le attività, modificare il gioco (es. praticare la pallavolo da seduti o spostandosi in carrozzella);
4. regolamenti, es. possibilità di lasciar rimbalzare la palla da tennis due volte prima di rilanciarla (prolungare il tempo per colpire la palla);
5. indicazioni, adattamento alle capacità cognitive, es. fornire istruzioni brevi e semplici; dare un'indicazione alla volta; spostarsi seguendo una linea retta anziché in cerchio.

Questi adattamenti possono essere organizzati in base all'attività e alle condizioni di salute.

L'esercizio, considerando quanto descritto in introduzione per le caratteristiche dell'utenza, dovrà raggruppare pazienti omogenei per funzione e adattato alle specifiche esigenze del singolo.

CONCLUSIONE

Sul *British Medical Journal* un editoriale di Fiona Godlee, che dirige l'autorevole settimanale di informazione scientifica, rilancia il dibattito su che cosa si debba intendere oggi per salute e traccia un resoconto di questo dibattito cominciato nel dicembre 2008 con una conversazione partita sul blog del BMJ. Alex Jadad e Laura O'Grady invitarono a una "conversazione globale" su questo tema che si concluse un anno dopo con un meeting di due giorni in Olanda e la proposta di una nuova definizione di salute che si discostasse da quella formulata nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che così recitava: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in assenza di malattia". Una definizione che esprime una condizione di efficienza psicofisica, che tiene conto anche dei fattori culturali, sociali e politici, e nel corso del tempo è stata commentata, e ne sono state proposte alternative in funzione dell'evoluzione delle conoscenze mediche e del mutato contesto socio-economico e culturale. Aspetti che inevitabilmente s'intrecciano, perché ogni concezione medica della salute dipende da una visione non solo scientifica ma anche filosofica e ideologica del mondo. E da una visione economica. Ma se la nuova definizione di salute proposta dal BMJ significa "capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone", la domanda che viene da farsi è: "come si può costruire e favorire la capacità umana di adattarsi e adeguarsi"? Il dibattito

riveste proporzioni notevoli e l'AFA non può essere la risposta globale ad una simile tematica. Ma la risposta diventa adeguata se, nel nostro settore di osservazione, emerge la capacità da parte degli operatori sanitari di cogliere il problema spiegando al paziente le soluzioni possibili evitando di indurre di rimando un utilizzo inappropriato delle risorse sanitarie come ad esempio il ricorso esasperato del Pronto Soccorso o l'utilizzo dei Servizi di Riabilitazione che svolgono spesso funzioni di ammortizzatore sociale. Vi è a nostro avviso la necessità di riorientare i modelli di cura, spostandoli da un approccio reattivo, in quanto basato sul paradigma "dell'attesa" dell'evento acuto, ad un approccio proattivo, cioè improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia dove, se il comune denominatore è rappresentato dalla funzione (limitazione funzionale del soggetto emiparetico) e non dalla patologia d'organo (ictus) l'esercizio può, nelle sue varie modalità, spesso rappresentare una risposta trovando alternative a chi l'esercizio non è in grado di farlo. Queste alternative integrano risposte attraverso l'organizzazione di laboratori di creatività, attività formative, attività ludico-educative con operatori di diversa formazione e l'obiettivo comune di outcome centrati sul benessere psico fisico del paziente. La multidisciplinarietà ed il lavoro di equipe trova espressione di evidenza con la necessità di definire le competenze e con una comunicazione dei problemi aperti nella stesura del progetto e conseguente programma sulla persona.

West L., Buchner D.M., Cost Effectiveness of Community-Based Physical Activity Interventions. *Am J Prev Med* 2008;35(6):578-588

- La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico Documento Cardiologico di Consenso della Task Force Multisocietaria www.aimgroup.it/2006/fiscardio.

BIBLIOGRAFIA

- Abete P, Testa G, et al. Comorbidity in the elderly: epidemiology and clinical features *G Gerontol* 2004;52:267-272
- Wojtek J. Chodzko-Zajko, David N. Proctor, Maria A. Fiatarone Singh, Christopher T. Minson, Claudio R. Nigg, George J. Salem, James S. Skinner Exercise and Physical Activity for Older Adults *Medicine & Science In Sports & Exercise* 2009 by the American College of Sports Medicine 1510-1530
- Finkelstein EA, Wang G, Lee IM, et al. National and state-specific inactivity attributable medical expenditures for six diseases. Final report prepared for the Centers for Disease Control and Prevention by the Research Triangle Institute. Research Triangle Park NC: CDC and Research Triangle Institute, 2004
- WHO. A global strategy for diet, physical activity, and health. Geneva: WHO, 2004.
- USDHHS. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta GA: CDC, 1996.
- Roux L., Pratt M., Tengs T.O., Yore M.M., Yanagawa T.L., Van Den Bos J., Rutt C., Brownson R.C., Powell K.E., Heath G., Kohl III H.W., Teutsch S., Cawley J., I-Min Lee,

Le figure professionali della riabilitazione tra cooperazione e competizione

Giovanna Vicarelli

CRISS (Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria),
Università Politecnica delle Marche

Riassunto. L'autore illustra il recente dibattito riguardante la definizione dello stato di salute incentrata sulla visione del self-management quale modalità di fronteggiamento della cronicità. Viene sottolineata l'importanza del lavoro di team nella riabilitazione, finalizzato a restituire l'autonomia o consentire un significativo miglioramento della qualità di vita al soggetto, che vede anche un forte coinvolgimento della famiglia e delle persone vicine al paziente. In questa prospettiva, da un lato vanno considerate le conoscenze e le competenze specifiche che ogni soggetto della riabilitazione porta con sé. D'altro lato, tutti i soggetti coinvolti, professionali e non, sono chiamati a mettere in pratica modalità relazionali e cooperative sempre più forti.

Parole chiave: cronicità, self-management, team riabilitativo

Abstract. The author discusses the recent debate on the definition of health status based on the vision of the self-management of chronic illness as a way of coping. The importance of the teamwork in rehabilitation is highlighted, aimed to restore the autonomy or allow a significant improvement in the quality of life of the subject, which also implies a strong involvement of the family and people close to the patient. In this perspective, on the one hand the knowledge and expertise that each person involved in the rehabilitation brings must be considered. On the other hand, all the involved subjects, professional or otherwise, are called to put into practice increasingly strong relational patterns and cooperative modalities.

Keywords: chronicity, self-management, rehabilitation team.

LA RIABILITAZIONE NEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO DEI SISTEMI DI WELFARE OCCIDENTALI

In Italia e nella maggior parte dei paesi occidentali il problema dell'invecchiamento della popolazione si accompagna con la presenza di un numero crescente di persone con una vasta gamma di malattie croniche invalidanti (da quelle cardiovascolari alle varie forme di tumore, dai dializzati ad altre categorie con gravi disabilità congenite o acquisite, ad esempio per incidenti stradali o sul lavoro). Ciò pone il settore della riabilitazione al centro dell'interesse delle politiche sanitarie e della riorganizzazione dei sistemi sanitari. Il livello di disabilità della popolazione di un paese, infatti, incide in modo significativo sulla spesa sanitaria in termini di ospedalizzazione, di consumo dei farmaci, di prestazioni erogate. In tal senso si rende necessario ripensare sia il concetto di salute che l'offerta complessiva dei servizi alla persona (Vicarelli 2011).

Sul primo versante, nel mese di dicembre 2009, all'Aia, in Olanda, le due maggiori istituzioni pubbliche in tema di sanità hanno organizzato una Invitational Conference sul concetto di salute (Huber 2010). L'iniziativa faceva seguito ad un crescente dibattito internazionale sulla necessità di rivedere, o almeno ridiscutere, la definizione di salute stabilita dall'OMS nel 1948. L'idea costituiva era che vi fosse la necessità di passare da una concezione statica ad una più dinamica e funzionale. Il programma della conferenza prevedeva una introduzione generale, uno sguardo al futuro, diversi contributi sugli aspetti fisici, psicologico/comportamentali e sociologici della salute, una ampia discussione e una sintesi conclusiva (Vicarelli 2013). In definitiva, il vasto e qualificato numero di esperti raccolti all'Aia ha ritenuto che la definizione di salute dell'OMS come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità", non fosse più adatta

allo scopo, considerato il radicale cambiamento del quadro nosologico caratterizzato dal dominio delle malattie croniche. La proposta è stata quella di sostituire la storica definizione con: “la capacità di adattarsi e autogestirsi” (Huber 2010).

I risultati della conferenza hanno trovato una eco crescente testimoniata dall'ampio dibattito pubblicato dal BMJ nel 2011 (Godlee 2011; Huber et al. 2011; Shilton et al. 2011; Lewis 2011; Pledger 2011; Tallini 2011), nonché da numerosi altri interventi di carattere internazionale (Green, Allegrante 2011; Dal Col e Koterle 2012; Rydin et al. 2012; Le Reste et al. 2013). Ciò significa che le conclusioni raggiunte all'Aia tendono ad essere considerate come una nuova piattaforma concettuale alla quale guardare nella prospettiva di costruire una rinnovata configurazione di benessere. Il primo passo in questa direzione è quello di caratterizzare la salute rispetto ai tre domini che la identificano: fisico, mentale e sociale. Sul piano fisico un organismo in salute è capace di mantenersi stabile attraverso il cambiamento (allostasi) il che significa trovare nuovi equilibri adattivi pur in condizioni avverse. In ambito mentale il concetto di “sense of coherence” esprime la capacità di un soggetto di far fronte o di guarire da un grave stress psicologico e di prevenire disordini da stress post-traumatico. Il riferimento è alle facoltà individuali di comprendere, gestire e dare significatività a situazioni difficili contribuendo al proprio benessere e ad una interazione positiva tra mente e corpo. Sul piano sociale l'attenzione è posta sulla capacità dei singoli di gestire la propria vita e il proprio lavoro con alcuni gradi di indipendenza al di là delle condizioni difficili di salute. Quest'ultima si presenta come il risultato di un bilanciamento tra opportunità e limiti legati alla dimensione vitale e ai condizionamenti sociali. “Se le persone sono in grado di sviluppare strategie di successo per fronteggiare (coping) le compromissioni del proprio funzionamento correlate all'età - scrivono i partecipanti alla conferenza - la qualità percepita della vita non cambia sostanzialmente, un fenomeno noto come il paradosso della disabilità” (Huber 2010, 8). In questa prospettiva, una visione vincente del self-management vedrebbe il paziente gestire in prima persona la propria malattia, mentre il professionista “acts as a coach” (Huber 2010,8). La visione che i partecipanti alla conferenza dell'AIA hanno ritenuto di dover approfondire, disseminare e soprattutto presentare all'Executive Board dell'OMS appare coerente

con la costruzione di un nuovo apparato cognitivo per leggere le modalità di fronteggiamento della cronicità (Vicarelli 2013). Le malattie croniche - scrive Rafael Bengoa (2010) - non sono ancora sul radar dei sistemi sanitari. Da decenni essi poggiano sulla logica della salvezza (del salvare delle vite) così che sono centrati essenzialmente sulle malattie acute. L'avanzare delle patologie croniche richiede, invece, un cambio di mentalità: passare dall'idea della guarigione rapida a quella della continuità delle cure per tutta la vita. Nascono da qui le strategie che Bengoa propone per i paesi baschi e che sono divenute in pochi anni un punto di riferimento del dibattito internazionale. Il modello prevede investimenti nelle tecnologie dell'informazione, nella formazione/apprendimento da parte dei pazienti, nella medicina basata sulle evidenze, nella gestione integrata delle strutture socio-sanitarie e in una leadership diffusa a livello locale. Bengoa ritiene che il risultato finale di una simile strategia conduca ad un nuovo modo di organizzare la cura con un impatto su tutte le dimensioni del sistema e con una trasformazione strutturale che va al di là della situazione contingente legata alla crisi economico-finanziaria dei primi anni Duemila. Se, infatti, al centro della configurazione del benessere deve essere posta la persona e il suo ambiente, non semplicemente la presa in carico di una malattia, ciò significa lavorare in modo proattivo sui determinanti della salute, così da ridurre l'apparizione e la progressione delle malattie croniche attraverso forme di prevenzione. D'altro canto, la cronicità esige un processo o meglio una continua costruzione sociale dell'individuo e della famiglia i cui bisogni sono eterogenei e a diverso livello di intensità. Dalla diagnosi alle cure intermedie, dalla palliazione al problema del fine vita, tutti gli attori coinvolti necessitano di lunghi periodi di osservazione e di intervento, ben lontani dal ruolo tradizionalmente passivo del paziente o dall'azione rapida e specializzata di un numero limitato di servizi e professionisti.

Con questa articolazione la proposta di Bengoa ben si avvicina ai modelli teorici individuati a livello internazionale per affrontare le patologie croniche: tra questi il Chronic Care Model CCC sviluppato da Ed Wagner e dai suoi collaboratori al MacColl Institute for Healthcare Innovation di Seattle; il modello proposto dall'OMS chiamato ICC (the Innovation Care for Chronic Conditions Framework), nonché la Kaiser Pyramid soprattutto nella forma applicata dal King's Fund in Gran Bretagna. Ciò che tuttavia sembra

contraddistinguere la Strategia Euskadi è la concezione di insieme che essa propone e al tempo stesso la sua operatività concreta. Partendo da una visione di medio termine, si prevedono politiche di presa in carico dei malati cronici e progetti specifici volti ad avviare il cambiamento. D'altro canto, tutta la strategia poggia sul concetto di complessità e sull'idea che debbano avviarsi cambiamenti adattivi che non possono essere imposti per decreto. La maggior parte di questi progetti - scrive Bengoa - necessita di nuove relazioni e collaborazioni tra i differenti attori del sistema di salute. Di conseguenza, la linea da seguire per la sua applicazione è un mix di cambiamenti dal basso verso l'alto e dall'alto verso il basso (Bengoa 2010). Nel complesso, proprio l'approccio multidimensionale che propone Bengoa apre la strada ad una nuova possibile concezione che veda un continuum tra la salute, intesa come promozione, prevenzione e self-care, e la sanità in tutti i suoi aspetti relativi sia alle acuzie che alla cronicità. Una concezione in grado di cogliere, in una cornice unificante, le azioni e i processi necessari per garantire il ben-essere nelle società dei nostri tempi (Vicarelli 2013).

RELAZIONI PROFESSIONALI E RELAZIONI PROFANE IN AMBITO RIABILITATIVO

Stante il quadro sopra delineato, il lavoro in team diventa irrinunciabile nelle nuove organizzazioni socio-sanitarie, indipendentemente da dove esso venga svolto: nei plessi ospedalieri, nelle residenze sanitarie assistenziali, nell'assistenza domiciliare ecc. Tuttavia, nel team riabilitativo vanno concettualmente inseriti anche i pazienti e i loro familiari, secondo una visione della cura che sia il più possibile comprensiva di tutti gli attori in gioco, siano essi professionali che profani. Come ha scritto di recente Ingrosso "Elemento comune nelle varie tipologie di servizio oggi è quello di restituire, laddove possibile, l'autonomia al soggetto in riabilitazione, o comunque consentire un significativo miglioramento della qualità di vita dei soggetti in riabilitazione attraverso un percorso che deve essere concertato in équipe, ma vedere anche il concorso del soggetto in cura, della famiglia e delle persone vicine al paziente" (Ingrosso 2013, 88). In questa prospettiva, da un lato vanno considerate le conoscenze e le competenze specifiche che ogni soggetto della riabilitazione porta con sé. In quest'ultimo senso vanno individuate ed utilizzate anche tutte quelle risorse che scaturiscono dall'esperienza

quotidiana del paziente o di chi, nei processi di cronicità, ne sostiene le attività di cura in ambito domiciliare (caregiver, familiari, amici ecc.). D'altro lato, tutti i soggetti coinvolti, professionali e profani, dovrebbero essere disposti a mettere in pratica modalità relazionali e cooperative sempre più forti. Marco Ingrosso ricorda come tali modalità, riconosciute nei documenti di indirizzo del settore, debbano esprimersi in termini di *interdipendenza*, *interazione* e *integrazione*. Ciò significa partire, nel primo caso, dalla consapevolezza di essere legati agli altri e al destino del gruppo; nel secondo caso dalla accettazione di una reciproca influenza fra i componenti del gruppo e le prestazioni fornite da ciascun soggetto partecipante; nel terzo caso dalla organizzazione di condizioni che dovrebbero consentire il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Da tutto ciò ci si aspetta che scaturisca un *equilibrio relazionale* che, allo stato dei fatti, appare estremamente complesso e di difficile attuazione pur ponendosi come assolutamente necessario rispetto ai nuovi orizzonti organizzativi e culturali dei sistemi sanitari occidentali.

BIBLIOGRAFIA

- Bengoa R. (2010), *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*, Sanidad y Consumo Gobierno Vasco: <http://cronicidad.blog.euskadi.net>
- Dal Col P., Koterle S. (2012), *La salute come capacità di adattamento*, in <http://www.saluteinternazionale.info/>
- Delamaire M.L., Lafortune G. (2010), *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed*
- Godlee F. (2011), *What is health?* in "BMJ", (Online), 343 (7821), art. no. d4817.
- Green L.W., Allegrante J.P. (2011), *Healthy people 1980-2020: Raising the ante decennially or just the name from public health education to health promotion to social determinants?* In "Health Education and Behavior", 38 (6), 558-562.
- Huber M. (2010), *Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health'. Report of the meeting December 10-11, 2009*, The Netherlands Organisation for Health Research and Development and the Health Council of the Netherlands, Hague.
- Huber M. et al. (2011), *How should we define health?* In "BMJ" (Online), 343 (7821), art. no. d4163.
- Ingrosso M. (2013), *Il fisioterapista in Italia. Un professionista della cura riabilitativa*, Roma, Aracne.
- Lewis D.M. (2011), *How should we define health? Who definition of health remains fit for purpose*, in "BMJ" (Online), 343 (7821), art. no. d5357.
- Le Reste J.Y. et al. (2013), *The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature*, in "Journal of the American Medical Directors Association", 14 (5), 319-325.

- Pledger G. (2011), *A working definition of health*, in "BMJ" (Online), 343 (7821), art. no. d5362.
- Rydin Y. *et al.* (2012), *Shaping cities for health: Complexity and the planning of urban environments in the 21st century*, in "The Lancet", 379 (9831), 2079-2108.
- Shilton T. *et al.* (2011), *How should we define health? Proposal for new definition of health*, in "BMJ" (Online), 343 (7821), art. no. d5359.
- Tallini A. (2011), *How should we define health? Health is state of physical, mental, and social wellbeing*, in "BMJ" (Online), 343 (7821), art. no. d5358.
- Vicarelli G. (a cura di) (2011), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G. (a cura di) (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.

Sezione Miscellanea



Le sindromi vertiginose nell'anziano: utilizzo dei core set ICF

Oriano Mercante

UOC di Medicina Riabilitativa INRCA, POR Ancona

Riassunto. Vertigine e disequilibrio sono sintomi di una disfunzione del Sistema Vestibolare che tendono a diventare sempre più frequenti con l'aumentare dell'età. La sindrome vertiginosa risulta di particolare rilevanza in quanto comporta una diminuzione dell'autonomia sociale dei soggetti anziani ed è spesso causa di cadute che possono portare a lesioni talora gravi quali le fratture del femore. Il corretto inquadramento clinico della vertigine è alla base della sua cura e consente di stabilire concretamente una adeguata terapia. Il sistema ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), finalizzato a comprendere e descrivere il funzionamento delle persone e la disabilità, ha recentemente introdotto nuovi Core Set relativi alle vertigini e all'ipoacusia e può essere un valido strumento di diagnosi relativamente a questa importante patologia.

Parole chiave: sindrome vertiginosa, sistema ICF

Abstract. Vertigo and imbalance are symptoms of a dysfunction of the vestibular system, which tend to become more frequent with increasing age. The vertiginous syndrome is quite important resulting in a reduction of social autonomy of the elderly and is often cause of falls, thus leading to serious injuries such as hip fractures. A proper clinical diagnosis of vertigo is the basis of its care allowing to concretely establish an adequate therapy. The ICF system (International Classification of Functioning, Disability and Health), aimed at understanding and describing the functioning of individuals and disability, has recently introduced two new Core set concerning vertigo and ipoacusia and can be considered a valuable diagnostic tool of this important disease.

Keywords: vertiginous syndrome, ICF system

La vertigine e i disturbi dell'equilibrio sono sintomi molto comuni nella popolazione e sono particolarmente frequenti sopra i 40 anni tanto da essere la prima motivazione di una visita medica sopra i 65 anni. La vertigine e i disturbi dell'equilibrio sono i sintomi di una disfunzione (non sempre di una malattia o di una lesione) del Sistema Vestibolare (SV), complesso sistema senso-motorio, filogeneticamente molto antico e molto precoce nello sviluppo embriologico. L'equilibrio umano è una funzione che consente l'interazione dinamica del soggetto con l'ambiente circostante, in armonia con la forza di gravità. Il SV esplica la funzione di equilibrio attraverso differenti sotto-funzioni che si integrano dinamicamente nella vita quotidiana. Esemplificativo della complessità delle interazioni biomeccaniche, neurofisiologiche e cliniche tra rachide e labirinto è il caso del paziente anziano. E' noto che Vertigine e Disequilibrio siano frequenti con l'avanzare

dell'età. Essi sono particolarmente importanti perché diminuiscono l'autonomia sociale dei soggetti anziani e spesso causano cadute, che possono portare a lesioni talora gravi quali le fratture del femore. Le cause sono sempre multifattoriali, sia per quanto riguarda le vertigini e l'instabilità sia l'insicurezza che abitualmente si associa e che contribuisce a ridurre ulteriormente l'autonomia.

La percezione della stabilità del mondo circostante a fronte del nostro movimento, è una dei compiti funzionali fondamentali del Sistema Vestibolare. Nell'anziano la strategia di stabilizzazione del capo è poco efficace per i problemi cervico-artrosici dell'età, per l'impoverimento dell'apparato sensoriale vestibolare e per la riduzione della capacità integrativa dei nuclei vestibolari, il che comporta ritardo e inefficienza dei riflessi compensatori vestibolo-oculomotori con conseguente instabilità del campo visivo e

insicurezza nella deambulazione. La terapia, oltre che farmacologica, dovrebbe quindi essere mirata a migliorare la biomeccanica della colonna in toto, presupposto biomeccanico di una corretta stabilizzazione dinamica della testa.

Per concludere, l'efficienza funzionale del rachide, e della colonna cervicale, in particolare, è indispensabile per una corretta interazione tra capo e tronco e per una corretta integrazione tra segnali labirintici e segnali vertebrali. La postura, cioè la posizione del corpo nello spazio sotto l'azione della gravità è una delle funzioni del SV. Non si possono affrontare e trattare i problemi posturali senza tenere conto della complessità e delle interazioni delle funzioni del SV. E' quindi necessaria, in presenza di vertigine, una diagnosi precisa e l'impiego di adatte terapie, evitando incongrui e a volte pericolosi trattamenti. L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), messo a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è oggi il sistema condiviso a livello internazionale attraverso cui comprendere e descrivere il funzionamento delle persone e la disabilità. Per renderlo applicabile nella pratica clinica e far sì che tale descrizione sia facilmente utilizzabile, sono stati sviluppati i Core Set ICF: liste di categorie ICF, rilevanti per condizioni di salute e contesti di cura specifici, selezionate dall'insieme dell'ICF, seguendo un approccio scientifico basato su studi psicometrici e il coinvolgimento di esperti. I Core Set ICF attualmente disponibili sono i seguenti:

- Neurological-conditions
 - ICF Core Sets for Cerebral Palsy in CY
 - Development of ICF Core Sets for Multiple Sclerosis (MS)
 - Development of ICF Core Sets for Spinal Cord Injury (SCI)
 - Development of ICF Core Sets for Traumatic Brain Injury (TBI)
- Cardiovascular and Respiratory Conditions
 - ICF Core Set for Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
 - ICF Core Set for Obesity
 - ICF Core Set for Diabetes Mellitus
 - ICF Core Set for Stroke
 - ICF Core Set for Chronic Ischaemic Heart Disease
- Cancer
 - ICF Core Sets for patients with Head and Neck Cancer
 - ICF Core Set for Breast Cancer
- Mental-health
 - ICF Core Sets for Bipolar Disorders

- ICF Core Set for Depression
- Musculoskeletal-conditions
 - Development of the ICF Core Sets for Ankylosing Spondylitis
 - ICF Core Set for Chronic Widespread Pain
 - ICF Core Set for Osteoporosis
 - ICF Core Set for Osteoarthritis
 - ICF Core Set for Low Back Pain
 - ICF Core Set for Rheumatoid Arthritis
- Diverse-situations
 - Generic and Disability Sets
 - ICF Core Sets for Vocational Rehabilitation
- Other-health-conditions
 - ICF Core Set for Autism Spectrum Disorder (ASD)
 - ICF Core Set for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
 - ICF Core Set for Vertigo
 - ICF Core Set for Hearing Loss
 - ICF Core Set for Inflammatory Bowel Diseases
 - ICF Core Set for Sleep
 - ICF Core Set for persons following an amputation
 - ICF Core Set for Hand Conditions

Gli ultimi Core Set redatti sono appunti di interesse otorinolaringoiatrico, cioè quelli relativi alle vertigini e all'ipoacusia. Il Comprehensive e il Brief ICF CORE SET per la vertigine sono riportati rispettivamente in allegato A e B.

Da un'analisi dei Core Set stessi, in particolare del Brief, data la relativa numerosità degli items rispetto agli altri Core Set, si evince come la patologia sia di difficile definizione tanto che richiede ben 9 items per le Funzioni Corporee, 4 per le Strutture Corporee, 10 per Attività e Partecipazione e 6 per i Fattori Ambientali. Facendo un confronto con una patologia importante come lo Stroke.

	Vertigini	Stroke
BODY FUNCTIONS	9	4
BODY STRUCTURES	4	1
ACTIVITIES AND PARTECIPATION	10	4
ENVIRONMENTAL FACTORS	6	1

Appare evidente come per la vertigine vi sia una maggiore difficoltà classificatoria per essendo la patologia meno grave.

La novità dello strumento non permette ancora di fare valutazioni. Rimane solo da applicarlo e valutare l'apporto dello stesso nella pratica clinica, tenendo conto che un corretto inquadramento clinico della vertigine è alla base della sua cura e consente di stabilire concretamente una adeguata terapia.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ICF Core Set for patients with vertigo, dizziness and balance disorders (2012) Grill E, Bronstein A, Furman J, Zee DS, Müller M. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for patients with vertigo, dizziness and balance disorders. J Vestib ... Created on 04 February 2013
- ICF Core Set for Vertigo (Other Health Conditions) Vertigo is frequently described as a consequence or side effect of defined entities such as cardiovascular, infectious, neurological and otological disease. Nevertheless, vertigo and dizziness are also ... Created on 08 May 2012
- Core Set ICF. Manuale per la pratica clinica a cura di Jerome Bickenbach, Alarcos Cieza, Alexandra Rauch e Gerold Stucki. Giunti OS Editore, 2012 4. ICF versione breve. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute Centro Studi Erickson, 2004
- ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute Centro Studi Erickson, 2002
- <http://www.icf-research-branch.org/download/viewcategory/5.html>

Allegato 1 - COMPREHENSIVE ICF CORE SET for VERTIGO - N= 100 categories

BODY FUNCTIONS (N=25) = physiological functions of body systems (including psychological functions)	
b126	Temperament and personality functions General mental functions of constitutional disposition of the individual to react in a particular way to situations, including the set of mental characteristics that makes the individual distinct from others. <i>Inclusions: functions of extraversion, introversion, agreeableness, conscientiousness, psychic and emotional stability, and openness to experience; optimism; novelty seeking; confidence; trustworthiness</i> <i>Exclusions: intellectual functions (b117); energy and drive functions (b130); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152)</i>
b130	Energy and drive functions General mental functions of physiological and psychological mechanisms that cause the individual to move towards satisfying specific needs and general goals in a persistent manner. <i>Inclusions: functions of energy level, motivation, appetite, craving (including craving for substances that can be abused), and impulse control</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); temperament and personality functions (b126); sleep functions (b134); psychomotor functions (b147); emotional functions (b152)</i>
b134	Sleep functions General mental functions of periodic, reversible and selective physical and mental disengagement from one's immediate environment accompanied by characteristic physiological changes. <i>Inclusions: functions of amount of sleeping, and onset, maintenance and quality of sleep; functions involving the sleep cycle, such as in insomnia, hypersomnia and narcolepsy</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); energy and drive functions (b130); attention functions (b140); psychomotor functions (b147)</i>
b140	Attention functions Specific mental functions of focusing on an external stimulus or internal experience for the required period of time. <i>Inclusions: functions of sustaining attention, shifting attention, dividing attention, sharing attention; concentration; distractibility</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); energy and drive functions (b130); sleep functions (b134); memory functions (b144); psychomotor functions (b147); perceptual functions (b156)</i>
b144	Memory functions Specific mental functions of registering and storing information and retrieving it as needed. <i>Inclusions: functions of short-term and long-term memory, immediate, recent and remote memory; memory span; retrieval of memory; remembering; functions used in recalling and learning, such as in nominal, selective and dissociative amnesia</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); orientation functions (b114); intellectual functions (b117); attention functions (b140); perceptual functions (b156); thought functions (b160); higher-level cognitive functions (b164); mental functions of language (b167); calculation functions (b172)</i>
b152	Emotional functions Specific mental functions related to the feeling and affective components of the processes of the mind. <i>Inclusions: functions of appropriateness of emotion, regulation and range of emotion; affect; sadness, happiness, love, fear, anger, hate, tension, anxiety, joy, sorrow; lability of emotion; flattening of affect</i> <i>Exclusions: temperament and personality functions (b126); energy and drive functions (b130)</i>
b156	Perceptual functions Specific mental functions of recognizing and interpreting sensory stimuli. <i>Inclusions: functions of auditory, visual, olfactory, gustatory, tactile and visuospatial perception, such as hallucination or illusion</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); orientation functions (b114); attention functions (b140); memory functions (b144); mental functions of language (b167); seeing and related functions (b210-b229); hearing and vestibular functions (b230-b249); additional sensory functions (b250-b279)</i>
b180	Experience of self and time functions Specific mental functions related to the awareness of one's identity, one's body, one's position in the reality of one's environment and of time. <i>Inclusions: functions of experience of self, body image and time</i>
b210	Seeing functions

	<p>Sensory functions relating to sensing the presence of light and sensing the form, size, shape and colour of the visual stimuli. <i>Inclusions: visual acuity functions; visual field functions; quality of vision; functions of sensing light and colour, visual acuity of distant and near vision, monocular and binocular vision; visual picture quality; impairments such as myopia, hypermetropia, astigmatism, hemianopia, colour-blindness, tunnel vision, central and peripheral scotoma, diplopia, night blindness and impaired adaptability to light</i> <i>Exclusion: perceptual functions (b156)</i></p>
b215	<p>Functions of structures adjoining the eye</p> <p>Functions of structures in and around the eye that facilitate seeing functions. <i>Inclusions: functions of internal muscles of the eye, eyelid, external muscles of the eye, including voluntary and tracking movements and fixation of the eye, lachrymal glands, accommodation, pupillary reflex; impairments such as in nystagmus, xerophthalmia and ptosis</i> <i>Exclusions: seeing functions (b210); Chapter 7 Neuromusculoskeletal and Movement-related Functions</i></p>
b230	<p>Hearing functions</p> <p>Sensory functions relating to sensing the presence of sounds and discriminating the location, pitch, loudness and quality of sounds. <i>Inclusions: functions of hearing, auditory discrimination, localization of sound source, lateralization of sound, speech discrimination; impairments such as deafness, hearing impairment and hearing loss</i> <i>Exclusions: perceptual functions (b156) and mental functions of language (b167)</i></p>
b235	<p>Vestibular functions</p> <p>Sensory functions of the inner ear related to position, balance and movement. <i>Inclusions: functions of position and positional sense; functions of balance of the body and movement</i> <i>Exclusion: sensations associated with hearing and vestibular functions (b240)</i></p>
b240	<p>Sensations associated with hearing and vestibular functions</p> <p>Sensations of dizziness, falling, tinnitus and vertigo. <i>Inclusions: sensations of ringing in ears, irritation in ear, aural pressure, nausea associated with dizziness or vertigo</i> <i>Exclusions: vestibular functions (b235); sensation of pain (b280)</i></p>
b260	<p>Proprioceptive function</p> <p>Sensory functions of sensing the relative position of body parts. <i>Inclusions: functions of statesthesia and kinaesthesia</i> <i>Exclusions: vestibular functions (b235); sensations related to muscles and movement functions (b780)</i></p>
b265	<p>Touch function</p> <p>Sensory functions of sensing surfaces and their texture or quality. <i>Inclusions: functions of touching, feeling of touch; impairments such as numbness, anaesthesia, tingling, paraesthesia and hyperaesthesia</i> <i>Exclusions: sensory functions related to temperature and other stimuli (b270)</i></p>
b280	<p>Sensation of pain</p> <p>Sensation of unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure. <i>Inclusions: sensations of generalized or localized pain in one or more body part, pain in a dermatome, stabbing pain, burning pain, dull pain, aching pain; impairments such as myalgia, analgesia and hyperalgesia</i></p>
b410	<p>Heart functions</p> <p>Functions of pumping the blood in adequate or required amounts and pressure throughout the body. <i>Inclusions: functions of heart rate, rhythm and output; contraction force of ventricular muscles; functions of heart valves; pumping the blood through the pulmonary circuit; dynamics of circulation to the heart; impairments such as tachycardia, bradycardia and irregular heart beat and as in heart failure, cardiomyopathy, myocarditis and coronary insufficiency</i> <i>Exclusions: blood vessel functions (b415); blood pressure functions (b420); exercise tolerance functions (b455)</i></p>
b420	<p>Blood pressure functions</p> <p>Functions of maintaining the pressure of blood within the arteries. <i>Inclusions: functions of maintenance of blood pressure; increased and decreased blood pressure; impairments such as in hypotension, hypertension and postural hypotension</i> <i>Exclusions: heart functions (b410); blood vessel functions (b415); exercise tolerance functions (b455)</i></p>
b455	<p>Exercise tolerance functions</p> <p>Functions related to respiratory and cardiovascular capacity as required for enduring physical exertion. <i>Inclusions: functions of physical endurance, aerobic capacity, stamina and fatiguability</i> <i>Exclusions: functions of the cardiovascular system (b410-b429); haematological system functions (b430); respiration functions (b440); respiratory muscle functions (b445); additional respiratory functions (b450)</i></p>
b460	<p>Sensations associated with cardiovascular and respiratory functions</p> <p>Sensations such as missing a heart beat, palpitation and shortness of breath. <i>Inclusions: sensations of tightness of chest, feelings of irregular beat, dyspnoea, air hunger, choking, gagging and wheezing</i> <i>Exclusion: sensation of pain (b280)</i></p>
b710	<p>Mobility of joint functions</p> <p>Functions of the range and ease of movement of a joint. <i>Inclusions: functions of mobility of single or several joints, vertebral, shoulder, elbow, wrist, hip, knee, ankle, small joints of hands and feet; mobility of joints generalized; impairments such as in hypermobility of joints, frozen joints, frozen shoulder, arthritis</i> <i>Exclusions: stability of joint functions (b715); control of voluntary movement functions (b760)</i></p>
b730	<p>Muscle power functions</p>

	<p>Functions related to the force generated by the contraction of a muscle or muscle groups. <i>Inclusions: functions associated with the power of specific muscles and muscle groups, muscles of one limb, one side of the body, the lower half of the body, all limbs, the trunk and the body as a whole; impairments such as weakness of small muscles in feet and hands, muscle paresis, muscle paralysis, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, quadriplegia and akinetic mutism</i> <i>Exclusions: functions of structures adjoining the eye (b215); muscle tone functions (b735); muscle endurance functions (b740)</i></p>
b735	<p>Muscle tone functions</p> <p>Functions related to the tension present in the resting muscles and the resistance offered when trying to move the muscles passively. <i>Inclusions: functions associated with the tension of isolated muscles and muscle groups, muscles of one limb, one side of the body and the lower half of the body, muscles of all limbs, muscles of the trunk, and all muscles of the body; impairments such as hypotonia, hypertonia and muscle spasticity</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); muscle endurance functions (b740)</i></p>
b760	<p>Control of voluntary movement functions</p> <p>Functions associated with control over and coordination of voluntary movements. <i>Inclusions: functions of control of simple voluntary movements and of complex voluntary movements, coordination of voluntary movements, supportive functions of arm or leg, right left motor coordination, eye hand coordination, eye foot coordination; impairments such as control and coordination problems, e.g. dysdiadochokinesia</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); involuntary movement functions (b765); gait pattern functions (b770)</i></p>
b770	<p>Gait pattern functions</p>
	<p>Functions of movement patterns associated with walking, running or other whole body movements. <i>Inclusions: walking patterns and running patterns; impairments such as spastic gait, hemiplegic gait, paraplegic gait, asymmetric gait, limping and stiff gait pattern</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); muscle tone functions (b735); control of voluntary movement functions (b760); involuntary movement functions (b765)</i></p>
	<p>BODY STRUCTURES (N=6) = anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components</p>
s110	Structure of brain
s120	Spinal cord and related structures
s260	Structure of inner ear
S410	Structure of cardiovascular system
s710	Structure of head and neck region
	<p>ACTIVITIES AND PARTICIPATION (N=40) = execution of a task or action by an individual and involvement in a life situation</p>
d110	<p>Watching</p> <p>Using the sense of seeing intentionally to experience visual stimuli, such as watching a sporting event or children playing.</p>
d115	<p>Listening</p> <p>Using the sense of hearing intentionally to experience auditory stimuli, such as listening to a radio, music or a lecture.</p>
d160	<p>Focusing attention</p> <p>Intentionally focusing on specific stimuli, such as by filtering out distracting noises.</p>
d166	<p>Reading</p> <p>Performing activities involved in the comprehension and interpretation of written language (e.g. books, instructions or newspapers in text or Braille), for the purpose of obtaining general knowledge or specific information. <i>Exclusion: learning to read (d140)</i></p>
d220	<p>Undertaking multiple tasks</p> <p>Carrying out simple or complex and coordinated actions as components of multiple, integrated and complex tasks in sequence or simultaneously. <i>Inclusions: undertaking multiple tasks; completing multiple tasks; undertaking multiple tasks independently and in a group</i> <i>Exclusions: acquiring skills (d155); solving problems (d175); making decisions (d177); undertaking a single task (d210)</i></p>
d230	<p>Carrying out daily routine</p> <p>Carrying out simple or complex and coordinated actions in order to plan, manage and complete the requirements of day-to-day procedures or duties, such as budgeting time and making plans for separate activities throughout the day. <i>Inclusions: managing and completing the daily routine; managing one's own activity level</i> <i>Exclusion: undertaking multiple tasks (d220)</i></p>
d240	<p>Handling stress and other psychological demands</p> <p>Carrying out simple or complex and coordinated actions to manage and control the psychological demands required to carry out tasks demanding significant responsibilities and involving stress, distraction, or crises, such as driving a vehicle during heavy traffic or taking care of many children. <i>Inclusions: handling responsibilities; handling stress and crisis</i></p>
d350	<p>Conversation</p> <p>Starting, sustaining and ending an interchange of thoughts and ideas, carried out by means of spoken, written, sign or other forms of language, with one or more people one knows or who are strangers, in formal or casual settings. <i>Inclusions: starting, sustaining and ending a conversation; conversing with one or many people</i></p>
d360	<p>Using communication devices and techniques</p> <p>Using devices, techniques and other means for the purposes of communicating, such as calling a friend on the telephone. <i>Inclusions: using telecommunication devices, using writing machines and communication techniques</i></p>

d410	Changing basic body position
	Getting into and out of a body position and moving from one location to another, such as getting up out of a chair to lie down on a bed, and getting into and out of positions of kneeling or squatting. <i>Inclusion: changing body position from lying down, from squatting or kneeling, from sitting or standing, bending and shifting the body's centre of gravity</i> <i>Exclusion: transferring oneself (d420)</i>
d415	Maintaining a body position
	Staying in the same body position as required, such as remaining seated or remaining standing for work or school. <i>Inclusions: maintaining a lying, squatting, kneeling, sitting and standing position</i>
d420	Transferring oneself
	Moving from one surface to another, such as sliding along a bench or moving from a bed to a chair, without changing body position. <i>Inclusion: transferring oneself while sitting or lying</i> <i>Exclusion: changing basic body position (d410)</i>
d430	Lifting and carrying objects
	Raising up an object or taking something from one place to another, such as when lifting a cup or carrying a child from one room to another. <i>Inclusions: lifting, carrying in the hands or arms, or on shoulders, hip, back or head; putting down</i>
d445	Hand and arm use
	Performing the coordinated actions required to move objects or to manipulate them by using hands and arms, such as when turning door handles or throwing or catching an object <i>Inclusions: pulling or pushing objects; reaching; turning or twisting the hands or arms; throwing; catching</i> <i>Exclusion: fine hand use (d440)</i>
d450	Walking
	Moving along a surface on foot, step by step, so that one foot is always on the ground, such as when strolling, sauntering, walking forwards, backwards, or sideways. <i>Inclusions: walking short or long distances; walking on different surfaces; walking around obstacles</i> <i>Exclusions: transferring oneself (d420); moving around (d455)</i>
d455	Moving around
	Moving the whole body from one place to another by means other than walking, such as climbing over a rock or running down a street, skipping, scampering, jumping, somersaulting or running around obstacles. <i>Inclusions: crawling, climbing, running, jogging, jumping, and swimming</i> <i>Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450)</i>
d460	Moving around in different locations
	Walking and moving around in various places and situations, such as walking between rooms in a house, within a building, or down the street of a town. <i>Inclusions: moving around within the home, crawling or climbing within the home; walking or moving within buildings other than the home, and outside the home and other buildings</i>
d465	Moving around using equipment
	Moving the whole body from place to place, on any surface or space, by using specific devices designed to facilitate moving or create other ways of moving around, such as with skates, skis, or scuba equipment, or moving down the street in a wheelchair or a walker. <i>Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450); moving around (d455); using transportation (d470); driving (d475)</i>
d469	Walking and moving, other specified and unspecified
	No detailed description
d470	Using transportation
	Using transportation to move around as a passenger, such as being driven in a car or on a bus, rickshaw, jitney, animal-powered vehicle, or private or public taxi, bus, train, tram, subway, boat or aircraft. <i>Inclusions: using human-powered transportation; using private motorized or public transportation</i> <i>Exclusions: moving around using equipment (d465); driving (d475)</i>
d475	Driving
	Being in control of and moving a vehicle or the animal that draws it, travelling under one's own direction or having at one's disposal any form of transportation, such as a car, bicycle, boat or animal-powered vehicle. <i>Inclusions: driving human-powered transportation, motorized vehicles, animal-powered vehicles</i> <i>Exclusions: moving around using equipment (d465); using transportation (d470)</i>
d510	Washing oneself
	Washing and drying one's whole body, or body parts, using water and appropriate cleaning and drying materials or methods, such as bathing, showering, washing hands and feet, face and hair, and drying with a towel. <i>Inclusions: washing body parts, the whole body; and drying oneself</i> <i>Exclusions: caring for body parts (d520); toileting (d530)</i>
d540	Dressing
	Carrying out the coordinated actions and tasks of putting on and taking off clothes and footwear in sequence and in keeping with climatic and social conditions, such as by putting on, adjusting and removing shirts, skirts, blouses, pants, undergarments, saris, kimono, tights, hats, gloves, coats, shoes, boots, sandals and slippers. <i>Inclusions: putting on or taking off clothes and footwear and choosing appropriate clothing</i>
d620	Acquisition of goods and services
	Selecting, procuring and transporting all goods and services required for daily living, such as selecting, procuring, transporting and storing food, drink, clothing, cleaning materials, fuel, household items, utensils, cooking ware, domestic appliances and tools; procuring utilities and other household services. <i>Inclusions: shopping and gathering daily necessities</i> <i>Exclusion: acquiring a place to live (d610)</i>

d630	Preparing meals
	<p>Planning, organizing, cooking and serving simple and complex meals for oneself and others, such as by making a menu, selecting edible food and drink, getting together ingredients for preparing meals, cooking with heat and preparing cold foods and drinks, and serving the food.</p> <p><i>Inclusions: preparing simple and complex meals</i></p> <p><i>Exclusions: eating (d550); drinking (d560); acquisition of goods and services (d620); doing housework (d640); caring for household objects (d650); caring for others (d660)</i></p>
d640	Doing housework
	<p>Managing a household by cleaning the house, washing clothes, using household appliances, storing food and disposing of garbage, such as by sweeping, mopping, washing counters, walls and other surfaces; collecting and disposing of household garbage; tidying rooms, closets and drawers; collecting, washing, drying, folding and ironing clothes; cleaning footwear; using brooms, brushes and vacuum cleaners; using washing machines, driers and irons.</p> <p><i>Inclusions: washing and drying clothes and garments; cleaning cooking area and utensils; cleaning living area; using household appliances, storing daily necessities and disposing of garbage</i></p> <p><i>Exclusions: acquiring a place to live (d610); acquisition of goods and services (d620); preparing meals (d630); caring for household objects (d650); caring for others (d660)</i></p>
d650	Caring for household objects
	<p>Maintaining and repairing household and other personal objects, including house and contents, clothes, vehicles and assistive devices, and caring for plants and animals, such as painting or wallpapering rooms, fixing furniture, repairing plumbing, ensuring the proper working order of vehicles, watering plants, grooming and feeding pets and domestic animals.</p> <p><i>Inclusions: making and repairing clothes; maintaining dwelling, furnishings and domestic appliances; maintaining vehicles; maintaining assistive devices; taking care of plants (indoor and outdoor) and animals</i></p> <p><i>Exclusions: acquiring a place to live (d610); acquisition of goods and services (d620); doing housework (d640); caring for others (d660); remunerative employment (d850)</i></p>
d660	Assisting others
	<p>Assisting household members and others with their learning, communicating, self-care, movement, within the house or outside; being concerned about the well-being of household members and others.</p> <p><i>Inclusions: assisting others with self-care, movement, communication, interpersonal relations, nutrition and health maintenance</i></p> <p><i>Exclusion: remunerative employment (d850)</i></p>
d740	Formal relationships
	<p>Creating and maintaining specific relationships in formal settings, such as with employers, professionals or service providers.</p> <p><i>Inclusions: relating with persons in authority, with subordinates and with equals</i></p>
d750	Informal social relationships
	<p>Entering into relationships with others, such as casual relationships with people living in the same community or residence, or with co-workers, students, playmates or people with similar backgrounds or professions.</p> <p><i>Inclusions: informal relationships with friends, neighbours, acquaintances, co-inhabitants and peers</i></p>
d760	Family relationships
	<p>Creating and maintaining kinship relationships, such as with members of the nuclear family, extended family, foster and adopted family and step-relationships, more distant relationships such as second cousins, or legal guardians.</p> <p><i>Inclusions: parent-child and child-parent relationships, sibling and extended family relationships</i></p>
d770	Intimate relationships
	<p>Creating and maintaining close or romantic relationships between individuals, such as husband and wife, lovers or sexual partners.</p> <p><i>Inclusions: romantic, spousal and sexual relationships</i></p>
d825	Vocational training
	<p>Engaging in all activities of a vocational programme and learning the curriculum material in preparation for employment in a trade, job or profession.</p>
d830	Higher education
	<p>Engaging in the activities of advanced educational programmes in universities, colleges and professional schools and learning all aspects of the curriculum required for degrees, diplomas, certificates and other accreditations, such as completing a university bachelor's or master's course of study, medical school or other professional school.</p>
d 8 4 0 - d859	Work and employment
d845	Acquiring, keeping and terminating a job
	<p>Seeking, finding and choosing employment, being hired and accepting employment, maintaining and advancing through a job, trade, occupation or profession, and leaving a job in an appropriate manner.</p> <p><i>Inclusions: seeking employment; preparing a resume or curriculum vitae; contacting employers and preparing interviews; maintaining a job; monitoring one's own work performance; giving notice; and terminating a job</i></p>
d850	Remunerative employment
	<p>Engaging in all aspects of work, as an occupation, trade, profession or other form of employment, for payment, as an employee, full or part time, or self-employed, such as seeking employment and getting a job, doing the required tasks of the job, attending work on time as required, supervising other workers or being supervised, and performing required tasks alone or in groups.</p> <p><i>Inclusions: self-employment, part-time and full-time employment</i></p>
d855	Non-remunerative employment

	Engaging in all aspects of work in which pay is not provided, full-time or part-time, including organized work activities, doing the required tasks of the job, attending work on time as required, supervising other workers or being supervised, and performing required tasks alone or in groups, such as volunteer work, charity work, working for a community or religious group without remuneration, working around the home without remuneration. <i>Exclusion: Chapter 6 Domestic Life</i>
d910	Community life
	Engaging in all aspects of community social life, such as engaging in charitable organizations, service clubs or professional social organizations. <i>Inclusions: informal and formal associations; ceremonies Exclusions: non-remunerative employment (d855); recreation and leisure (d920); religion and spirituality (d930); political life and citizenship (d950)</i>
d920	Recreation and leisure
	Engaging in any form of play, recreational or leisure activity, such as informal or organized play and sports, programmes of physical fitness, relaxation, amusement or diversion, going to art galleries, museums, cinemas or theatres; engaging in crafts or hobbies, reading for enjoyment, playing musical instruments; sightseeing, tourism and travelling for pleasure. <i>Inclusions: play, sports, arts and culture, crafts, hobbies and socializing</i> <i>Exclusions: riding animals for transportation (d480); remunerative and non-remunerative work (d850 and d855); religion and spirituality (d930); political life and citizenship (d950)</i>
ENVIRONMENTAL FACTORS (N=29) = make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives	
e110	Products or substances for personal consumption
	Any natural or human-made object or substance gathered, processed or manufactured for ingestion. <i>Inclusions: food and drugs</i>
e115	Products and technology for personal use in daily living
	Equipment, products and technologies used by people in daily activities, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for personal use</i>
e120	Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation
	Equipment, products and technologies used by people in activities of moving inside and outside buildings, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation</i>
e125	Products and technology for communication
	Equipment, products and technologies used by people in activities of sending and receiving information, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for communication</i>
e150	Design, construction and building products and technology of buildings for public use
	Products and technology that constitute an individual's indoor and outdoor human-made environment that is planned, designed and constructed for public use, including those adapted or specially designed. <i>Inclusions: design, construction and building products and technology of entrances and exits, facilities and routing</i>
e155	Design, construction and building products and technology of buildings for private use
	Products and technology that constitute an individual's indoor and outdoor human-made environment that is planned, designed and constructed for private use, including those adapted or specially designed. <i>Inclusions: design, construction and building products and technology of entrances and exits, facilities and routing</i>
e240	Light
	Electromagnetic radiation by which things are made visible by either sunlight or artificial lighting (e.g. candles, oil or paraffin lamps, fires and electricity), and which may provide useful or distracting information about the world. <i>Inclusions: light intensity; light quality; colour contrasts</i>
e250	Sound
	A phenomenon that is or may be heard, such as banging, ringing, thumping, singing, whistling, yelling or buzzing, in any volume, timbre or tone, and that may provide useful or distracting information about the world. <i>Inclusions: sound intensity; sound quality</i>
e255	Vibration
	Regular or irregular to and fro motion of an object or an individual caused by a physical disturbance, such as shaking, quivering, quick jerky movements of things, buildings or people caused by small or large equipment, aircraft and explosions. <i>Exclusion: natural events (e230), such as vibration or shaking of the earth caused by earthquakes</i>
e310	Immediate family
	Individuals related by birth, marriage or other relationship recognized by the culture as immediate family, such as spouses, partners, parents, siblings, children, foster parents, adoptive parents and grandparents. <i>Exclusions: extended family (e315); personal care providers and personal assistants (e340)</i>
e315	Extended family
	Individuals related through family or marriage or other relationships recognized by the culture as extended family, such as aunts, uncles, nephews and nieces. <i>Exclusion: immediate family (e310)</i>
e320	Friends
	Individuals who are close and ongoing participants in relationships characterized by trust and mutual support.
e325	Acquaintances, peers, colleagues, neighbours and community members
	Individuals who are familiar to each other as acquaintances, peers, colleagues, neighbours, and community members, in situations of work, school, recreation, or other aspects of life, and who share demographic features such as age, gender, religious creed or ethnicity or pursue common interests. <i>Exclusions: associations and organizational services (e5550)</i>
e330	People in position of authority

	Individuals who have decision-making responsibilities for others and who have socially defined influence or power based on their social, economic, cultural or religious roles in society, such as teachers, employers, supervisors, religious leaders, substitute decision-makers, guardians or trustees.
e340	Personal care providers and personal assistants
	Individuals who provide services as required to support individuals in their daily activities and maintenance of performance at work, education or other life situation, provided either through public or private funds, or else on a voluntary basis, such as providers of support for home-making and maintenance, personal assistants, transport assistants, paid help, nannies and others who function as primary caregivers. <i>Exclusions: immediate family (e310); extended family (e315); friends (e320); general social support services (e5750); health professionals (e355)</i>
e355	Health professionals
	All service providers working within the context of the health system, such as doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, audiologists, orthotist-prosthetists, medical social workers. <i>Exclusion: other professionals (e360)</i>
e410	Individual attitudes of immediate family members
	General or specific opinions and beliefs of immediate family members about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e415	Individual attitudes of extended family members
	General or specific opinions and beliefs of extended family members about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e420	Individual attitude of friends
	General or specific opinions and beliefs of friends about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e430	Individual attitudes of people in position of authority
	General or specific opinions and beliefs of people in positions of authority about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e440	Individual attitudes of personal care providers and personal assistants
	General or specific opinions and beliefs of personal care providers and personal assistants about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e445	Individual attitudes of strangers
	General or specific opinions and beliefs of strangers about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e450	Individual attitudes of health professionals
	General or specific opinions and beliefs of health professionals about the person or about other matters (e.g. social, political and economic issues), that influence individual behaviour and actions.
e460	Societal attitudes
	General or specific opinions and beliefs generally held by people of a culture, society, subcultural or other social group about other individuals or about other social, political and economic issues, that influence group or individual behaviour and actions.
e515	Architecture and construction services, systems and policies
	Services, systems and policies for the design and construction of buildings, public and private. <i>Exclusion: open space planning services, systems and policies (e520)</i>
e540	Transportation services, systems and policies
	Services, systems and policies for enabling people or goods to move or be moved from one location to another.
e570	Social security services, systems and policies
	Services, systems and policies aimed at providing income support to people who, because of age, poverty, unemployment, health condition or disability, require public assistance that is funded either by general tax revenues or contributory schemes. <i>Exclusion: economic services, systems and policies (e565)</i>
e580	Health services, systems and policies
	Services, systems and policies for preventing and treating health problems, providing medical rehabilitation and promoting a healthy lifestyle. <i>Exclusion: general social support services, systems and policies (e575)</i>
e590	Labour and employment services, systems and policies
	Services, systems and policies related to finding suitable work for persons who are unemployed or looking for different work, or to support individuals already employed who are seeking promotion. <i>Exclusion: economic services, systems and policies (e565)</i>

Allegato 2 - BRIEF ICF CORE SET for VERTIGO - N = 29 categories

BODY FUNCTIONS (N=9) = physiological functions of body systems (including psychological functions)	
b152	Emotional functions
	Specific mental functions related to the feeling and affective components of the processes of the mind. <i>Inclusions: functions of appropriateness of emotion, regulation and range of emotion; affect; sadness, happiness, love, fear, anger, hate, tension, anxiety, joy, sorrow; lability of emotion; flattening of affect</i> <i>Exclusions: temperament and personality functions (b126); energy and drive functions (b130)</i>
b156	Perceptual functions

	<p>Specific mental functions of recognizing and interpreting sensory stimuli. <i>Inclusions: functions of auditory, visual, olfactory, gustatory, tactile and visuospatial perception, such as hallucination or illusion</i> <i>Exclusions: consciousness functions (b110); orientation functions (b114); attention functions (b140); memory functions (b144); mental functions of language (b167); seeing and related functions (b210-b229); hearing and vestibular functions (b230-b249); additional sensory functions (b250-b279)</i></p>
b210	Seeing functions
	<p>Sensory functions relating to sensing the presence of light and sensing the form, size, shape and colour of the visual stimuli. <i>Inclusions: visual acuity functions; visual field functions; quality of vision; functions of sensing light and colour, visual acuity of distant and near vision, monocular and binocular vision; visual picture quality; impairments such as myopia, hypermetropia, astigmatism, hemianopia, colour-blindness, tunnel vision, central and peripheral scotoma, diplopia, night blindness and impaired adaptability to light</i> <i>Exclusion: perceptual functions (b156)</i></p>
b215	Functions of structures adjoining the eye
	<p>Functions of structures in and around the eye that facilitate seeing functions. <i>Inclusions: functions of internal muscles of the eye, eyelid, external muscles of the eye, including voluntary and tracking movements and fixation of the eye, lachrymal glands, accommodation, pupillary reflex; impairments such as in nystagmus, xerophthalmia and ptosis</i> <i>Exclusions: seeing functions (b210); Chapter 7 Neuromusculoskeletal and Movement-related Functions</i></p>
b230	Hearing functions
	<p>Sensory functions relating to sensing the presence of sounds and discriminating the location, pitch, loudness and quality of sounds. <i>Inclusions: functions of hearing, auditory discrimination, localization of sound source, lateralization of sound, speech discrimination; impairments such as deafness, hearing impairment and hearing loss</i> <i>Exclusions: perceptual functions (b156) and mental functions of language (b167)</i></p>
b235	Vestibular functions
	<p>Sensory functions of the inner ear related to position, balance and movement. <i>Inclusions: functions of position and positional sense; functions of balance of the body and movement</i> <i>Exclusion: sensations associated with hearing and vestibular functions (b240)</i></p>
b240	Sensations associated with hearing and vestibular functions
	<p>Sensations of dizziness, falling, tinnitus and vertigo. <i>Inclusions: sensations of ringing in ears, irritation in ear, aural pressure, nausea associated with dizziness or vertigo</i> <i>Exclusions: vestibular functions (b235); sensation of pain (b280)</i></p>
b260	Proprioceptive function
	<p>Sensory functions of sensing the relative position of body parts. <i>Inclusions: functions of statesesthesia and kinaesthesia</i> <i>Exclusions: vestibular functions (b235); sensations related to muscles and movement functions (b780)</i></p>
b770	Gait pattern functions
	<p>Functions of movement patterns associated with walking, running or other whole body movements. <i>Inclusions: walking patterns and running patterns; impairments such as spastic gait, hemiplegic gait, paraplegic gait, asymmetric gait, limping and stiff gait pattern</i> <i>Exclusions: muscle power functions (b730); muscle tone functions (b735); control of voluntary movement functions (b760); involuntary movement functions (b765)</i></p>
BODY STRUCTURES (N=4) = anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components	
s110	Structure of brain
s120	Spinal cord and related structures
s260	Structure of inner ear
S410	Structure of cardiovascular system
ACTIVITIES AND PARTICIPATION (N=10) = execution of a task or action by an individual and involvement in a life situation	
d230	Carrying out daily routine
	<p>Carrying out simple or complex and coordinated actions in order to plan, manage and complete the requirements of day-to-day procedures or duties, such as budgeting time and making plans for separate activities throughout the day. <i>Inclusions: managing and completing the daily routine; managing one's own activity level</i> <i>Exclusion: undertaking multiple tasks (d220)</i></p>
d410	Changing basic body position
	<p>Getting into and out of a body position and moving from one location to another, such as getting up out of a chair to lie down on a bed, and getting into and out of positions of kneeling or squatting. <i>Inclusion: changing body position from lying down, from squatting or kneeling, from sitting or standing, bending and shifting the body's centre of gravity</i> <i>Exclusion: transferring oneself (d420)</i></p>
d415	Maintaining a body position
	<p>Staying in the same body position as required, such as remaining seated or remaining standing for work or school. <i>Inclusions: maintaining a lying, squatting, kneeling, sitting and standing position</i></p>
d450	Walking
	<p>Moving along a surface on foot, step by step, so that one foot is always on the ground, such as when strolling, sauntering, walking forwards, backwards, or sideways. <i>Inclusions: walking short or long distances; walking on different surfaces; walking around obstacles</i> <i>Exclusions: transferring oneself (d420); moving around (d455)</i></p>

d455	Moving around
	Moving the whole body from one place to another by means other than walking, such as climbing over a rock or running down a street, skipping, scampering, jumping, somersaulting or running around obstacles. <i>Inclusions: crawling, climbing, running, jogging, jumping, and swimming</i> <i>Exclusions: transferring oneself (d420); walking (d450)</i>
d460	Moving around in different locations
	Walking and moving around in various places and situations, such as walking between rooms in a house, within a building, or down the street of a town. <i>Inclusions: moving around within the home, crawling or climbing within the home; walking or moving within buildings other than the home, and outside the home and other buildings</i>
d469	Walking and moving, other specified and unspecified
	No detailed description
d475	Driving
	Being in control of and moving a vehicle or the animal that draws it, travelling under one's own direction or having at one's disposal any form of transportation, such as a car, bicycle, boat or animal-powered vehicle. <i>Inclusions: driving human-powered transportation, motorized vehicles, animal-powered vehicles</i> <i>Exclusions: moving around using equipment (d465); using transportation (d470)</i>
d640	Doing housework
	Managing a household by cleaning the house, washing clothes, using household appliances, storing food and disposing of garbage, such as by sweeping, mopping, washing counters, walls and other surfaces; collecting and disposing of household garbage; tidying rooms, closets and drawers; collecting, washing, drying, folding and ironing clothes; cleaning footwear; using brooms, brushes and vacuum cleaners; using washing machines, driers and irons. <i>Inclusions: washing and drying clothes and garments; cleaning cooking area and utensils; cleaning living area; using household appliances, storing daily necessities and disposing of garbage</i> <i>Exclusions: acquiring a place to live (d610); acquisition of goods and services (d620); preparing meals (d630); caring for household objects (d650); caring for others (d660)</i>
d840-d859	Work and employment
ENVIRONMENTAL FACTORS (N=6) = make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives	
e110	Products or substances for personal consumption
	Any natural or human-made object or substance gathered, processed or manufactured for ingestion. <i>Inclusions: food and drugs</i>
e120	Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation
	Equipment, products and technologies used by people in activities of moving inside and outside buildings, including those adapted or specially designed, located in, on or near the person using them. <i>Inclusions: general and assistive products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation</i>
e240	Light
	Electromagnetic radiation by which things are made visible by either sunlight or artificial lighting (e.g. candles, oil or paraffin lamps, fires and electricity), and which may provide useful or distracting information about the world. <i>Inclusions: light intensity; light quality; colour contrasts</i>
e310	Immediate family
	Individuals related by birth, marriage or other relationship recognized by the culture as immediate family, such as spouses, partners, parents, siblings, children, foster parents, adoptive parents and grandparents. <i>Exclusions: extended family (e315); personal care providers and personal assistants (e340)</i>
e355	Health professionals
	All service providers working within the context of the health system, such as doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech therapists, audiologists, orthotist-prosthetists, medical social workers. <i>Exclusion: other professionals (e360)</i>
e580	Health services, systems and policies
	Services, systems and policies for preventing and treating health problems, providing medical rehabilitation and promoting a healthy lifestyle. <i>Exclusion: general social support services, systems and policies (e575)</i>



Dagli hospitalia alle simultaneous care: percorsi di cura e di umanizzazione nel soggetto anziano

Francesco Guidi, Giancarlo Cadeddu, Giovanna De Meo

UOS Degenza Post-Acuzie, INRCA POR Ancona

Riassunto. Il curare e il prendersi cura sembrano esser tuttora due pianeti lontani nell'universo dell'approccio al soggetto anziano. Eppure, proprio risalendo alle origini dell'approccio assistenziale, nato nel Medioevo, si scopre che esistevano già le basi per l'integrazione tra un atteggiamento olistico e quello di una medicina basata sull'evidenza. Infatti, i due diversi approcci, apparentemente così lontani, hanno in realtà al loro interno le basi di una integrazione che può sostenere, curare, accompagnare ogni soggetto anziano nel percorso di cura.

Parole chiave: cure, cure simultanee, approccio storico

Abstract. "To care" is yet far far from "to cure" in the treatment of elderly patients. But, if we study the Medievalist approach to illness pilgrims we realize that it is possible a mixed approach between "curative medicine" and Evidence Based Medicine protocols. The experience in a Long-term Clinical ward represents a modern model including "care" and "cure", intensive approach and palliative care.

Keywords: care, simultaneous care, historical approach

INTRODUZIONE

A tutt'oggi uno dei dubbi "esistenziali" dell'approccio al paziente geriatrico è il dualismo tra "cura" e "prendersi cura".

Partendo da una breve ricognizione degli aspetti assistenziali del nostro passato e di quelli che sono oggi sono bagaglio di ogni professionista, raccontano la propria esperienza di approccio, cura e accompagnamento ai soggetti anziani, gravati da notevole disabilità e ricoverati presso una Lungodegenza di un istituto Geriatrico. Gli aspetti "antichi" e "moderni", ben si intrecciano in una sorta di rete di sostegno sulla quale il paziente, pur gravato da patologie croniche invalidanti e spesso non guaribili, riceve assistenza, conforto e rispetto.

LE CURE DI IERI

Intorno all'anno mille, superata la paura per la presunta fine del mondo, nell'occidente europeo iniziò quel fenomeno che assunse dimensioni sempre più rilevanti che va sotto il nome di "pellegrinaggio".

Infatti sia per motivi devozionali che per richieste di intercessioni che, soprattutto, per motivi espiatori, uomini e donne cominciarono

a percorrere le strade dell'Europa che partono dall'Irlanda, dall'Inghilterra, dalla Germania e dalla Francia diretti verso i luoghi santi della cristianità: le tombe degli apostoli Pietro e Paolo a Roma, i luoghi della Passione e principalmente il Santo Sepolcro a Gerusalemme, la tomba di san Giacomo "maggiore" a Compostela, luogo "magico", ai confini del mondo, "finis terrae" davanti all'ignoto dell'oceano. I pellegrini nel partire lasciavano spesso testamento, tutti i loro averi e le loro abitazioni e partivano senza sapere se e quando sarebbero tornati, anzi, spesso il pellegrinaggio, una volta compiuto, rendeva il pellegrino residente nella zona della meta raggiunta.

Lungo i percorsi calpestati dai pellegrini sorsero vie che tuttora possiamo vedere: di esse le principali sono la via Francigena che da Canterbury conduce a Roma e, in seconda ipotesi, verso la Puglia, regione ove si imbarcavano i pellegrini diretti in Palestina, e quella che passati i Pirenei, costeggiando il nord della Spagna, giungeva fino alle coste atlantiche. Lungo queste vie e nei loro pressi esistevano già o venivano costruite abbazie, monasteri, conventi che divennero col tempo luogo di ospitalità, di ristoro, di cura per i pellegrini il

cui viaggio era spesso costellato da aggressioni e tentativi di rapina da parte di briganti e da assalti di animali selvatici. Molti pellegrini morivano pertanto in queste strutture che, dapprima integrate negli edifici religiosi, assunsero pian piano propria dignità pur restando “al loro fianco” diventando “hospitalia” o, con un termine poco corretto, “ospizi”.

La figura di riferimento in queste strutture era rappresentata da un ecclesiastico anche perché la “colpa” da espiare, motivo frequente del pellegrinaggio, ben si associava alla eventuale presenza di malattie che, nella cultura medievale, ne era una conseguenza.

Pochi i mezzi a disposizione della “cura”: acqua, un pò di pane, una scodella e decotti o intrugli di erbe usate dai religiosi ma si accoglieva il pellegrino e si curava lo stesso in modo totale: corpo e spirito. Ancor oggi chi raggiunge la Val d’Orcia trova “spedali”, vie e luoghi che fanno parte della nostra storia, anche se risalenti a mille anni fa.

LE CURE DI OGGI

Ai nostri giorni le modificazioni sociali, l’allungamento della vita media, i progressi tecnologici hanno completamente modificato lo scenario di cura e assistenza presente fino a pochi fa.

La famiglia da patriarcale è divenuta monocellulare: il tessuto sociale composto da familiari e conoscenti, spesso residenti in uno stesso fabbricato e costituenti il fulcro assistenziale è radicalmente modificato tanto da far entrare nell’assistenza figure estranee come il volontario o il/la cosiddetta “badante”. L’età media della popolazione, fissata intorno ai 60 anni fino agli anni ‘60, è vertiginosamente salita fino ad 80 anni ed oltre nel breve periodo di 50 anni, con cambiamenti radicali della richiesta di assistenza e cure.

La presenza di un’alta mortalità infantile, la presenza di patologie acute che mettevano in pericolo di vita il paziente (appendiciti, ulcere gastro-duodenali, malattie infettive oggi “banali”), la presenza di ospedalizzazioni talora tardive e poco comunque considerate sono ormai un ricordo. Oggi si fanno i conti con patologie croniche, invalidanti e bisognose di percorsi di cura differenziati come le patologie croniche degenerative neurologiche, le patologie oncologiche, le patologie croniche cardiopolmonari.

A fronte di questo, i progressi tecnologici hanno sia rivoluzionato l’approccio a molte patologie e sia le possibilità di diagnosi e trattamento: l’avvento della MRI sempre più precisa, della

PET, la scoperta e l’utilizzo di farmaci biologici in numerose neoplasie, solo per citare alcuni esempi, hanno modificato la storia naturale di molte patologie.

L’insieme di questi dati ai quali non vanno disgiunti i cambiamenti socio-economici e strutturali del sistema sanitario, ha portato a richiedere prestazioni sempre più “impegnative e “costose”, ha favorito la creazione di superspecialisti della salute a fronte dell’opera generosa del “medico di famiglia”, ha spinto sul ricorso a cure ospedaliere nei centri di eccellenza, lasciando in disparte la cura a domicilio, anche laddove la diagnosi era già confezionata ed indicato il miglior percorso di cura. Tutto questo, oltre ad aver causato un aumento elevato della spesa sanitaria, ha portato, sulla spinta delle maggiori conoscenze e di una informazione sanitaria sempre più patrimonio dei media, a dichiarare che tutto è sempre possibile e che comunque si deve guarire anche a 100 anni e oltre. Si è verificato un passaggio dal prendersi cura alla cura o meglio all’indagine e al farmaco “miracoloso” mettendo sempre più in ombra l’intera figura del paziente nella sua corralità, con la sua storia clinica ma soprattutto con la sua storia personale, il suo vissuto, la sua unicità.

Sono nati i protocolli, le procedure, la medicina è sempre più basata su evidenze scientifiche e linee guida quando il paziente non rientra in una categoria ben definita di trattamento iniziano i guai. Questo è tanto più vero per i soggetti anziani in cui la risposta ai farmaci, la riserva funzionale, gli aspetti socio-ambientali costituiscono un “unicum” che varia da soggetto a soggetto e che pertanto ricopre un ruolo fondamentale nelle fasi di diagnosi e cura.

MATERIALI E METODI

La UOS Degenza Post-acuzie del POR INRCA di Ancona, istituita nell’ottobre del 2001, è una UO di 22 posti-letto con organico di due medici, di cui un responsabile, un coordinatore infermieristico, dieci infermieri professionali, cinque operatori socio-sanitari e due Terapisti della Riabilitazione per un’ora al giorno per 4 giorni alla settimana.

In tale UO afferiscono pazienti provenienti dalle varie UO per acuti del POR INRCA di Ancona e pazienti con frattura di femore sottoposta ad intervento chirurgico e non passibili di approccio riabilitativo intensivo.

Gli accessi nel periodo 2010-2012 sono stati 880, rispettivamente 325, 269, 286, con rapporto maschi/femmine pari a 287/593 nell’intero gruppo ed età media pari a 85 anni.

La degenza media, in linea con quella di altre Lungo-degenze della Regione Marche è di 23 giorni. Le principali patologie di cui risultano sono affetti i pazienti sono: demenza, ictus cerebri, neoplasie in fase avanzata, scompenso cardiaco cronico refrattario, sindrome da immobilizzazione.

Le principali complicanze registrate sono: infezioni polmonari, di cui buona parte risultate "ab ingestis", ulcere da decubito con ferite difficili, anemia e sindrome da malnutrizione.

Le caratteristiche funzionali dei pazienti accolti, "misurate" tramite le scale ADL di Katz^[1] e quella delle IADL^[2], hanno rilevato valore di ADL pari a 0-1 in 80% dei pazienti e IADL pari a 0-1 nel 66%.

Nell'anno 2010 solo per 58 soggetti ricoverati, pari al 25.4% del totale, sono stati dimessi a domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in 44 di essi.

Nel 2011 il numero è sceso a 39, pari al 22.1%, con richiesta di attivazione dell'ADI per 33 dei 39; nell'anno 2012 i pazienti che han fatto ritorno al domicilio sono stati 44, pari al 23.3% del totale con richiesta di attivazione dell'ADI per 34 di essi. Per tutti gli altri pazienti sono stati attivati ed attuati percorsi di inserimento presso le varie strutture residenziali territoriali: case di riposo, residenze protette, residenze sanitarie per anziani. In un numero limitato di casi i pazienti, alla dimissione, sono stati accolti nei due Hospice vicini di Loreto e Chiaravalle. Circa un terzo dei soggetti ricoverati sono deceduti durante la degenza stessa: per l'esattezza abbiamo riscontrato 97/325 decessi nel 2010, 93/269 nel 2011 e 97/286 nel 2012.

Un numero così elevato di decessi, dovuto principalmente alla gravità delle condizioni generali presenti già al ricovero, all'assenza di una struttura di cura di fine vita specifica all'interno del POR INRCA di Ancona e all'impossibilità dell'assistenza domiciliare per carenza o assenza di familiari o caregiver, ha portato, in accordo con le normative espone nella legge 38/2010^[3], ad intraprendere un percorso di "cura" per i soggetti "a cattiva prognosi" sin dall'ammissione in Reparto fino al decesso e oltre. Tale percorso prevede:

1. l'accoglienza da parte di infermieri, medici e Coordinatore,
2. la comunicazione periodica applicando il protocollo di Buckman^[4]
3. la degenza personalizzata,
4. la riduzione o sospensione di trattamenti invasivi,
5. la valutazione ed il trattamento del dolore, secondo la procedura aziendale,

6. l'ascolto delle richieste dei pazienti/familiari e la loro presa in carico,
7. il conforto spirituale e religioso,
8. il coinvolgimento e la collaborazione con l'URP nelle criticità relazionali,
9. le informazioni sul "riportare a casa" la salma,
10. la visita in obitorio da parte del personale dell'UO.

L'insieme di queste pratiche, raccomandazioni e applicazioni, attivato all'interno della U.O. Lungodegenza nel 2010, è divenuto nel maggio 2012 Istruzione operativa all'interno della stessa, vidimata dalla Direzione Medica.

Per quanto riguarda nel dettaglio i dieci punti sopra elencati, va esposto che l'accoglienza del paziente, oltre ad essere un momento particolare in un soggetto anziano che si trova già fuori del proprio habitat domiciliare, trova la cooperazione delle varie figure professionali a dare informazioni, accoglienza, ascolto allo stesso e al suo nucleo familiare.

La comunicazione è il momento principale del percorso di umanizzazione dell'assistenza: in essa non solo si comunicano i risultati dei trattamenti e la prognosi ma si crea un tessuto relazionale di scambio e di sostegno. Le criticità con i familiari sono state "sciolte" con un incontro allargato all'intera equipe assistenziale coinvolgendo talvolta l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). La degenza personalizzata, in assenza di stanze di degenza ad uno/due letti, ha portato a avvicinare soggetti con patologie e percorsi assistenziali simili o con gradi di disabilità sovrapponibili, favorendo sempre la presenza dei familiari/caregiver, limitandola ai soli orari di visita medica e somministrazione di terapia e nell'orario notturno. La riduzione o sospensione dei trattamenti invasivi sia nella quantità sia soprattutto nella modalità ha visto preferire l'assunzione di farmaci per via orale o tramite sondino naso-gastrico versus quella endovenosa, la riduzione dei prelievi ematici, la sospensione delle terapie non "utili" per la qualità di vita. Si è prestata sempre particolare attenzione, d'altra parte, all'utilizzo del trattamento con oppiacei nei casi di dispnea terminale.

I pazienti ed i loro familiari hanno potuto esprimere tutte le loro richieste sia durante la visita medica quotidiana sia al termine della essa o ogni qualvolta ne sentissero la necessità: i medici ed il coordinatore sono quotidianamente disponibili all'ascolto ed al dialogo: ogni richiesta è stata vagliata, discussa e, qualora non accolta, ne è stato sempre comunicato il "perché" e il "come". Ci si è avvalsi, nel

percorso descritto, della collaborazione dell'assistente religioso disponibile presso il POR INRCA di Ancona. Infine, in base alle normative vigenti, si sono sempre informati i familiari circa la possibilità, una volta constatato il decesso, di trasferire la salma al proprio domicilio. Da ultimo, ma solo per presenza nell'elenco, è stata concertata la visita in obitorio per il commiato e il conforto dei familiari.

RISULTATI

Di tutti i decessi registrati nel periodo 2010-2012 presso la UO LDPA, solo il 2% del totale è avvenuto entro le 48 dall'ammissione in reparto, mentre un ulteriore 3% è avvenuto per causa "improvvisa", senza cioè che le condizioni cliniche del paziente o i vari parametri valutati facessero presagire l'evento.

In tutti i restanti casi è stato applicato il protocollo sopraindicato con le seguenti evidenze:

- a. le criticità nella comunicazione sia all'ammissione sia durante il percorso assistenziale hanno riguardato la mancanza di corretta informazione circa le reali condizioni cliniche del paziente e, pertanto, la scarsa preparazione alla morte dello stesso da parte dei familiari. Queste criticità sono state risolte con l'approfondimento e l'ulteriore comunicazione effettuato non solo tra un operatore ed un familiare, ma tra l'intera équipe assistenziale ed il familiare/i. Solo in 5 casi del totale si è chiesto l'intervento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- b. da parte dei familiari sono state segnalate criticità riguardo agli orari di ingresso in reparto per l'assistenza ai loro congiunti e alle strutture architettoniche- logistiche (mancanza di bagni in camera, stanze a 4 letti, poca flessibilità nelle variazioni del vitto);
- c. nella fase terminale, comunicata ai familiari la decisione di effettuare trattamento con oppiacei per via sottocutanea e/o endovenosa per presenza di dolore non responsivo alla terapia in atto o nel trattamento della dispnea terminale o nei casi di "sofferenza", non si sono mai registrati punti di disaccordo, anzi l'intervento è sempre stato apprezzato;
- d. la richiesta da parte dei familiari/caregiver di sospensione del trattamento nutrizionale artificiale si è verificata nell'8% dei casi, pur in assenza di direttive anticipate da parte del paziente e, dopo discussione collegiale,

in base alle linee riportate nel protocollo stesso, si è proceduto ad effettuare la sola idratazione o tramite sondino naso-gastrico (SNG) o tramite vena;

- e. in 7 casi, avvenuto il decesso, i familiari hanno chiesto ed ottenuto di riportare la salma presso il domicilio;
- f. la visita in obitorio da parte del personale medico e infermieristico della UO è sempre stata apprezzata;
- g. non si sono mai registrati conflitti tra équipe e paziente/familiare non risolti tramite un'ulteriore e esaustivo colloquio o con la collaborazione dell'URP.

DISCUSSIONE

A cavallo dell'inizio del terzo millennio, si è assistito in Italia ad una rivoluzione culturale e scientifica che ha portato ad un approccio completamente nuovo per i soggetti affetti da patologie croniche.

Infatti, sull'onda di esperienze già realizzate in altre regioni come quelle del Nord Europa e del Nord America e sulla spinta di movimenti per i diritti del malato, sono sorti centri ove, inizialmente per il solo paziente neoplastico, si sono realizzati centri per il così definito "fine vita", laddove l'approccio chemioterapico non aveva più indicazione mentre aumentavano le richieste assistenziali del malato.

In pochi anni sono diventati legge dello Stato le normative sulla realizzazione degli Hospice^[5], la semplificazione della prescrizione dei farmaci oppiacei, la legge 38/2010 sul trattamento del dolore e la realizzazione della rete per le cure palliative, con indicazione a tutte le aziende sanitarie di applicarle al proprio interno e formare il personale in attività su tali problematiche.

Ma, secondo noi, tutto questo è solo la punta di un iceberg: infatti se tanto è stato fatto per i soggetti affetti da neoplasia, la medicina palliativa riconosce come suo "soggetto" di applicazione tutti i pazienti con patologie croniche invalidanti non guaribili. Ecco pertanto che la maggior parte dei soggetti anziani rientra in tale realtà: basti pensare a quelli affetti da malattie neurologiche come la demenza e con postumi di ictus cerebri, quelli affetti da scompenso cardiaco cronico refrattario, quelli da patologia respiratoria cronica con insufficienza respiratoria, quelli da patologia ortopedica o reumatologica con limitazioni alla deambulazione e alla vita di relazione. Non si possono creare hospice per tutti questi pazienti né le cure domiciliari sono sufficienti per tali soggetti per la complessità assistenziale e per

un tessuto sociale sempre meno capace di assistere a domicilio: pertanto sempre più i reparti clinici “per acuti” sono affollati da soggetti che hanno patologie croniche riacutizzate ma non “nuove patologie”.

Nel tempo quello che era l’approccio ad ogni paziente medico si è diversificato in trattamenti “attivi”, cure di “fine vita”, “medicina palliativa”.

Nel 2010 Temel^[6] ha inoltre aggiunto un elemento fondamentale di riflessione: l’applicazione delle cure palliative a soggetti affetti da microcitoma polmonare sin dal primo approccio clinico, ha modificato la storia naturale del malati con miglioramento della qualità di vita e aumento della aspettativa di vita. Su queste basi in Italia oggi i centri di eccellenza oncologica sono quelli ove terapie attive e medicina palliative camminano sempre insieme, sin dalla diagnosi, realizzando quel percorso virtuoso che va sotto il nome di “simultaneous care”^[7]. La nostra esperienza, in assenza di un centro per la medicina palliativa e di un hospice all’interno del POR INRCA di Ancona, dimostra che le basi della medicina palliativa (supporto, comunicazione, trattamento dei sintomi, terapia del dolore, accompagnamento) non solo possono essere applicate con successo nei soggetti anziani ma, come e più rispetto ai soggetti affetti da neoplasia, la loro applicazione è garanzia di buona pratica clinica e di miglioramento degli “outcomes”.

Appare pertanto fondamentale che, in un periodo in cui le risorse sono sempre più ridotte a fronte di richieste assistenziali sempre più diversificate e impegnative, l’approccio al paziente geriatrico non si deve occupare “di un organo” o di “un apparato” ma del suo “bene essere” anche nel fine vita, garantendo la miglior pratica medica possibile con ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

L’integrazione tra l’approccio spiritualistico-olistico medievale, certamente poco tecnologico, che offriva poche risorse concrete ma accoglieva il “malato-pellegrino”, confrontato con un approccio in cui la medicina agisce per “protocolli” su evidenze scientifiche che, però, non sempre tengono conto delle diversità dei singoli soggetti, non sono due poli opposti e inconciliabili bensì due opportunità “di cura”, diversificata e con diversi fini, che si possono intersecare e intrecciare nella realtà clinico-assistenziale di ogni individuo.

BIBLIOGRAFIA

1. Katz FD: A.D.L.: Activities of Daily Living, JAMA 1963; 185:914.

2. Lawton MP: Instrumental Activities of Daily Living, GERONTOLOGIST 1969; 9:179.

3. G.U. n° 65 del 19 marzo 2010.

4. Buckman R: La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi. Raffaello Cortina Editore, 2003.

5. D.P.C.M. del 20 gennaio 2000.

6. Temel JS et Al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small- Cell Lung Cancer, N Engl J Med 2010; 363: 733-42.

7. Zagonel V et Al.: The medical oncologist’s role in palliative care: AIOM’s position, TUMORI 2009, 95; 652-54.



Incontrare le persone

Emanuela Ceresani

Clinic Counseling - Centro di Ascolto, INRCA POR Ancona

Riassunto. Il Centro di ascolto e la Direzione medica INRCA effettuano un iter di formazione trasversale del personale per fornire agli addetti ai lavori (personale ospedaliero) momenti di supporto relazionale e comunicativo per il raggiungimento delle “Life Skills” identificate dall’OMS e per lo sviluppo di abilità socio-emotive in grado di ridurre l’esposizione dei lavoratori ad eventuali fattori di stress. Il ruolo della comunicazione risulta di particolare importanza nel settore sanità visto che l’utenza degli addetti è spesso portatrice di disagio e fragilità. In particolare, nel campo sanitario il nucleo della vita lavorativa quotidiana è il gruppo di lavoro e il cambiamento favorito da questo processo formativo ha un valore per il singolo all’interno del gruppo ma il sapere condiviso, la capacità di cooperare e l’accettazione delle differenze avranno un riflesso decisamente positivo per l’intera organizzazione.

Parole chiave: supporto relazionale e comunicativo, life skills

Abstract. The clinic counseling Center and the medical management of INRCA carry out a process of personnel training, providing relational and communication support in order to achieve the “Life Skills” identified by the WHO, thus developing socio-emotional skills and reducing the workers’ exposure to possible stress factors. In the health sector the role of communication is particularly important since patients are often bearer of discomfort and weakness. The team is the core of everyday working life, therefore the change favored by this training process has a value for the individual within the group though this shared knowledge, the ability to cooperate and the acceptance of differences will have a very positive reflection on the entire organization.

Keywords: relational and communicative support, life skills

Nel 2012-2013 il Centro di ascolto in collaborazione con la direzione medica di presidio ha attivato uno specifico iter di formazione trasversale del personale INRCA anche in continuità con un tipo di formazione del tutto esperienziale che era già stata proposta negli anni precedenti e che era stata accolta con entusiasmo da gran parte del personale. Tale formazione rispondeva e risponde, all’esigenza, sempre più pressante di supportare, all’interno degli ambienti di lavoro e di fornire agli addetti ai lavori (personale medico ed infermieristico) momenti di supporto relazionale e comunicativo al fine di fronteggiare i momenti difficili dell’assistenza stessa

In questa ottica di educazione alla salute è risultato efficace affiancare ad obiettivi formativi lo sviluppo di abilità socio-emotive che potessero accompagnare il lavoratore verso la scelta di comportamenti e stili di vita sani in grado di ridurre, sul nascere, l’esposizione a

fattori potenziali di stress.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha in questo senso identificato una serie di competenze sociali e relazionali che permettono al soggetto di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, il rapporto con se stessi, gli altri e la comunità: le Life Skills.

Quelle fondamentali, che cerchiamo di promuovere a livello soggettivo sono:

- Gestione dello stress
- Gestione delle emozioni
- Competenza nelle relazioni interpersonali
- Comunicazione efficace
- Empatia
- Decision making
- Problem solving
- Creatività
- Senso critico
- Autocoscienza

dove per gestione e competenza intendiamo:

Gestione dello stress: riconoscere le cause di

tensione e di stress, saper individuare il motivo che le provoca, saperle affrontare attraverso lo sviluppo di tecniche e strategie efficaci.

Gestione delle emozioni: riconoscere le emozioni in sé e negli altri, essere consapevoli di quanto esse influenzino o determinino il proprio comportamento ed il proprio agire. Saper affrontare le emozioni particolarmente intense quali la rabbia o il dolore che possono provocare, se mal agite, effetti negativi sulla salute fisica e mentale.

Competenza nelle relazioni interpersonali: saper riconoscere le relazioni importanti e significative per il proprio benessere psico-sociale. Significa adottare le dovute strategie per mantenere le relazioni importanti così come avere a disposizione gli strumenti necessari per interrompere invece quelle rischiose o problematiche. Anche nel caso della necessità di rompere un rapporto, questo dovrebbe essere agito in maniera costruttiva ed efficace piuttosto che esprimere o provocare forti tensioni o disagio.

Comunicazione efficace: sapersi esprimere, saper comunicare i propri bisogni così come le proprie difficoltà, le proprie emozioni desideri ed opinioni in modo efficace. Molto importante in questo senso anche la capacità di chiedere aiuto in caso di necessità.

Empatia: capacità di comprendere gli altri, di “mettersi nei loro panni”, di capire e cercare di interpretare i comportamenti di chi ti sta intorno, per facilitare la comprensione e l'accettazione dell'altro, per individuare efficaci strategie relazionali con chi è diverso e/o necessita del nostro aiuto ed accoglienza.

Decision making: ovvero la capacità di saper prendere delle decisioni in determinate situazioni, di saper valutare tra le diverse scelte cui ci troviamo di fronte e delle conseguenze di tali scelte. Importante la capacità di “dire di no” in determinate situazioni, per esempio davanti allo stimolo di un gruppo di pari che ci invita a comportamenti che non sappiamo padroneggiare o che intuiamo forieri di conseguenze insostenibili e/o pericolose.

Problem solving: la capacità di affrontare ed impegnarsi a risolvere i problemi cui ci troviamo di fronte, sia per trovare soluzioni efficaci sia per evitare un processo di elusione dei problemi che può portare ad una forte situazione di disagio e di stress, mentale e fisico.

Creatività: strettamente collegata alle precedenti la creatività è intesa come la capacità, posti di fronte a determinate situazioni, di elaborare ed intravedere le possibili scelte e soluzioni, esplorare le

alternative possibili ed essere in grado di immaginare le conseguenze di tali scelte.

Senso critico: capacità di analizzare informazioni, stimoli, esperienze, sapendole collocare nel giusto contesto, riconoscendo e sapendo valutare i diversi fattori che influenzano atteggiamenti e comportamenti, per esempio la pressione del gruppo dei pari o gli stimoli che provengono dai media.

Autocoscienza: non solo stima di sé, ma capacità di conoscere il proprio carattere, i propri punti deboli e forti, i desideri e quello di cui abbiamo bisogno. Saper individuare quando si è sotto stress, comprenderne i motivi, agire delle soluzioni efficaci. Essere in grado di riconoscere le proprie emozioni e sapersi spiegare il comportamento che adottiamo in determinate situazioni. Ne consegue che, indipendentemente dal metodo di analisi e di intervento prescelti, la definizione degli obiettivi necessita di un attento esame degli elementi soggettivi relativi al *come* i soggetti percepiscono se stessi all'interno dell'organizzazione. Il ruolo strategico della comunicazione e dello sviluppo è, nel settore della sanità, particolarmente pregnante visti gli importanti risvolti che l'azione dei lavoratori e dei professionisti coinvolti hanno su un'utenza spesso portatrice di disagi e fragilità.

L'art.32 della Costituzione italiana, nel sancire la tutela della salute come ‘diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività’, di fatto invita a promuovere ogni opportuna iniziativa e ad adottare precisi comportamenti finalizzati alla migliore tutela possibile della salute globale atteso che, il mantenimento di uno stato di completo benessere psico-fisico e sociale costituisce, oltre che diritto fondamentale dell'uomo, anche interesse preminente della collettività per lo sviluppo e la crescita della società civile.

Sulla scorta di queste premesse, gli incontri **periodici e costanti con gli operatori diventano fondamentali per promuovere non solo una cultura fondata sulla relazione - accoglienza ma per migliorare lo stesso clima di unità operativa**. Numerose norme e direttive confermano l'importanza riconosciuta al valore della salute organizzativa:

- il D Lgs 81/2008 richiede di porre attenzione alla valutazione dei rischi psico-sociali in azienda e ai fenomeni che possono facilitare il malessere psico-fisico del lavoratore;
- l'Accordo Quadro Europeo del 8/10/2004 sottolinea la necessità di attivare sui luoghi di lavoro la prevenzione dello stress lavoro correlato;

- la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24/3/2004 indica le misure finalizzate al benessere lavorativo nelle Pubbliche Amministrazioni

Da questi indirizzi, citati a titolo di esempio, gli elementi che vengono indicati come favorevoli allo sviluppo del benessere organizzativo sono l'utilizzo degli strumenti dell'**ascolto** e del **coinvolgimento** adeguati all'analisi delle criticità e dei bisogni, l'identificazione e l'attenzione ai gruppi di lavoro, lo sviluppo della comunicazione.

Già nel 1986 Rosen sottolineava l'importanza che il clima organizzativo riveste sulla salute nelle organizzazioni lavorative, mentre più recenti ricerche dimostrano che il rendimento lavorativo è legato al benessere psicologico e al commitment organizzativo.

Il clima di un'organizzazione rappresenta la sua dimensione soggettiva in quanto insieme di percezioni socialmente condivise che scaturiscono dalle interazioni quotidiane tra i singoli appartenenti. Esso riflette sensazioni, vissuti, stati d'animo presenti sul lavoro, nelle relazioni con gli individui e con l'organizzazione stessa ed incide sulla partecipazione/estraniazione ai gruppi di lavoro, sulla soddisfazione e sui processi di socializzazione al lavoro. Una buona percezione del clima si attua quando c'è un giusto sostegno e calore nel gruppo, i ruoli dei singoli sono riconosciuti e valorizzati, la comunicazione è aperta, chiara e fornisce feedback accettabili sui comportamenti delle persone e sui risultati conseguiti dal gruppo. In buona sostanza il clima rappresenta un importante indicatore su cui è possibile intervenire concretamente.

In particolare per le strutture sanitarie, il nucleo della vita lavorativa quotidiana è stato individuato nel **gruppo di lavoro** in cui gli individui lavorano, si identificano e con cui interagiscono regolarmente per raggiungere gli obiettivi prefissati (Anderson, West 1996).

'Le qualità nuove di un gruppo indicano che gli individui si sono trasformati da singoli a parti, a membri del gruppo, la formazione del gruppo ha trasformato gli individui. Ma un gruppo è uno e molteplice: la diversità è necessaria per formare un insieme, e l'insieme è necessario per formare la loro diversità. L'emergenza sistemica è formazione del gruppo, trasformazione degli individui in membri e nuove emergenze, tra ordine e disordine'. (Quaglino, Casagrande, Castellano - 1992).

L'esperienza lavorativa che scaturisce dall'interazione tra persona e organizzazione in una situazione concreta presenta connotazioni

positive e negative che retroagiscono influenzando le successive direzioni di condotta sia personali che collettive.

Insoddisfazione, fatica, stress non solo oggetti di studio, ma ambiti di intervento correttivo e progettuale sui quali si misura l'efficacia dell'organizzazione.

Dopo aver progettato e realizzato un primo corso dal titolo: "Riconoscere e gestire lo stress in ambito lavorativo: Capire ciò che accade dentro di noi", si evidenzia la necessità di aggiornare un *clima lavorativo aziendale* in grado di *diffondere benessere all'interno dell'organizzazione, innalzare la qualità del servizio offerto dall'azienda sanitaria e ottimizzare il rapporto con l'utenza finale*, tutto ciò attraverso la creazione di équipes di lavoro coese, efficienti ed efficaci ed una rete di rapporti positivi, autentici e distesi tra colleghi, superiori e subalterni.

Uno degli obiettivi del processo di formazione permanente e trasversale presentato all'interno di questo progetto, è quello di fornire supporto nella gestione dello stress sanitario, alle figure professionali che operano all'interno della struttura sanitaria, potenziando le conoscenze di base e quelle acquisite nella formazione precedente focalizzata sullo stress lavoro correlato.

La possibilità di un sostegno psicologico al gruppo e all'individuo, costituisce un fattore di importante prevenzione rispetto al rischio di burn-out e degli elevati costi umani ed economici che esso comporta.

La sindrome da burn-out è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto (helping profession). Queste figure sono caricate da una duplice fonte di stress: il loro stress personale e quello della persona aiutata. Esse spesso si caricano eccessivamente delle problematiche manifestate dalle persone di cui si occupano, non riuscendo così più a discernere tra la propria vita e la loro. Questa 'con-fusione' tra vita privata e vita lavorativa è il primo campanello d'allarme di questo tipo di sindrome.

I lavoratori che ne sono colpiti manifestano gradualmente sintomi riconducibili alla patologia: astenia, spossatezza, mancanza di energie ed incapacità di sostenere e scaricare lo stress accumulato.

Le conseguenze di questa particolare forma di di-stress possono essere fonte di disagio psichico, impoverimento dell'esistenza, la depersonalizzazione, patologie più o meno gravi compreso l'esaurimento emozionale, un atteggiamento improntato al cinismo, e

rappresentare per l'organizzazione un elevato costo in termini economici. Numerose ricerche psicologiche hanno dimostrato che le cause che possono portare all'insorgere di questo problema possono essere:

- eccesso di idealizzazione e aspettativa precedente all'entrata nel mondo del lavoro
- mansione lavorativa frustrante o inadeguata rispetto alle aspettative
- disorganizzazione del lavoro o comunque organizzazione non funzionale

Talvolta, a parità di condizioni lavorative si evidenziano differenze individuali nel livello di soddisfazione lavorativa riconducibili al livello individuale di self-efficacy inteso come capacità di tollerare lo stress e di sentirsi maggiormente adeguati nelle situazioni che implicano stimolo, complessità e coinvolgimento.

Al contrario, le persone che assumono una disposizione negativa e pessimistica nei confronti di sé stessi e della vita tenderanno a sovrastimare gli elementi di minacciosità ambientale cadendo, più frequentemente, in situazioni di tensione e stress.

Tuttavia, è ingenuo ritenere che la lancetta sulle dimensioni soddisfazione/insoddisfazione si sposti per il solo effetto dei tratti stabili della persona e, pur riconoscendo la necessità di individuare opportuni interventi sul fronte soggettivo, è plausibile riconoscere che gli esiti dell'esperienza lavorativa siano determinati congiuntamente da fattori oggettivi, riconducibili all'organizzazione e soggettivi, riferiti alle caratteristiche individuali ed alle modalità di interazione all'interno dei gruppi di lavoro. I comportamenti e gli interventi tesi a prevenire o eliminare le cause del di-stress costituiscono una gamma ampia nota sotto l'etichetta inglese di coping (strategie di fronteggiamento). Le strategie di coping messe in atto dalle persone per fronteggiare gli agenti stressanti cambiano le modalità di azione influenzando gli esiti del lavoro e lo stato di benessere e di salute dell'individuo.

Pearlin e Schooler (1978) individuano nel coping una funzione protettiva che viene esercitata:

- eliminando o modificando le condizioni responsabili del problema;
- controllando percettivamente il risultato dell'esperienza in modo da neutralizzare il suo carattere problematico;
- mantenendo le conseguenze emotive all'interno di limiti tollerabili.

Nel complesso, queste modalità consentono, attraverso l'azione, di riflettere sui funzionamenti e giungere ad una ridefinizione della situazione.

Ridefinire una situazione implica:

- accettare un consapevole ed onesto confronto con la realtà;
- valutare e comprendere gli aspetti della situazione stressante nei confronti della quale si è maggiormente vulnerabili;
- misurare il livello di tolleranza, il grado ed il modo con cui ci si può esporre alla situazione; assumere una strategia di condotta adeguata.

Nella fattispecie trattata, presentando la stessa gradi elevati di complessità, è opportuno condurre la valutazione e la formazione non considerando l'azienda nella sua interezza, ma analizzando i dati per partizione organizzativa (reparto).

Il criterio di omogeneità da rispettare è quello relativo alla natura del problema da analizzare mentre sono stati evitati accorpamenti generici per mansione o categoria professionale.

La valutazione soggettiva consente, attraverso un continuo monitoraggio, di definire le priorità ed intraprendere interventi adeguati.

Una volta superata questa prima fase si entra nel processo di apprendimento, strutturato allo scopo di trasformare la situazione reale producendo un cambiamento nell'azione, anche al di fuori del processo stesso, con l'obiettivo di sviluppare nuove abilità che consentano ai soggetti implicati nel processo di creare essi stessi nuova conoscenza.

L'apprendimento teorico ed esperienziale impegna il soggetto nel raggiungimento di un obiettivo comune attraverso, l'ascolto, l'osservazione, il confronto e la negoziazione.

Viene sollecitato il confronto nel rispetto attento e vigile delle specificità individuali e di gruppo, evitando accuratamente di trasferire soluzioni già codificate e viene lasciato ampio spazio all'espressione dei modi di pensare, abitudini, emozioni anche se distanti da quanto "normativamente" stabilito.

Al tempo stesso, un'eccessiva, non 'controllata' deviazione dalle norme del gruppo produce numerose difficoltà e minaccia l'equilibrio per cui è necessario, in questi momenti di 'crisi', non reprimere ma consentire, con il dovuto controllo, quanto sta accadendo, favorendone la comprensione a favore di una trasformazione più o meno radicale.

Il cambiamento favorito da questo percorso formativo ha un valore per il singolo all'interno del gruppo ma il sapere condiviso, la capacità di cooperare e l'accettazione delle differenze - precipuo valore aggiunto dell'intero processo - avranno un riflesso decisamente positivo per l'intera organizzazione.

Destinatari dell'intervento formativo

I destinatari dell'intervento formativo sono il personale sanitario ed amministrativo che opera all'interno della struttura. All'interno di ogni gruppo, costituito per appartenenza ad ogni singolo reparto, il conduttore esperto fungerà da supporto per analizzare, condividere ed elaborare i personali vissuti disfunzionali relativi alle dinamiche interpersonali tra colleghi, superiori e subalterni, dinamiche che per la loro stessa natura di scambio umano e professionale, sollecitano la presa di consapevolezza da cui può scaturire il cambiamento. La partecipazione ed il coinvolgimento sono considerati lo strumento di conoscenza privilegiato in quanto ha in sé le caratteristiche dell'azione attraverso la quale gli individui affinano, nel qui ed ora, la propria sensibilità e la percezione che hanno di sé e degli altri. Il conduttore introduce l'esperienza e dichiara gli obiettivi, i ruoli, i tempi, e la metodologia e 'guida' lo spontaneo confronto intersoggettivo. Questo processo aiuta a migliorare la consapevolezza di sé e degli altri, fa emergere le potenzialità, stimola il cambiamento riflettendo il beneficio sull'intera organizzazione.

OBIETTIVI

- Rafforzare lo spirito di gruppo e migliorare la comunicazione all'interno dell'equipe, aumentando la disponibilità reciproca
- Innalzare i livelli di autostima e fiducia in sé
- Sostenere i professionisti sanitari fornendo strumenti di relazione efficace
- Facilitare la condivisione e la ricerca comune di soluzioni ai problemi
- Ridurre lo stress lavoro correlato e prevenire il burn-out, sostenendo il benessere degli operatori
- Creare il giusto clima di collaborazione non solo all'interno del singolo gruppo di lavoro, ma anche tra i gruppi aziendali

PROGRAMMA E ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO

Il processo di cambiamento che ci si auspica di ottenere attraverso il presente percorso formativo è scandito dalle seguenti fasi:

1. Rottura dell'equilibrio: unfreezing
2. Trasformazione delle forze presenti nel campo: moving
3. Ricostruzione cognitiva ed emozionale degli standard di gruppo: refreezing

Il processo di ricerca azione consiste in cicli, ognuno dei quali si articola in tre momenti successivi.

PIANIFICAZIONE

Essa consiste nell'analisi della domanda e nell'elaborazione di un piano globale condiviso: è importante che i partecipanti manifestino il bisogno di esplorare collettivamente un problema per loro rilevante.

ESECUZIONE

Questa fase è scandita dalla somministrazione di interviste semi-strutturate e questionari ed ha lo scopo acquisire conoscenze generalizzabili e cogliere le intuizioni generali relative alle tecniche di azione che è più opportuno attuare. I soggetti all'interno del gruppo di lavoro sono inconsapevoli della discrepanza tra le teorie-in-uso e i comportamenti realmente adottati.

In questa fase formativa, i soggetti sono chiamati ad esplorare apertamente la loro azione e, grazie all'ascolto da parte del gruppo, a riflettere retrospettivamente sulle sue conseguenze. La riflessione può essere supportata dalla condivisione di mappe illustrative dei percorsi accompagnate dall'elenco delle principali criticità fino ad immaginare modi alternativi e maggiormente congruenti di agire

L'azione trasformativa assume un valore trasversale in quanto il cambiamento reso possibile a livello del singolo soggetto o del piccolo gruppo può divenire patrimonio consolidato dell'intera organizzazione.

VERIFICA

In questa fase è fondamentale la discussione sui percorsi, sulle strategie di intervento e sui risultati conseguiti. La verifica deve evidenziare se l'orientamento tendenzialmente decostruttivo è riuscito sufficientemente a dare voce alla creatività permettendo di esprimere voci alternative, portatrici di nuovi proficui significati condivisi.

Nel corso dell'intero processo, l'impegno dei docenti sarà quello di promuovere uno spazio di condivisione, protetto e supervisionato, all'interno del quale le diverse figure professionali, destinatarie del progetto formativo potranno confrontarsi sui protocolli relazionali di tipo informale utilizzati nei contesti lavorativi, rileggendoli alla luce di una nuova prospettiva integrata di gestione dei processi relazionali e comunicativi.

Nello specifico, gli interventi didattico-supervisionati rivolti al personale saranno concentrati e focalizzati sugli aspetti psicologici, relazionali, comunicativi e motivazionali del lavoro di gruppo e in equipe.

Lo scopo principale è quello di recuperare le capacità di lavorare nel team, percepire una

profonda appartenenza al gruppo di lavoro, rendere possibile un più profondo contatto umano tra operatori, di fondamentale importanza per lo svolgimento efficace del lavoro di squadra e per la soddisfazione personale.

Sono previsti inoltre incontri nei quali è richiesta la partecipazione di più gruppi di lavoro, allo scopo di rinforzare la coesione, il sentimento di appartenenza ed una cooperazione efficace che tenga conto dell'appropriata suddivisione dei ruoli. Il ruolo rappresenta la parte assegnata a ciascun membro del gruppo in funzione del riconoscimento delle sue competenze e capacità; esso racchiude anche l'insieme dei comportamenti che ci si attende da chi occupa una certa posizione all'interno del gruppo stesso. Fondamentale per un efficace sistema di ruoli è la qualità della comunicazione interna al gruppo stesso perché un suo corretto funzionamento permette che si realizzi corrispondenza tra attese e richieste dei singoli e prestazioni e comportamenti del gruppo.

METODOLOGIE FORMATIVE

Le metodologie didattiche utilizzate per l'intervento di supervisione del personale ospedaliero, si basano sulla presa in considerazione di casi con relativa trattazione delle risonanze emerse nell'operatore dopo il contatto interpersonale. Particolare focalizzazione alle dinamiche comunicative sviluppate nel momento del contatto interpersonale, oltreché l'esplorazione delle dinamiche all'interno del gruppo e fra le figure professionali diverse

Corsi e Congressi di Interesse Riabilitativo





Le sindromi vertiginose nell'anziano: aspetti clinici e riabilitativi

Seconda edizione 19-20 settembre 2014

PRIMA GIORNATA	SECONDA GIORNATA
14:00 Registrazione dei partecipanti	08:00 La riabilitazione vestibolare Marco Tramontano
14:30 Apertura lavori: uso della classificazione ICF nelle sindromi vertiginose Oriano Mercante Moderatore: Antonio Napolitano	09:00 Le interferenze propriocettive nel mantenimento dell'equilibrio Marco Tramontano
15:00 I disturbi dell'equilibrio Antonio Napolitano, Morena Forini	13:00 Pausa pranzo
15:30 Anatomia e fisiologia dell'apparato vestibolare Giuseppe Quaglietti, Renzo Cremonesi	14:00 La valutazione funzionale non strumentale Marco Tramontano, Yesica Regina Yeannes
16:00 Inquadramento e classificazione delle sindromi vertiginose Morena Forini, Giuseppe Quaglietti	15:00 Le tecniche riabilitative dei riflessi vestibolari Marco Tramontano
16:20 Coffee break	17:00 Simulazioni pratiche tra i partecipanti Marco Tramontano, Yesica Regina Yeannes
16:30 Diagnosi clinica e strumentale della vertigine: - le vertigini periferiche - le vertigini centrali Renzo Cremonesi, Giuseppe Quaglietti	18:00 Somministrazione dei test finali di apprendimento: prove scritte e pratiche; valutazioni corso e docenti Marco Tramontano, Yesica Regina Yeannes
17:50 Il trattamento della vertigine: - terapia medica - terapia fisica (manovre liberatorie) Giuseppe Quaglietti, Morena Forini	Crediti ECM: n.20
18:20 Conclusioni	



3° Corso di Aggiornamento Osteoporosi: dalla fisiopatologia al ruolo del fisiatra

25-26-27 settembre 2014

GIOVEDÌ 25 SETTEMBRE 2014

- 14:00 **Focus on: attualità**
Moderatori: Isaia G., Sinigaglia L.
- Autofagia: un nuovo player nel mantenimento scheletrico?**
Cenci S, *Milano*
- Osteoartrosi: malattia cartilaginea o dell'osso**
Minisola G, *Roma*
- Biomarkers nell'osteoartrosi**
Malavolta N, *Bologna*
- 16:00 **Osteopatie metaboliche**
Moderatori: Lattanzio F, Minisola G
- Crescita e fragilità ossea**
Bianchi ML, *Milano*
- Acromegalia: effetti muscolo-scheletrici**
Cozzi R, *Milano*
- Patogenesi delle fratture atipiche di femore**
Sinigaglia L, *Milano*
- Effetti scheletrici degli antipertensivi**
Isaia G, *Torino*

VENERDÌ 26 SETTEMBRE 2014

- 08:00 **Warm-up: Esercitazioni teorico-pratiche e casi clinici a gruppi***
- 11:00 **Osteopatie metaboliche**
Moderatori: Dessi-Fulgheri P, Nuti R
- Sarcopenia, fragilità e cadute**
Falaschi P, *Roma*
- Iperparatiroidismo primitivo e vitamina D.** Zini M, *Reggio Emilia*
- Associazione tra sindrome metabolica ed osteoporosi**
Migliaccio S, *Roma*
- Effetti scheletrici del trattamento antidiabetico**
D'Erasmus E, *Roma*
- Buffet lunch
- 14:30 **Update su vitamina D**
Moderatori: D'Erasmus E, Stefanello ML
- Regolazione genetica dei livelli di vitamina D**
Nuti R, *Siena*

Vitamina D e cadute

Arioli G, *Mantova*

- 15:30 **Esercitazioni teorico-pratiche e casi clinici a gruppi***

SABATO 27 SETTEMBRE 2014

- 08:00 **Attualità e prospettive terapeutiche**
Moderatori: Barbagallo M, Ceravolo MG
- Osteoporosi: effetti scheletrici del trattamento a lungo termine e della drug holiday**
Vescini F, *Udine*
- Inibizione del RANKL ed effetto sui compartimenti ossei del collo del femore**
Caudarella R, *Bologna*
- Terapia osteoanabolica: dagli effetti scheletrici alla safety**
Gonnelli S, *Siena*
- Stimolo meccanico e salute ossea: qual'è l'evidenza**
Francucci CM, *Ancona*
- 10:30 **Attualità e prospettive terapeutiche**
Moderatori: Cherubini A, Ricci M
- Osteoartrosi: ruolo dei farmaci per l'osteoporosi**
Di Matteo L, *Pescara*
- Farmaci per l'osteoporosi ed insuccesso terapeutico: quali cause?**
Frediani B, *Siena*
- Trattamento farmacologico della sarcopenia.**
Barbagallo M, *Palermo*
- Prevenzione delle cadute nel grande anziano** Mercante O, *Ancona*
- 13:00 **Caso clinico**
Caudarella R, Francucci CM, Mercante O
- 14:00 **Verifica dell'apprendimento**
*Esercitazioni teorico-pratiche e casi clinici a gruppi (45' per ciascun gruppo)
Discussant: Caudarella R, Ceccoli L, Diacinti D, Francucci CM, Malavolta N, Mercante O, Scendoni P, Vescini F

Elenco corsi e congressi

Titolo	Sede	Data	Promosso da
Le sindromi vertiginose nell'anziano: aspetti clinici e riabilitativi info: g.ghetti@inrca.i	Ancona	Seconda ed. 19-20 settembre 2014	
III Corso di aggiornamento Osteoporosi: dalla fisiopatologia al ruolo del fisiatra info: www.museioncoop.net	Osimo	25-26-27 settembre 2014	
42° Congresso Nazionale SIMFER Medicina Fisica e Riabilitativa: innovazione, efficacia, sostenibilità info: www.simfer.it	Torino	28 settembre / 1 ottobre 2014	
Il trattamento in Team della patologia funzionale dorso-lombare e articolare periferica info: www.seres-onlus.org	Osimo	10-11 ottobre 2014	
Menti Attive La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche info: www.seres-onlus.org	Osimo	28 novembre 2014	
Riabilitazione Cardiologica del grande anziano info: g.ghetti@inrca.it	Ancona	novembre 2014	
Corso su mesoterapia e infiltrazioni info: www.seres-onlus.org	Osimo	da definire	

con il contributo di:



ROPLUSTEN
ORTHOSERVICE
INTERNATIONAL PARTNER

www.roplusten.com



Fano - www.sanitariaortopedialetterazze.it



Ascoli Piceno - www.laboratorioortopedicomarini.it



Città di Castello - www.ortopediapieffe.it



Ancona - www.fgpsrl.it



Ancona - www.fisiofitness.eu



Ancona - www.neriteam.it



www.biofutura.it



www.grunenthal.it



ISBN 978-88-6068-115-7

