



AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO - FORLANINI
AZIENDA CON OSPEDALI DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
P.zza C.Forlanini, 1 – 00151 ROMA
D.I.T.R.O
DIPARTIMENTO INFERMIERISTICO TECNICO RIABILITATIVO ED OSTETRICO

UNITA' OPERATIVA COMPLESSA
SERVIZIO RIABILITATIVO AZIENDALE



“La Riabilitazione di una grande Azienda Ospedaliera”

Dr. Stefano Capparucci, ottobre 2009

Premessa

Questo documento è volutamente breve, perché vuol essere letto. Al suo interno ci sono riferimenti a leggi o regolamenti che vengono talvolta riportati, per praticità (*in corsivo*), ma che vogliono solo dar forza alla sequenza dei passaggi logici. Vuol essere letto. Da chi? Prima di tutto da chi decide, Direzione, Controllo di Budget ,... ma anche da chi non ne ha la capacità ed il potere.

Un Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini usava spesso una metafora: se la nave fila dritto è grazie a chi la conduce verso una meta, ma anche a chi sotto spala carbone faticando, sudando, ma senza vedere. Chi spala deve sapere dove si sta andando, altrimenti spalerà male, cercherà di far finta, alla fine non spalerà più ...

Allora il titolo, che sembra sbagliato: la Riabilitazione “in” e non “di” una grande Azienda! No, è volutamente “di”. Non solo perché fa riferimento ai grandi lavori strutturali del “grande ospedale-cantiere” di questi anni, ma perché ha in sé molteplici concetti, che per chiarezza e semplicità sono ordinati come segue:

- 1. L’idea di riabilitazione contenuta nell’istituzione del S.S.N.**
- 2. I professionisti della riabilitazione: il cambiamento in pochi anni**
- 3. Ospedale o Azienda Ospedaliera? Breve storia di ieri, prospettive per domani**
- 4. La “Riabilitazione” in Az. Ospedaliera: progettarla a partire dall’evento acuto ...**
- 5. ... progettare il ritorno a casa**
- 6. L’ICF: un cambiamento di prospettiva**
- 7. Conclusioni**

1. L'idea di riabilitazione contenuta nell'istituzione del S.S.N.

D. L. n.833/1978 : Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

TITOLO I

Capo I - Principi ed obiettivi

1. (I principi). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

2. (Gli obiettivi). - Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;

c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione

e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

[h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo] (1).

(1) Si ricorda che il D.P.R. 5 giugno 1993, n. 177 (G.U. 5 giugno 1993, n. 130), in seguito al referendum indetto con D.P.R. 25 febbraio 1993, ha abrogato dell'art. 2, secondo comma, lett. h), di questa legge.

Talvolta è utile andarsi a rileggere i principi e gli obiettivi (... e come perseguirli) del SSN per capire la direzione in cui dovrebbe andare la nave. Curare sì, in maniera appropriata e specializzata, ma riferendosi sempre al contesto ambientale in cui ciascuno vive.

Pochi mesi fa fece molto scalpore una serie di servizi stampa sulla condizione di vita, in generale, di un paziente in ospedale. Si parlava di come, appena ricoverati, talvolta in pochi minuti si diventa da persona a corpo, da identità a numero ... Un esempio per tutti: perché - si diceva - non poter mangiare agli stessi orari di casa propria? Basta poco per non creare una frattura talvolta insanabile tra salute e malattia, tra una serena consapevolezza del presente ed una ansia indistinta per il futuro: nei principi del SSN si parla sempre del binomio “salute fisica e psichica”, non come dimensioni separate, ma fortemente interrelate tra loro. Basta poco pensare ogni intervento avendo presente questo inscindibile binomio.

La riabilitazione non deve essere considerata solo come la terza fase di un processo di presa in carico di una persona. La riabilitazione, intesa come ripristino di funzioni, ruoli, comportamenti adattivi al proprio ambiente di sempre, è quindi sia un file relativo a specifici interventi, sia “il desktop” su cui vengono fissati tutti gli altri.

2. I professionisti della riabilitazione: il cambiamento in pochi anni

a) *D.M. 14 Settembre 1994 n. 741: “Profilo Professionale Fisioterapista”*

Art.1

*1. È individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il Fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, **che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di***

2. In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

a) elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione

b) pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale

c) propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia ...

d) verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale

Il 1994 è un anno da ricordare, non solo per i Fisioterapisti, ma per tutte le professioni sanitarie. E' stato finalmente definito un ruolo che non è più subalterno, una professione che anche terminologicamente non è più ancillare ad un'altra, “para...medica”, ma che ha le sue specifiche caratteristiche e responsabilità. Per i fisioterapisti inoltre, il profilo professionale acquista un sapore storico in quanto pone termine, anche sul piano formativo, alle decine di denominazioni più disparate usate per un abusivismo professionale esasperato.

I Fisioterapisti cominciano ad assumersi una nuova responsabilità professionale, navigando tra gli scogli dell'autonomia, del vincolo di una prescrizione, della libertà terapeutica, dell'obbligo di una corretta raccolta anamnestica prima di effettuare un trattamento Quest'ultimo scoglio, che quasi fa un tutt'uno con il vincolo prescrittivo, è quello a cui si infrange un collega, di un'Azienda di Ancona, che avendo procurato un danno ad un paziente si era giustificato con la sua “fedeltà” alla prescrizione del medico. La Corte di Cassazione decise quanto segue:

b) *Sez. 4 della Corte Suprema di Cassazione. Sentenza n. 7678 del 1998*

Ritiene infatti questa Corte che incomba sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose, sicché, in mancanza di idonea documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente) lo stesso fisioterapista ha il

dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare. Pertanto, sulla base del principio affermato e in accoglimento dell'impugnazione proposta dalla sola parte civile consegue l'annullamento della sentenza con rinvio, per nuovo esame, al giudice civile competente per valore in grado di appello. P.Q.M. Annulla la sentenza impugnata e rinvia, per nuovo esame, al giudice civile competente per valore in grado di appello. Così deciso in Roma, il 10 aprile 1998. Depositato in Cancelleria il 2 luglio 1998.

Siamo nel 1998, a 4 anni dalla promulgazione dei profili. E' chiaro che non basta una legge per modificare comportamenti di chi, abituato ad eseguire indicazioni altrui, deve saper lavorare insieme. Lavorare da soli talvolta è più facile che non lavorare davvero insieme, non "per" ma "con" un altro, o tanti altri. Ma i cambiamenti legislativi denotano un processo storico ormai chiaro: ciò che viene chiesto ai professionisti sanitari è una crescente responsabilità ed autonomia professionale. E' quanto verrà definito per decreto solo due anni più tardi. Nel frattempo ...

c) Legge 26 febbraio 1999, n. 42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

Finalmente un po' di ordine. Ma ecco una legge che definisce anche i ruoli a livello gestionale ...

d) Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

Art. 2. (Professioni sanitarie riabilitative) Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

Art. 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Da un'analisi dei termini usati nel D.L. 251 per definire le caratteristiche di ciascun profilo, ne consegue che:

Infermieri e ostetriche agiscono con “*autonomia professionale*”

Le professioni della riabilitazione con “*titolarità e autonomia professionale*”

Le professioni tecnico-sanitarie agiscono con “*autonomia professionale*”

Le professioni della prevenzione agiscono con “*autonomia tecnico-professionale*”.

Ecco come, appena ... 5 anni dopo, la Regione Lazio è tra le prime ad invitare le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ad applicare la legge:

e) *Oggetto: Linee direttive per l'attuazione della legge 251/00*

*A distanza di cinque anni dall'approvazione della legge 10 agosto 2000, n.251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” la stessa risulta essere parzialmente applicata, solo per l'area infermieristica ed ostetrica, nella Regione Lazio nonostante la ormai chiara definizione del quadro normativo e contrattuale di riferimento sia nazionale che regionale. **L'individuazione di servizi autonomi con responsabilità dirigenziale per tutte le aree delle professioni del comparto è premessa fondamentale per il raggiungimento dei livelli di autonomia e di qualificazione degli operatori** ed affianca concretamente l'analoga progressione alla quale dette professioni sono andate incontro con la riforma del loro percorso formativo mediante l'istituzione delle lauree di cui al Decreto interministeriale 2 aprile 2001 e dell'esercizio professionale di cui alle leggi 42/99 e 251/00. I risultati positivi sull'intero sistema sanitario non potranno mancare, anche se saranno evidenti solo medio e nel lungo periodo.*

*Pertanto l'Assessorato alla Sanità **riconosce valenza strategica alla legge 251/00, quale risorsa per una diversa organizzazione del lavoro sanitario , individuando quale primaria area di intervento la valorizzazione dell'apporto delle professioni, incentivando ed estendendo il conferimento diretto di responsabilità**, come previsto dagli artt. 1,2,3 e 4 della legge 251/00, per le distinte aree di competenza, attraverso la istituzione di specifici servizi diretti da dirigenti provenienti dalle stesse aree, con le seguenti finalità:* □ *Dare attuazione alla legge 251/00 riconoscendone le potenzialità delle professioni sanitarie, elaborando linee guida per individuare le opportune strategie organizzative , realizzando nelle aziende sanitarie l'affidamento delle aree di competenza ai professionisti ed introducendo nuove modalità di organizzazione del lavoro;* □

monitorare la progressiva realizzazione dei servizi tramite verifiche periodiche sulla attuazione e sui risultati conseguiti; **Inserire i servizi delle professioni sanitarie nell'organizzazione dipartimentale** e/o garantirne il collegamento funzionale con i dipartimenti previsti dagli Atti aziendali, secondo modelli affidati alla autonoma determinazione delle aziende, al fine di realizzare una revisione dei modelli organizzativi tendenti ad ottimizzare l'impiego delle risorse ed a migliorare il servizio reso ai cittadini .

Ecco infine che, appena 3 anni fa, un ultimo D.L. definisce con chiarezza non solo la necessità di Albi Professionali relativi a ciascuna figura professionale, ma che siano attribuibili i ruoli dirigenziali solo ai professionisti in possesso di un titolo di specializzazione universitaria specifico.

f) Legge 1 febbraio 2006, n. 43:"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

ART. 6 (Istituzione della funzione di coordinamento)

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

3a.Ospedale o Azienda Ospedaliera? Breve storia di ieri ...

Il primo ospedale in Europa, il Santo Spirito di Roma, nasce nel 727 quando Ina, re dei Sassoni, vuole creare un luogo per l'assistenza e cura dei sempre più numerosi pellegrini che giungono a Roma per venerare S. Pietro.

Anche a Terni, grazie ad una pergamena notarile datata 7 settembre 1366, vediamo che il primo ospedale nasce con un target analogo: i più poveracci tra i malati di strada. Un palazzotto di Terni e alcune case vengono donate, per testamento, alla Confraternita di San Nicandro da un certo Tristano da Giovannuccio, per farne un ricovero per i malati poveri. La confraternita ne ricava quattro letti *"forniti di biancheria, di materassi, di lettieri e di altre cose necessarie"*. Nella storiografia ternana questo avvenimento vale per la fondazione dell'ospedale Santa Maria. *"E' un'opera di misericordia per i più derelitti, perché i malati normali vengono curati in casa e a partire dal 19 agosto 1398 i cittadini possono anche giovare di un medico condotto stipendiato dal Comune con 50 fiorini l'anno con un contratto per cinque anni. Questo primo dottore, patentato in medicina, si chiamava Giovanni da Rieti"*.

Tornando al primo ospedale di Roma, il Santo Spirito, scopriamo che curiosamente proprio qui - esattamente due secoli dopo - comincia a creare quel suo "laboratorio di carità" San Camillo de Lellis. In un racconto si ritrova che ... *"consumava tutto il tempo nell'Hospidale di Santo Spirito.*

Dove particolarmente si ritrovò alli 24 di Dicembre 1598. Quando occorse in Roma quella grande inondazione che non si ricordava la maggiore. Nella qual notte esso non fece mai altro che salvare i poveri infermi portandosene molti sopra le spalle proprie non curandosi che l'acqua gli andasse fino al ginocchio" (Cic. 80, p. 173).

E' l'iniziatore anche dell'assistenza degli ammalati a domicilio, che chiama il "mare grande", l'oceano senza fondo della carità, poiché a quei tempi a Roma generalmente gli infermi erano curati in famiglia; soltanto i più poveri e gli emarginati ricorrevano o erano portati all'ospedale. Con i suoi religiosi Camillo offre a tutti i malati nelle case un'assistenza premurosa per il loro recupero o per prepararli a una buona morte. Organizza anche una spedizione di padri e fratelli al seguito

dell'esercito in Ungheria e Croazia per assistere i feriti nelle battaglie contro i Turchi (1595). E' il precursore della Croce Rossa Internazionale.

Negli ospedali dell'epoca non si praticava bene la pulizia e l'igiene delle persone e degli ambienti. Anzi si consideravano dannosi alla salute l'uso dell'acqua per lavarsi e il cambio dell'aria dei locali. Anche l'assistenza diretta dei degenti lasciava molto a desiderare. Camillo non può permettere questo, poiché per lui l'ospedale è il luogo sacro della liturgia della carità cristiana. Con ardore prescrive e promuove delle innovazioni, che costituiscono una rivoluzione sanitaria. Lo qualificano "intollerabile, insopportabile" per le sue esigenze esagerate nella pulizia e nell'assistenza. E' l'intelligenza, la scienza e lo spirito della carità che lo muovono a riformare l'assistenza ai malati, ad essere, come lo qualificò poi il Papa Benedetto XIV, "l'iniziatore di una nuova scuola di carità verso gli infermi". Organizza nella casa religiosa una palestra infermieristica e insegna come assistere e trattare con maestria e umanità ogni infermo. Riscrive nel 1613 le Regole per servire gli infermi con ogni perfezione, un testo di pedagogia infermieristica di grande attualità anche oggi, poiché pone l'infermo al centro dell'ospedale e da servire con rispetto, "con la maggiore diligenza possibile e con il cuore nelle mani". Pio XI scrive: "Camillo apparve come l'uomo inviato da Dio per servire i malati e per insegnare il modo di servirli".

3b. Ospedale o Azienda Ospedaliera? ... prospettive per domani.

Oggi è diverso. Una sanità di qualità è un diritto acquisito per tutti. Tendenzialmente per problemi seri non ci si cura più in casa e l'ospedale è sinonimo della tranquillità di una presa in carico "dell'accidente in una vita normale". Anche per partorire è normale per ciascuna donna rivolgersi in ospedale, col paradosso della "medicalizzazione" di molti atti che, di per se', spesso sono fisiologici (...perché tanto divario fra regioni per i cesarei?!). E' paradigmatica la nostra esperienza dell'infant massage al San Camillo. Per molti nati prematuri, ma spesso anche per nati a termine da madri primipare, si è ritenuto necessario organizzare dei brevi corsi per neo-mamme sul massaggio infantile. E' una metodica non strettamente riabilitativa, ma "abilitativa" ad un corretto e sicuro approccio fisico al proprio figlio, a fronte di una grande insicurezza nell'approccio. Talvolta siamo in presenza di lievi ritardi di sviluppo neuromotorio, ma in tutti i casi ciò che viene insegnato è una appropriata manualità che accoglie, rassicura, rinforza i corretti pattern di sviluppo.

Ma qual è la mission di una grande Azienda Ospedaliera? Si deve occupare solo della fase acuta? E quale il ruolo di una riabilitazione in fase acuta e post acuta? Fare prevenzione in ospedale è appropriato?

Sono domande a cui, come Direttore di una UOC che si occupa di riabilitazione, tento di rispondere più avanti al prossimo paragrafo 4.

Ma credo che la mission e la vision debbano essere conosciute da tutti, ed in particolare esser considerate la cornice necessaria per la definizione strategica di ogni atto programmatico. Per quanto riguarda quella del San Camillo-Forlanini, nell'Atto Aziendale è chiaro e continuo il riferimento alla 833, che si legge in filigrana. Basti vedere le "parole chiave" che, nella mission, sottolineano il rapporto tra Azienda e cittadini (centralità della persona, rispetto della dignità umana, equità d'accesso, qualità, educazione alla salute), tra Azienda ed operatori (etica, coinvolgimento e qualificazione), tra Azienda e gestione (compatibilità risorse/costi).

Il senso di appartenenza ad una Azienda non si compra per contratto. Si costruisce con la condivisione (o quanto meno con l'informazione) con tutti delle scelte, tenendo necessariamente presente che la "mission" della propria UOC deve essere individuata coerentemente con quella dell'intera "città" ospedaliera, fatta non solo di pazienti, ma di una storia, di un futuro condiviso, di tanti e diversi abitanti (operatori, parenti, visitatori, frequentanti, passanti, residenti per caso o per bisogno, appropriati ed inappropriati, regolari o irregolari, graditi o inopportuni che siano...) . Costruire questo non è solo il ruolo del Bilancio Sociale o dell'URP, ma deve essere responsabilità di tutti.

E' quanto stiamo tentando di fare con l'istituzione, all'interno del DITRO, del Gruppo Operativo Interdisciplinare dedicato alle "persone fragili". Si tratta di una idea nata dall'attenzione alle tante persone "residenti" di fatto negli anfratti più disparati dei nostri ospedali, come pure a coloro che si rivolgono a noi con bisogni non facilmente decifrabili, in cui sanitario e sociale si confondono inesorabilmente.

Già da un anno abbiamo realizzato – in convenzione con il V° Dip.to del Comune di Roma, - una struttura di accoglienza notturna per sfd. Ma ancora più importante è il ruolo di contatto che la Cooperativa gestore svolge con le tante persone *segnalate* all'interno della "città ospedaliera". C'è qui un passaggio fondamentale che è opportuno cogliere nella sua importanza.

Segnalare?! Attraverso l'istituzione di un apposito numero telefonico, e l'attivazione di una rete di intervento intra/extra ospedaliera, si sta introducendo il concetto – attraverso i coordinatori delle varie UU OO – che segnalare una persona "fragile", individuata ai margini della propria UU OO, non è certo per allontanarla e basta (sarebbero bastati dei vigilantes efficienti...). Segnalare acquista un valore coerente con la mission aziendale: chi si rivolge all'ospedale, oggi come forse nel 700 al Santo Spirito, non è solo chi ha consapevolezza di una richiesta appropriata e qualificata di prestazioni. E' sempre più altresì chi ha bisogno, e magari non riesce a decifrarne il carattere sociale o sanitario, e magari non sa a quale struttura/istituzione rivolgersi.

L'ospedale quindi come "*porta aperta ai fragili*". Non è un progetto. E' una realtà, che peraltro aumenta in modo assurdo in tempi di crisi. E' troppo facile respingere. A noi invece importa costruire percorsi di orientamento per ciascuno. Un solo esempio per tutti. Costa meno curare una gamba diabetica ad una persona sfd con continui ed inevitabili ripetuti ricoveri, o risolvere il suo problema "alloggiativo" o magari "dietetico". E di chi è il problema? Tentando di "fratturare" il continuo rimpallo tra sociale e sanitario, in penuria di risorse, ecco quindi che un Gruppo Operativo Interdisciplinare come questo ha la presunzione di mettere insieme diverse risorse (interne ed esterne all'Azienda) nella costruzione di percorsi assistenziali efficaci.

La presunzione è proprio quella di restituire a ciascun cittadino, coerentemente con la mission, ad una *dignità umana* spesso perduta, attraverso il primario strumento – richiesto per ogni professionista – della *compassione* in senso ippocratico. E' il pregnante concetto di riabilitazione così come contenuto nell'ICF (vedi paragrafo 6).

4. La “Riabilitazione” in Az. Ospedaliera: progettartela a partire dall’evento acuto ...

“Riabilitare” significa prendersi cura della persona che ha una limitazione nelle proprie abilità, con l’obiettivo di raggiungere la massima capacità funzionale ed il massimo reinserimento nel proprio ambiente di vita.

La riabilitazione si configura quindi come l’attività trasversale finalizzata al recupero funzionale: è per sua natura un processo non di tipo gerarchico ma che attraversa tutti i servizi con necessarie connessioni multidisciplinari, che si rivolge a persone di tutte le età, che si occupa di esiti funzionali relativi ad una molteplicità di cause patologiche.

La strategia d’intervento in riabilitazione è incentrata sulle conseguenze della noxa patogena, senza ignorare il ruolo dell’intervento nei casi di malattie cronico-degenerative. Il focus dell’azione non è rappresentato dalla malattia, ma dalla persona nel complesso delle sue funzioni e abilità, con la necessità di recupero o di mantenimento di una qualità di vita accettabile.

Programmare e pianificare gli interventi significa di conseguenza individuare appropriati percorsi assistenziali, privilegiando un approccio per problemi piuttosto che per settore specialistico o disciplina.

Significa inoltre trovare strategie di integrazione tra diverse professionalità al fine di ampliare l’intervento comprendendo le attività di vita quotidiana e gli aspetti socio – ambientali.

In generale l’intervento riabilitativo, come definito dalle linee guida del Ministero della Sanità (30/05/98), è orientato al conseguimento di alcuni obiettivi prioritari:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è stata perduta
- l’individuazione di strategie neuromotorie alternative
- l’evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo
- la limitazione della regressione funzionale, nel tentativo di modificare la storia naturale delle malattie cronico-degenerative, riducendone i fattori di rischio, valorizzando le abilità residue e dominando la progressione della disabilità
- lo sviluppo o il mantenimento delle capacità relative alle attività della vita quotidiana.

L’intervento riabilitativo ha quindi inizio al momento stesso in cui il danno si instaura. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero.

Il primo stadio della riabilitazione in senso cronologico ha luogo nel momento stesso in cui si verifica la menomazione (fase acuta della malattia o accertamento di una patologia congenita o cronica).

Il secondo stadio della riabilitazione prende avvio in funzione delle disabilità che residuano non appena superata la fase acuta di malattia; concerne la fase post-acuta e riguarda sia le strutture

ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione.

Il terzo stadio richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di handicap stabilizzato) e pertanto praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

I suddetti criteri valgono, in linea generale per ogni età e per ogni patologia invalidante o potenzialmente tale.

La riabilitazione non è solo l'applicazione di una tecnica, ma un processo globale all'interno del quale, in vario modo e in diverse sedi, tecnici di differente estrazione e formazione si integrano ampliando l'orizzonte dell'intervento ed arrivando così a porre l'attenzione anche sulle attività della vita quotidiana e sugli aspetti socio-ambientali.

Essendo la riabilitazione un processo, è necessario affrontare gli aspetti pianificatori e organizzativi, promuovendo l'efficacia e l'efficienza, valorizzando il ruolo fondamentale della competenza tecnica specifica e scientificamente fondata nell'ambito del percorso assistenziale complesso, ed integrandolo nelle azioni complessive di risposta ai bisogni di salute delle persone.

Pianificare ed organizzare, perseguire l'efficacia e l'efficienza, rischiano di rimanere termini vuoti se non si considera il pensiero di fondo a cui questi si riferiscono. A 30 anni del D.L. 833, è utile ritornare infatti ai presupposti teorici di questa riforma, che nasceva e si sviluppava dal desiderio di strutturare un servizio pubblico con al centro il paziente come persona: "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale". Da allora la riabilitazione è stata teorizzata non come atto in sé, teso alla "riparazione" di una parte lesionata, ma proprio come un "processo", conseguente al momento diagnostico/terapeutico.

"Procedere" presuppone un percorso, ma soprattutto un obiettivo verso cui andare, con le sue tappe, i suoi tempi, e soprattutto la necessaria pazienza e pervicacia nel perseguirlo.

4.a La riabilitazione nell' Azienda Ospedaliera san Camillo-Forlanini

L'Area Riabilitativa aziendale, che in questi anni ha visto un grande sviluppo in termini quantitativi e qualitativi, ha una articolazione ed una complessità derivata dall'esigenza di garantire una presa in carico dei pazienti, in un processo che si limita alla fase acuta e sub-acuta, ma che necessariamente deve integrarsi con i percorsi intra ed extraospedalieri. La "presa in carico" non è un atto formale, ma presuppone – se pur in un tempo breve – una conoscenza minimale del paziente non solo per gli aspetti clinici, ma anche per quelli sociali e comportamentali, in una parola "umani". "Saper conoscere" un paziente, instaurare una relazione significativa, è una reale competenza richiesta a ciascun operatore "della salute", in particolar modo a chi si occupa di riabilitazione. Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è quindi l'individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante una successione di prestazioni specialistiche mirate e coordinate.

Gli aspetti qualificanti della programmazione del servizio di riabilitazione deve ruotare intorno ai seguenti obiettivi:

- Costruzione di percorsi riabilitativi multidisciplinari "integrati", realizzati attraverso l'intervento coordinato di più soggetti erogatori, lungo il percorso di malattia e di recupero funzionale del soggetto.
- Orientamento degli interventi ai principi della appropriatezza e della efficacia documentata, individuando per ogni percorso riabilitativo specifici esiti misurabili
- Creazione di uno stretto collegamento con i servizi sociali, sia in una ottica assistenziale, che in una prospettiva di massimo reinserimento socio-lavorativo dei pazienti.

La riabilitazione, come si è detto, è un settore complesso, che richiede una forte integrazione attraverso l'attivazione di reti finalizzate alla continuità ed all'efficacia assistenziale.

In riabilitazione esperienze applicative della EBM non sono ancora sistematiche - anche se il problema è sentito come estremamente attuale – in quanto si tende ancora a considerare la propria esperienza come elemento sufficiente nella presa di decisione terapeutica.

Gli studi clinici sono poco conosciuti, e viene sopravvalutato il valore della tradizione e delle osservazioni non sistematiche.

Inoltre si è spesso sottolineato come, almeno nell'ambito delle disabilità neurologiche, il fisioterapista e la natura della sua interazione con il paziente abbiano un peso almeno pari a quello della tecnica impiegata.

Anche la riabilitazione deve quindi confrontarsi con strumenti che definiscano criteri di appropriatezza professionale e organizzativa.

E' ormai consolidato che le linee guida cliniche, prodotte da gruppi multidisciplinari con metodologia evidence based e adattate al contesto locale siano lo strumento più idoneo per definire questi criteri.

Occorre definire interventi riabilitativi efficaci sia dal punto di vista professionale, dove cioè si sia dimostrata l'efficacia, che dal punto di vista organizzativo, erogato cioè in condizioni tali (setting e professionisti coinvolti) da utilizzare un'appropriata quantità di risorse.

In estrema sintesi si può quindi affermare che l'U.O.C. Servizio Riabilitativo nasce da queste premesse, e si pone l'obiettivo di assicurare prestazioni di riabilitazione, al massimo della competenza e dell'appropriatezza, nell'ambito delle seguenti situazioni:

Prestazioni di riabilitazione motoria, neuro-motoria, respiratoria e cardiorespiratoria, su consulenza, per pazienti interni, degenti in tutte le UU.OO. (Prestazioni "spot" di breve periodo).

Nello specifico:

- **Reparto di Cardiocirurgia/ T.I.CCH:** valutazione funzionale, counselling posturale, riabilitazione respiratoria, esercizi riespansione polmonare, disostruzione bronchiale, spirometria incentivante, rieducazione motoria, iniziale allenamento allo sforzo.
- **Reparti di Cardiologia / Chirurgia / Neurochirurgia / Neurologia / Ortopedia / Pediatria / Oncologia / Rianimazione / Terapia Intensiva / Ematologia / Otorino / SPDC ASL RM D:** valutazione funzionale, counselling posturale, rieducazione motoria, neuromotoria, respiratoria, drenaggio linfatico, liberazione aderenze e rieducazione al passo.
- **Reparto di Terapia Intensiva Neonatale:** valutazione, riabilitazione neuromotoria.
- **Reparto di Chirurgia Toracica, UTIC, STIRS, CUBE, Pneumologie, Insufficienza Respiratoria e Riabilitazione:** valutazione funzionale, counselling posturale, rieducazione motoria, neuromotoria, respiratoria, ntest del cammino, drenaggio posturale, liberazione aderenze e rieducazione al passo.

Prestazioni di tipo intensivo di riabilitazione motoria e neuro-motoria per pazienti interni:

- **Reparto di Riabilitazione:** redazione, esecuzione e verifica di un progetto e programma riabilitativo per ciascun paziente ricoverato.
I fisioterapisti presenti, stabilmente assegnati al reparto, svolgono la propria attività garantendo un secondo trattamento pomeridiano al paziente.
- **Reparto di Geriatria:** redazione di un piano di intervento secondo un progetto multidisciplinare per ciascun paziente ricoverato. I fisioterapisti presenti sono stabilmente assegnati a questo tipo di attività.

Prestazioni di riabilitazione motoria con accesso agli esterni:

- Accesso al Servizio ambulatoriale del S.Camillo e del Forlanini, attraverso **preventiva visita fisiatrica**, (eventualmente urgente per esiti post-traumatici/chirurgici o differita) per le seguenti prestazioni: cinesiterapia motoria e neurologica, massoterapia, fisioterapia con l'utilizzo di mezzi fisici, riabilitazione posturale di gruppo (interdetta al momento la riabilitazione posturale individuale), riabilitazione geriatrica di gruppo, liberazione da aderenze, linfo-drenaggio manuale (quest'ultima prestazione è offerta direttamente anche dall'ambulatorio riabilitativo angiologico, associata eventualmente alla pressoterapia), riabilitazione dei dimorfismi neonatali, riabilitazione pediatrica.

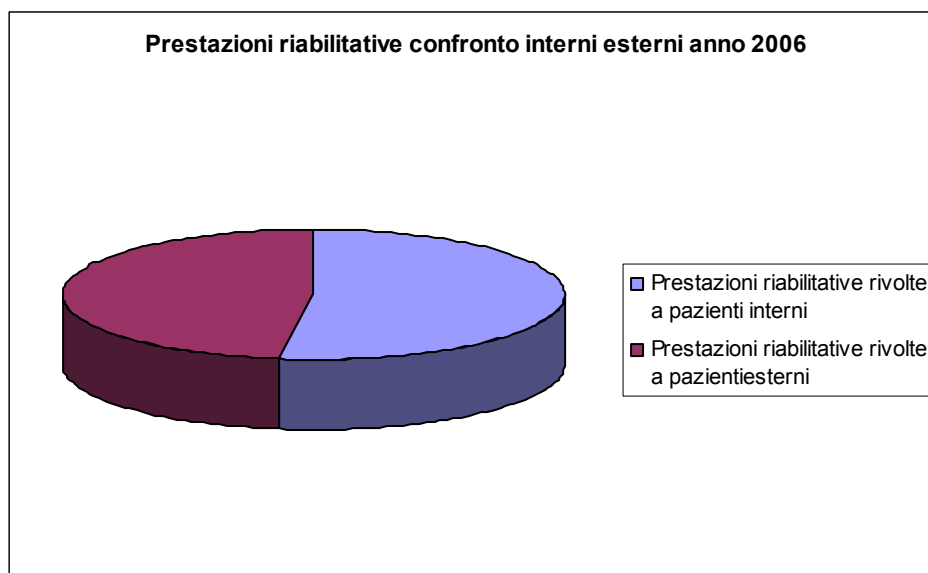
Prestazioni di riabilitazione respiratoria e cardiologica con accesso agli esterni:

- Accesso al Servizio, attraverso prescrizione del medico specialista, per le seguenti prestazioni : ginnastica respiratoria individuale e di gruppo (c/o U.O. Insufficienza Respiratoria e Riabilitazione, CUBE), drenaggio posturale individuale e di gruppo (c/o U.O. Insufficienza Respiratoria e Riabilitazione), allenamento all'esercizio fisico (c/o U.O. Insufficienza Respiratoria e riabilitazione, CUBE), riabilitazione cardiologia (c/o U.O. Cardiologia-Forlanini).

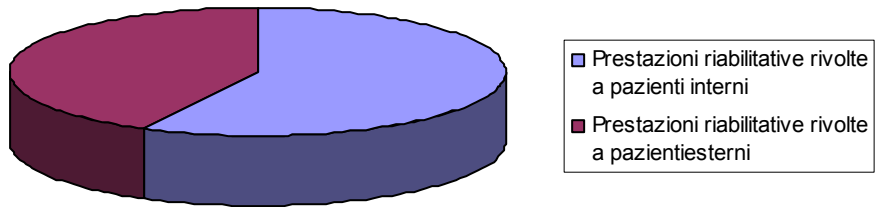
Nell'arco dell'ultimo triennio 2007 – 2009 i seguenti grafici dimostrano come sia notevolmente aumentata l'attività intraospedaliera (a seguito di un'aumentata richiesta dalle varie UU OO di degenza, nonché della definizione di percorsi clinico-assistenziali): il mantenimento dell'appropriatezza nei trattamenti, in assenza di un relativo incremento di risorse umane, ha registrato altresì una conseguente flessione dell'attività ambulatoriale :

| Interni | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 1°sem |
| UNITA' OPERATIVA | | | | |
| 5601 AR. FUNZ. GOV.CLIN. RIAB. | | | | |
| 6801 1°INSUFF.RESPIR. E RIAB. | | | | |
| 6811 C.U.B.E. | | | | |
| 0501 ANGIOLOGIA | | | | |
| TOTALE | 76378 | 85573 | 91853 | 50964 |

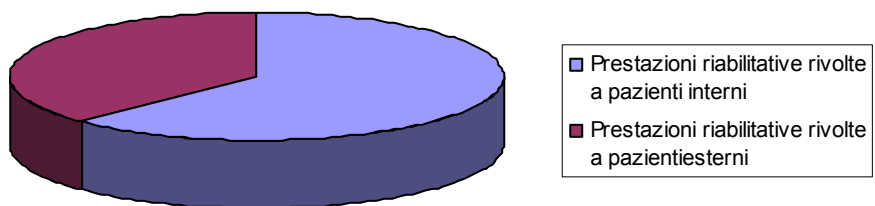
| Esterni | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 1°sem |
| UNITA' OPERATIVA | | | | |
| 5601 AR. FUNZ. GOV.CLIN. RIAB. | | | | |
| 6801 1°INSUFF.RESPIR. E RIAB. | | | | |
| 6811 C.U.B.E. | | | | |
| 0501 ANGIOLOGIA | | | | |
| TOTALE | 69490 | 63070 | 55288 | 27345 |



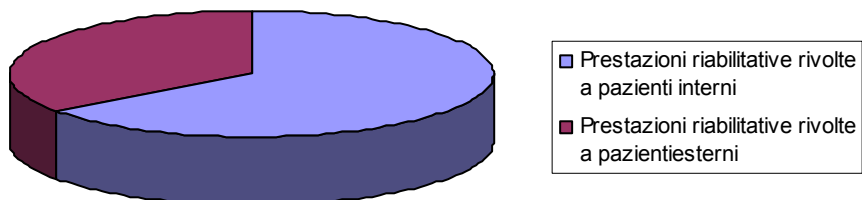
Prestazioni riabilitative confronto interni esterni anno 2007



Prestazioni riabilitative confronto interni esterni anno 2008



**Prestazioni riabilitative confronto interni esterni
I semestre 2009**



5... progettare il ritorno a casa

Questo paragrafo è molto breve, e si fonda su una nota autobiografica.

Ricordo la mia prima paziente che, appena assunto in ospedale nel 1990, incontrai in un reparto di medicina. Era una anziana con esiti di frattura di femore, che viveva da sola in casa. Ricordo ancora l'enfasi dell'inizio del trattamento, con un progetto pensato e ristudiato, consultando i sacri testi ed autorevoli colleghi ... Ma l'anziana non collaborava ... Dopo poco, cercando di essere convincente, le proposi di mettersi in piedi e camminare. Lei mi guardò negli occhi e mi chiese: "*camminare...per chi?*". Ero già preparato ad ogni risposta, a rispondere ai tanti "perché" da parte dei pazienti ... Il "per chi" mi ha sinceramente spiazzato. Quando uno è solo davvero, anche se ha una casa - pensai - avrebbe bisogno di uno spazio "sociale" in cui essere reinserito. Contattai allora, attraverso il caposala, l'assistente sociale dell'ospedale. Pensavo fosse utile guidare la scelta verso una RSA. Troppo? Delirio d'onnipotenza del neoassunto? No. Ritengo sia mandato nostro. Ogni buon fisioterapista deve infatti riabilitare non solo al gesto, ma ad un gesto funzionale. E ciascun paziente, sempre dal fisioterapista, deve essere opportunamente motivato a riorientare verso un obiettivo significativo questo gesto funzionale. Ma continuando questa relazione terapeutica scoprii una cosa importante, di cui ho fatto tesoro fino ad oggi. Ciascuno, specialmente se anziano, sogna di poter tornare a vivere in casa propria.

Ed un professionista sanitario non può lasciar senza risposta la domanda "chiave" del processo terapeutico, così impegnativa, del ... "*per chi?*"

E' la solitudine che complica la patologia.

La prospettiva di tornare a casa propria, con debito aiuto, è l'unica che assolutamente paga.

Allora ecco la premessa all'ultimo paragrafo. Non io, ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità, introducendo un nuovo modello di classificazione parte dal concetto stesso di salute che non è semplice assenza di patologie in atto...

Il Prof. A. Seppilli, padre dell'Educazione Sanitaria in Italia, già dal 1966 diceva. "*La salute non è una condizione statica di equilibrio perfetto; al contrario, essa consiste in uno sforzo continuo di adattamento alle mutevoli condizioniamientali. La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo integrato dinamicamente nel suo ambiente naturale e sociale*".

Nei miei 3 anni di Dottorato di Ricerca in Educazione Sanitaria a Perugia sono stato plasmato a considerare la salute in modo diverso dalla semplice “non malattia” E ragionare in questo modo ritengo possa aiutare a riorientare ogni nostro intervento, specialmente quello riabilitativo, ad una nuova prospettiva.

Ecco il motivo dell'ultimo paragrafo. C'è bisogno di conoscere, nella nostra Azienda Ospedaliera, questo nuovo strumento. Certamente c'è un problema di risorse, ma il razionalizzare le spese non può certo confondersi con il ritornare indietro.

Lo vogliamo, o non lo vogliamo, il processo culturale che – almeno teoricamente – ha intrapreso la sanità mondiale è un riconoscimento irreversibile della necessità della multidisciplinarietà nella presa in carico di una persona.

Si tratta di affrontare la complessità di nuovi processi assistenziali, organizzativi, che richiedono la disponibilità ad un lavoro comune. Il totale può valer più della somma ...

E' in ogni caso un processo irreversibile.

6. L'ICF: un cambiamento di prospettiva

Otto anni fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità creò uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute", denominato ICF.

All'elaborazione di tale classificazione parteciparono 192 governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia.

L'ICF si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità.

Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e sottolineare l'individuo non solo come persona avente malattie o disabilità, ma soprattutto evidenziarne l'unicità e la globalità.

Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge chiaramente nel titolo della stessa. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH), dove veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, ricorrendo a termini quali malattia, menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa, con riferimento a situazioni di deficit) nell'ultima classificazione l'OMS fa riferimento a termini che analizzano la salute dell'individuo in chiave positiva (funzionamento e salute).

L'ICF vuole fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute e ambiente, arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

L'analisi delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo porta a evidenziare non solo come le persone convivono con la loro patologia, ma anche cosa è possibile fare per migliorare la qualità della loro vita.

Il concetto di disabilità introduce ulteriori elementi che evidenziano la valenza innovativa della classificazione:

- universalismo;
- approccio integrato;
- modello multidimensionale del funzionamento e della disabilità.

L'applicazione universale dell'ICF emerge nella misura in cui la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità, ma

un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare. L'OMS, attraverso l'ICF, propone un modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona, normodotata o diversamente abile.

L'approccio integrato della classificazione si esprime tramite l'analisi dettagliata di tutte le dimensioni esistenziali dell'individuo, poste sullo stesso piano, senza distinzioni sulle possibili cause.

Il concetto di disabilità preso in considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità vuole evidenziare non i deficit e gli handicap che rendono precarie le condizioni di vita delle persone, ma vuole essere un concetto inserito in un continuum multidimensionale. Ognuno di noi può trovarsi in un contesto ambientale precario e ciò può causare disabilità. E' in tale ambito che l'ICF si pone come classificatore della salute, prendendo in considerazione gli aspetti sociali della disabilità: se, ad esempio, una persona ha difficoltà in ambito lavorativo, ha poca importanza se la causa del suo disagio è di natura fisica, psichica o sensoriale. Ciò che importa è intervenire sul contesto sociale costruendo reti di servizi significativi che riducano la disabilità.

6.a. Scopi dell'ICF

L'ICF, adottando approcci di tipo universale e multidisciplinare, può essere utilizzata in discipline e settori diversi.

I suoi scopi principali sono:

- fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- stabilire un linguaggio standard ed univoco per la descrizione della salute delle popolazioni allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui operatori sanitari, ricercatori, esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- rendere possibile il confronto fra i dati relativi allo stato di salute delle popolazioni raccolti in Paesi diversi in momenti differenti;
- fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

L'utilizzazione dell'ICF non solo consente di reperire informazioni sulla mortalità delle popolazioni, sulla morbilità, sugli esiti non fatali delle malattie e di comparare dati sulle condizioni di salute di una popolazione in momenti diversi e tra differenti popolazioni, ma anche di favorire interventi in campo socio-sanitario in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

A tal proposito, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, tramite l'opera di diffusione dell'ICF portata avanti dal Disability Italian Network (DIN), si propone di coordinare i sistemi nazionali e regionali, al fine di sperimentare metodologie uniformi per avere un'analisi dettagliata della disabilità in Italia.

6.b. Struttura dell'ICF

Le informazioni raccolte dall'ICF descrivono situazioni relative al funzionamento umano e alle sue restrizioni. La classificazione organizza queste informazioni in due parti, in modo interrelato e facilmente accessibile.

La prima parte si occupa di Funzionamento e Disabilità, mentre la seconda riguarda i Fattori Contestuali. La prima parte è costituita dalla componente Corpo, che comprende due classificazioni, una per le Strutture Corporee e una per le Funzioni Corporee e dalla componente Attività e Partecipazione, che comprende l'insieme delle capacità del soggetto in relazione allo svolgimento di un determinato compito nell'ambiente circostante.

Ogni componente viene codificata facendo riferimento a codici alfanumerici e a qualificatori che denotano l'estensione o la gravità delle menomazioni a carico delle funzioni e strutture corporee e delle capacità del soggetto nell'eseguire determinati compiti.

Le componenti sopra elencate vengono influenzate dai fattori ambientali, che comprendono l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. Questi fattori possono infatti avere un'influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulle capacità dello stesso di eseguire compiti, sul suo funzionamento o struttura del corpo.

La classificazione ICF, tramite l'analisi delle varie componenti che la caratterizzano, evidenzia l'importanza di avvicinarsi alla disabilità facendo riferimento ai molteplici aspetti che la denotano come esperienza umana universale, che tutti possono vivere nell'arco della loro esistenza.

La disabilità non è solo deficit, mancanza, privazione a livello organico o psichico, ma è una condizione che va oltre la limitazione, che supera le barriere mentali ed architettoniche.

Disabilità è una condizione universale e pertanto non è applicabile solo alla persona che si trova su una carrozzina, che non vede o non sente. L'ICF sottolinea l'importanza di valutare l'influenza dell'ambiente sulla vita degli individui: la società, la famiglia, il contesto lavorativo possono influenzare lo stato di salute, diminuire le nostre capacità di svolgere mansioni che ci vengono richieste e porci in una situazione di difficoltà.

L'ICF propone quindi un'analisi dettagliata delle possibili conseguenze sociali della disabilità avvicinandosi con umanità e rispetto alla condizione disabile.

6.c. L'ICF al San Camillo – Forlanini?

Non solo un corso di formazione all'uso, ma formarsi a questo nuovo modo di ragionare e lavorare insieme potrebbe rappresentare per la nostra Azienda un elemento in più per il raggiungimento della sua mission: perché non provare?

7. Conclusioni

Dicevo nel paragrafo 4: la riabilitazione è un settore complesso che richiede una forte integrazione attraverso l'attivazione di reti finalizzate alla continuità ed all'efficacia assistenziale.

La complessità di una attività, come pure di un'unità operativa, non si misura (solo) a numeri.

Complessi sono i percorsi clinico assistenziali, questa avventura che abbiamo voluto e che ha portato tanti e diversi professionisti sanitari a veder riconosciuto il proprio lavoro per troppo tempo sommerso e non adeguatamente valorizzato.

Complesso è inoltre il modello organizzativo del DITRO che abbiamo fortemente voluto come dipartimento.

L'integrazione tra figure professionali, il serio studio comune di nuovi strumenti di rilevazione della complessità assistenziale, la promozione di Gruppi Operativi interdisciplinari con obiettivi concreti a breve termine, la sinergia tra dirigenti che, cercando di far rima tra sogni (vision) e risorse hanno da mesi ritrovato il gusto di lavorare insieme, penso siano i frutti di un percorso non solo legislativo, come sopra ho descritto, ma di una storia del tutto particolare di questi ultimi anni nella nostra Azienda Ospedaliera.

Da parte mia ritengo di aver cercato, in questi 3 anni di mandato, di dare il meglio per raggiungere gli obiettivi assegnatimi. Diceva il Prof. Tonelli in uno dei suoi corsi di management: "non c'è niente di più frustrante di cercare di cambiare una cosa senza avere il livello di potere necessario per farlo...".

In conclusione di queste brevi note aggiungo solo due ultime considerazioni: la riabilitazione è importante, non solo perché è la cosa a cui ho dedicato tanto nella mia vita, non solo perché è il terzo pilastro della riforma sanitaria, ma perché non è da considerare – a mio modesto parere – come una semplice attività. Una tra le tante.

La Riabilitazione è una mentalità, una nuova prospettiva dell'agire in sanità, il desiderio del cambiamento ed il mezzo per raggiungerlo.

Per questo ho voluto parlare di “Riabilitazione *di* una grande Azienda Ospedaliera.

Per questo auspico un miglioramento (e non un “indietreggiamento”) dei modelli organizzativi che hanno fatto crescere in questi anni un po' tutte le professioni sanitarie.

Per questo auspico e credo che riusciremo a cambiare avendone anche il potere per farlo.