

CERREL BAZO. LA RIABILITAZIONE DEL MIELOLESO ANZIANO

Negli ultimi decenni, **la prevalenza di lesioni spinali tra gli anziani è aumentata**. Infatti, l'incidenza di lesioni del midollo spinale (ML) tra gli individui di età pari o superiore a 70 anni è aumentata di quasi cinque volte, passando **dal 4% al 15%** negli ultimi 30 anni.

L'aumento del trend di **sopravvivenza della popolazione anziana** nei paesi occidentali a causa di "**Lesioni Traumatiche del midollo spinale**" (TML) secondarie a cadute e incidenti stradali, non è solo dovuta all'aumento dell'aspettativa di vita, ma ad una migliore e tempestivo intervento del sistema di **assistenza medico di emergenza** (EMS).



I ML anziani richiedono, non solo cure mediche specialistiche e riabilitative, ma anche un facile accesso in ambienti idonei per carrozzine, assistenza domiciliare adeguata, attrezzatura adeguata, trasporto e sostegno finanziario.

Quando gli individui invecchiano, sperimentano cambiamenti ed **il grado di funzionalità declina (il declino funzionale)** in tutti i sistemi del corpo con l'età. I tassi di declino variano da soggetto a soggetto, a seconda della **genetica, dell'habitus corporeo, dello stile di vita e dello stato di salute generale**.

Katzman ha illustrato i diversi tassi di declino funzionale che esiste tra il sistema polmonare e il sistema nervoso periferico; lo studio ha dimostrato un declino del 60% della funzione polmonare per gli individui all'età di 80 anni e del 15% del rallentamento della velocità nella conduzione del nervo.

Una visione dell'esordio della ML negli anziani

L'**esordio della ML** e le tipiche complicanze mediche nell'anziano possono verificarsi:

(a). esordio precoce: coloro che hanno subito lesioni da giovani ma che hanno vissuto una lunga storia di ML e che hanno poi raggiunto la vecchiaia e... **(b). insorgenza tardiva:** quelli la cui insorgenza di ML è arrivata quando già anziani (65 anni o più).

Sebbene entrambi i tipi possano essere il risultato di **cause di TML o NTML** (ML non traumatica), le TLM si verificano meno frequentemente nei pazienti più anziani in cui la ML è una conseguenza di incidenti automobilistici (MVA).



(a). Esordio precoce

Gli anziani con ML a esordio precoce differiscono dagli anziani con ML a esordio tardivo. In questo senso, **la ML può esacerbare il declino fisico e fisiologico**, incluso nel sistema muscolo-scheletrico, cardiovascolare, gastrointestinale (GI), polmonare e tegumentario accompagnato dal processo di invecchiamento.

Numerosi studi di follow-up a lungo termine e molti autori hanno documentato la tendenza degli individui con ML ad invecchiare più rapidamente rispetto alla popolazione dei normodotati. Ciò significa che gli individui con ML sviluppano caratteristiche e problemi medici comunemente associati al processo di invecchiamento in età molto più giovane.

Kempt parlando di esiti a lungo termine con disabilità, durante il seminario presso l'Unità Spinale "Rancho Los Amigos" a Downey-Los Angeles, California nel 1998, ha affermato che gli individui più giovani la cui insorgenza di ML è avvenuta durante o prima dell'adolescenza possono godere di una fase di plateu o mantenimento di 20 anni prima di sperimentare il declino funzionale. **Cushman e Hassett**, descrivono un declino funzionale dopo 15 anni o più di ML nel 93% degli individui.

(b). Insorgenza tardiva

Secondo Kempt (Rancho Los Amigos Seminar 1998) gli individui di età compresa tra 55 anni alla comparsa della ML, avrebbero **solo 5-7 anni di vita funzionale relativamente stabile** prima di sperimentare un declino funzionale. In effetti le persone anziane possono avere condizioni mediche associate di premorbidità e di tale gravità che possono determinare poveri risultati in seguito al percorso riabilitativo.

Nonostante l'età di esordio della ML, una conseguente riduzione della capacità fisica (capacità), come è generalmente nello stile di vita sedentario del ML, è una condizione che può definitivamente **determinare un deterioramento di salute** dell'individuo ML. La ridotta capacità fisica aumenta il rischio di complicanze mediche secondarie allo stato della disabilità cronica.

È noto che la capacità fisica negli individui ML è direttamente relativa all'indipendenza negli **AVQ (attività della vita quotidiana)**, ed è estremamente necessario mantenere la capacità fisica di questi individui dopo la dimissione. È noto anche che l'indipendenza in carrozzina da sola non è sufficiente a mantenere in salute il paziente ML per cui viene **raccomandato soprattutto nei giovani ML** che mantengano uno stile di vita più attivo, partecipando regolarmente a programmi di allenamento e sport per aumentare la forza muscolare, il fitness aerobico e le prestazioni fisiche a livelli ben al di sopra di quelli dei loro sedentari coorti.

Come nella popolazione abile, la capacità fisica per la ML sembra in declino con l'età, in particolare nelle persone >60 anni ad insorgenza della ML. In questi individui ML il 47% ha avuto almeno una **piaga da decubito** durante il ricovero iniziale, il 30% ha sviluppato **polmonite**, l'11,4% ha avuto una **trombosi venosa profonda**, il 10% ha avuto **un'emorragia gastrointestinale** e il 5,7% ha avuto un **calcolo renale**.



Gli effetti dell'invecchiamento nella ML

Secondo Menter e Hudson il processo di normale invecchiamento comprende tre processi:

- (1) i cambiamenti fisiologici del corpo per sé,*
- (2) il cambiamento del ruolo dell'individuo in società e ...*
- (3) l'autorealizzazione (self-realization), tutto sovrapposto ma nettamente diverso.*

Quando gli individui invecchiano, sperimentano una varietà di problemi nuovi e imprevisti, possono includere medico, funzionale, socioeconomici e di supporto.

Il **tasso del declino funzionale** tra gli individui varia, e dipende dalla genetica, abitudine, stile di vita e dallo stato generale di salute.

Il **processo di invecchiamento** per alcuni gruppi di persone con disabilità inizia prima del solito. Alcune persone con disabilità nello sviluppo mostrano segni di **invecchiamento precoce (a 40 anni e 50 anni)** e possono sperimentare condizioni di salute legate all'età più frequentemente.

Il processo di invecchiamento e i cambiamenti associati (presbiacusia, decondizionamento, perdita di forza ed equilibrio, osteoporosi) possono avere un **impatto maggiore sulle persone con disabilità**. Quelli con disabilità motorie, come è il caso degli individui con ML, possono sperimentare una perdita funzionale con l'età.

In generale, il normale invecchiamento è associato con una **riduzione della capacità di riserva funzionale nei tessuti e negli organi**.



Cure mediche specialistiche e riabilitative per l'anziano ML

I ML anziani richiedono, non solo cure mediche specialistiche e riabilitative, ma anche, facile accesso in ambienti adatti alle carrozzine, cure domiciliari e attrezzature adeguate, mezzi di trasporto e sostegno finanziario.

Gli specialisti in ML dovranno essere consapevoli che gli individui più anziani **possono avere una maggiore incidenza di altre malattie cumulative** (ad es. cardiopatia ischemica, ipertensione, insufficienza cardiaca, diabete mellito, anemia, cerebrovascolare ecc.) per cui serve esperienza nel trattare medicalmente oltre che riabilitativamente questi pazienti.

L'identificazione della ML negli anziani può essere ritardata, i sintomi manifestati difficili da comprendere ed esaminare. Infatti, i ritardi nella presentazione della malattia del mieloleso anziano possono essere correlati a disturbi della **comunicazione** (sordità, confusione, afasia, disartria), disturbi della **memoria** (molte volte difficoltà nell'ottenere una chiara anamnesi) e mancanza di comprensione dei propri sintomi: *"I sintomi che presento sono solo dovuti alla mia età"*.

La valutazione nei soggetti anziani può essere ostacolata da **irrequietezza/agitazione o affaticamento** e le malattie possono presentarsi in modi atipici a causa di un'alterata fisiologia (p.es. alterato controllo omeostatico della pressione sanguigna o della temperatura) che a volte impediscono di **definire le complicanze mediche** relativa alla mielolesione.

Per quanto riguarda **l'esito funzionale** di una persona con lesione del midollo spinale, Rose e altri hanno sottolineato il fatto che molti fattori si uniscono per determinare quale dei nostri pazienti fiorirà e chi sarà prostrato dalle sfide della TML o della malattia da ML.

Certamente, gli anziani mielolesi, hanno bisogno di **cure mediche adeguate e multispecialistiche**, terapia fisica, terapia occupazionale, terapia ricreativa, riabilitazione professionale, assistenza infermieristica, sufficienti risorse familiari, amici e comunita-

rie facilitate dal lavoro sociale e interventi diretti e indiretti da parte degli psicologi avranno un impatto importante sui risultati di questi pazienti.

Conclusione

In conclusione, **il processo di invecchiamento e le influenze della ML su di esso**, dovrebbero essere presi in considerazione quando si pianifica la riabilitazione della ML negli anziani.

Oltre alle difficoltà sopra menzionate, **le avversità personali nell'affrontare il danno e l'insoddisfazione della vita** diminuiranno le sue possibilità di vivere bene. Ciò limita i ML "malati" anziani (oltre ai giovani) a tornare a casa e a reinserirsi nella società, aumentando, al contempo, le cure mediche e costi sociali della nostra società.

Tratto da: Cerrel Bazo H.A., Demertzis E., Musumeci A. (2018) *The Aging Effects in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. In: Masiero S., Carraro U. (eds) *Rehabilitation Medicine for Elderly Patients. Practical Issues in Geriatrics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57406-6_39

RIABILITAZIONE COGNITIVA IN ORAS: LA MENTE, PATOLOGIE E RISORSE

La riabilitazione cognitiva (nota anche come **riabilitazione neuropsicologica o stimolazione cognitiva o ginnastica mentale**), consiste nell'esecuzione di esercizi volti alla riattivazione e stimolazione di specifiche funzioni cognitive, quali la memoria, il linguaggio, il ragionamento, l'attenzione, il calcolo, la pianificazione... tutte connesse al cervello.

La riabilitazione cognitiva si avvale dell'utilizzo di **tecniche individualizzate differenti**, che variano a seconda del contesto e dell'individuo, e stimola non solo le **funzioni cognitive, bensì anche quelle affettive e sociali**. È così possibile in alcuni casi ottenere un miglioramento attivo non solo dello stato mentale ma anche dell'umore e del comportamento.

Gli utenti della riabilitazione cognitiva? La riabilitazione cognitiva - è l'esperienza quotidiana di **ORAS a Motta di Livenza** - si rivolge a persone che hanno **difficoltà di memoria, di attenzione, di linguaggio, di ragionamento** e che hanno subito un danno cerebrale (trauma cranio encefalico, ictus, emorragia cerebrale, tumore cerebrale) o hanno una patologia neurologica degenerativa (malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, altri tipi di demenza, ecc.).



Con quali obiettivi possibili? L'obiettivo primario del lavoro riabilitativo è quello di migliorare la qualità di vita e il benessere della persona tenendo conto delle limitazioni e delle risorse disponibili.

Gli obiettivi specifici vengono definiti sulla base delle **esigenze della persona interessata e delle caratteristiche della malattia** (gravità, sintomi prevalenti, stato di salute generale) tenendo conto anche delle variabili ambientali quali il contesto familiare e la sfera affettiva, e riguardano nello specifico:

- **la sfera cognitiva**, per il recupero delle funzioni cognitive compromesse, l'esercizio delle abilità residue e il mantenimento di uno stato cognitivo lucido e attivo;
- **la sfera dell'autonomia**, per lo svolgimento di attività dentro e fuori casa (gestione dei farmaci, attività domestiche, cura di sé, gestione del denaro...);
- **la sfera affettiva e psichica**: promuovendo la motivazione e l'interesse della persona alla cura di sé e al miglioramento delle proprie capacità, si hanno effetti benefici sull'umore.

Possiamo pensare alla riabilitazione cognitiva come ad una **palestra per la mente**: gli esercizi proposti si rivolgono sia al potenziamento delle funzioni cognitive compromesse sia al mantenimento delle capacità mentali ancora integre. Come la ginnastica per il corpo ha effetti benefici sull'umore e sulle facoltà mentali, allo stesso modo una ginnastica per la mente favorisce il mantenimento o il raggiungimento del miglior livello possibile di funzionalità psicologica, fisica e sociale.

Con quale modalità si svolge questa riabilitazione? Dopo un primo colloquio con la persona interessata e/o con i familiari, viene effettuata una valutazione neuropsicologica tramite la somministrazione di test neuropsicologici specifici, e viene definito un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato e pensato sulla base delle esigenze della persona.

L'efficacia della riabilitazione cognitiva è tanto maggiore quanto più essa è costante e duratura nel tempo. Le sedute hanno generalmente una cadenza settimanale o bisettimanale. A seconda del caso specifico, possono essere proposti alla persona degli esercizi da eseguire a casa tra una seduta e l'altra. È strategico il coinvolgimento dell'ambiente familiare.

PATOLOGIE, TRAUMI E RIABILITAZIONE DEL GOMITO

Il gomito è l'articolazione che collega il segmento del braccio, l'omero, con i due segmenti dell'avambraccio, il radio e l'ulna. Esso è costituito da tre giunzioni articolari, aventi una capsula articolare comune: l'articolazione omero-ulnare, l'articolazione omero-radiale e l'articolazione radio-ulnare prossimale.

L'articolazione del gomito viene rinforzata e stabilizzata da un **complesso sistema di legamenti e di muscoli**. La maggior parte dei movimenti dell'arto superiore è data dall'azione sinergica tra il gomito e le altre articolazioni. Per questo motivo, in presenza di una lesione del gomito, anche i gesti più semplici risultano compromessi.



Quali patologie per il gomito?

Un danno al gomito può verificarsi a seguito di **eventi traumatici o in presenza di patologie degenerative o fenomeni infiammatori**. Un esempio è dato dalle artropatie del gomito (come l'artrite reumatoide e l'artrosi) e dalle tendinopatie (come l'epicondilite nota come "gomito del tennista"). Per quanto riguarda le fratture del gomito, le più frequenti sono quelle del capitello radiale, seguite dalle fratture dell'olecrano e della coronoide. Nel caso delle lussazioni di gomito, si parla di instabilità semplice, se la perdita della stabilità del gomito viene imputata esclusivamente a lesioni capsulo-legamentose e di instabilità complessa (frattura-lussazione), se sono presenti anche lesioni ossee.

Gli interventi riabilitativi

La riabilitazione che si svolge in **ORAS Spa a Motta di Livenza fa capo alla U.O. Riabilitazione funzionale ed è ambulatoriale**. La fisioterapia svolge un ruolo fondamentale nel processo di riabilitazione post-traumatica e post-chirurgica del gomito. Essa si basa principalmente **sull'esercizio rieducativo** e la sua funzione è quella di favorire il **pieno recupero della funzionalità articolare**. La prima fase del percorso fisioterapico mira al ripristino della mobilità e al trattamento della sintomatologia dolorosa, attraverso un programma di manipolazioni passive che prevedono movimenti di flesso-estensione e prono-supinazione.

L'esercizio passivo serve ad allenare l'articolazione (senza stancare i muscoli), a contrastare la formazione di aderenze e a stimolare il drenaggio. Una volta ripristinata l'articolazione, il fisioterapista passerà alla fase di recupero della forza e della resistenza del sistema neuromuscolare, mediante esercizi di mobilizzazione, sia passiva che attiva. Questa fase è utile per stimolare il metabolismo cartilagineo, migliorare il **ROM (Range Of Motion)**, rappresenta il grado di escursione dei movimenti articolari), rinforzare la muscolatura, stimolare il circolo sanguigno e riprogrammare il controllo neurologico del movimento.

Dopo il recupero dell'attività neuromuscolare, la fase conclusiva della fisioterapia consisterà nella **reintegrazione del gomito nel complesso cinetico dell'arto superiore**, ripristinando l'interazione gomito-spalla e gomito-polso, mediante contrazioni sinergiche dei muscoli del braccio e dell'avambraccio ed esercizi di neuro-coordinazione.

La fisioterapia del gomito si avvale oggi anche di **metodiche molto efficaci**, come la crioterapia, la tecarterapia, la TENS terapia, la laserterapia e gli ultrasuoni. La riabilitazione del gomito è **un iter molto delicato e complesso**, che richiede pazienza e impegno. Solo un fisioterapista qualificato saprà rendere meno difficoltoso questo percorso e guidare il paziente verso una graduale e incoraggiante ripresa delle normali attività quotidiane.

LA RIABILITAZIONE A CASA, ORAS INTERESSATA

La riabilitazione **nei servizi territoriali (Distretto, Centri di riabilitazione) o a casa propria, sta evolvendo** anche in stretta connessione con i cambiamenti socio-demografici in atto.

Che si tratti di **continuità assistenziale ospedale-territorio, o di presa in carico diretta dei servizi extraospedalieri**, prende in carico persone con disabilità, dovute a malattie di diversa origine, che hanno difficoltà ad accedere ai servizi riabilitativi ambulatoriali, che necessitano di acquisire abilità specifiche all'interno del proprio ambiente di vita, oppure persone con disabilità inserite in specifici percorsi clinici aziendali e/o regionali.



Effettua le seguenti **attività**:

- **valutazione multidimensionale e definizione del progetto riabilitativo** in team (medico, fisioterapista), in setting ambulatoriale o domiciliare, secondo la richiesta del medico di medicina generale oppure come definito dai percorsi clinici (PDTA per la gestione dei pazienti con Sclerosi Multipla e Sclerosi Laterale Amiotrofica);
- **valutazione a domicilio della situazione ambientale** e dell'autonomia in contesto della vita quotidiana; valutazione del fabbisogno, prescrizione e addestramento al corretto uso di ausili personalizzati e di ausili tecnologici;
- **rieducazione a domicilio** rivolta alle menomazioni motorie e cognitive ed alle conseguenti disabilità;
- **ambulatori dedicati per la valutazione e prescrizione di ausili specializzati**; informazione e/o addestramento del paziente, dei familiari e dei caregiver; consulenza per il superamento delle barriere architettoniche e per gli adattamenti degli ambienti di vita;
- **consulenza presso strutture della rete socioassistenziale**; partecipazione a valutazioni collegiali (es. Unità Valutativa Multidimensionale).

Si accede con:

- impegnativa del **Medico di Medicina Generale**;
- attivazione di un **Piano di Presa in Carico Riabilitativa Domiciliare** dopo consulenza fisiatrica.

Tutte le richieste vengono evase entro 30 giorni, salvo situazioni di priorità motivata dal medico di medicina generale (entro 10 giorni).

ORAS di Motta di Livenza segue i pazienti dimessi dall'Ospedale e li valuta periodicamente per vedere la stabilizzazione delle autonomie acquisite o per cicli di recupero delle potenzialità residue. Non è escluso che ORAS sviluppi una propria linea di intervento nella riabilitazione domiciliare anche avvalendosi delle tecnologie ultime.

COVID-19. DATI IN SALITA, SCENDE L'ETA' ...

Il 19 agosto primo decesso per Covid a Conegliano tra **i macedoni rientrati dopo Ferragosto**. Ecco la foto delle dinamiche dell'ondata in corso per contagio Covid sta dentro questa notizia. Mentre è in atto la campagna vaccinale per i giovani in vista della riapertura delle scuole, i contagi viaggiano nelle contaminazioni di gruppo, negli assembramenti, tra i non vaccinati...

I numeri del Veneto

Alle 8.00 del **30 agosto** erano **13.086 i casi di positività attuale** Covid-19 in Veneto (**1.530** nella Marca Trevigiana). **I deceduti** dall'inizio della pandemia erano **11.683** di cui **1.829 nel Trevigiano**.

I ricoverati in area non critica erano **182 (22 nella Marca)** e **52 in terapia intensiva (7 nella Marca)**. Nelle strutture territoriali (ospedali di Comunità, RSA) erano degenti 27 pazienti di cui 8 in ospedale di comunità a Vittorio Veneto in provincia di Treviso.

La campagna vaccinale

Alle 23.59 del **29 agosto** erano state somministrate **in Veneto 6.221.309 dosi di vaccino** (89,9% delle dosi pervenute), con 3.219.679 prime dosi in totale (69,5% della popolazione) e **3.001.629 cicli completati (60,7%% della popolazione)**.

In vista anche dell'avvio delle scuole / università salgono anche i numeri dei giovani: vaccinati con ciclo completo il 52,0%% dei 20-29nni (il 71,5% ha avuto almeno una dose), il 27,6% dei 12-19nni (il 55,9% ha avuto almeno una dose).

Nella Marca Trevigiana - Ulss 2 - al 29 agosto sono state somministrate 1.092.567 dosi di vaccino.

STATO-REGIONI: RIABILITAZIONE



PERCORSI APPROPRIATI OSPEDALE TERRITORIO

ACCESSO AI RICOVERI OSPEDALIERI

Linee guida per le attività di riabilitazione (1998) e Piano di indirizzo per la riabilitazione (2011) non sono bastati per rendere omogenea l'attività riabilitativa in tutte le Regioni.

Nella riabilitazione si è evidenziata una sanità differenziata per ogni Regione. Con Regioni "pilotate" (il Veneto in attuazione delle Linee Guida del 1998 approvò la DGR 253/2000, frutto di un anno di lavoro di un tavolo tecnico, ancora oggi caposaldo dell'organizzazione riabilitativa regionale, delibera poi imitata da qualche altra regione).

Così – come abbiamo evidenziato nel precedente OrasNews del 10 agosto scorso – la Conferenza Stato-Regioni il 4 agosto ha licenziato

Al punto 6 – **Accordo**, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, **sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"**
SANCITO ACCORDO.

Al punto 8 – **Intesa**, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015 e dell'articolo 9-quater, comma 8, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, **sullo schema di Decreto del Ministro della salute relativo alla definizione dei "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera"**
SANCITA INTESA

Obiettivo? Fare in modo che le programmazioni regionali si allineino e armonizzino politiche uguali per

- *realizzare percorsi appropriati dall'ospedale al territorio, nei day hospital e negli ambulatori, a domicilio e fino alla riabilitazione sociosanitaria;*
- *l'appropriatezza dei ricoveri*

Cerchiamo di approfondire

La riabilitazione è il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per le attività di tutela della salute dei cittadini. E per questo la Stato Regioni ha deciso di sottoscrivere un accordo sulle **"Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"**.

Ma non solo. In Stato Regioni c'è anche l'intesa sui **"Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera"**.
Ecco cosa contengono - per ora - i testi.



Le linee di indirizzo sulla riabilitazione

Le Linee guida sulla riabilitazione ci sono fin dal 1998 e distinguono tra:

1. attività sanitarie di riabilitazione: che comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, ecc);
2. attività di riabilitazione sociale: le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.
3. Le stesse linee guida sottolineano la necessità di una stretta integrazione tra i due momenti, con la connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con gli interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali.

Analogamente, risulta necessaria una integrazione organica degli interventi e dei servizi sociali e sanitari con quelli scolastici, professionali e lavorativi da perseguire con l'offerta di opportunità nei diversi stadi ed ambiti della vita, dalla prima infanzia all'età adulta e anziana, nella scuola, nella qualificazione professionale, nel lavoro, sia sotto il profilo del primo inserimento che del reinserimento.

Tuttavia non sono state sufficienti a definire quelli che dovevano essere gli outcome degli interventi stessi e nemmeno a fornire adeguati **strumenti di valutazione dell'appropriatezza delle attività** erogate a favore della persona, per rispondere meglio alle sue esigenze di salute ed ai suoi bisogni sociali.

Inoltre, non tutte le realtà regionali le hanno applicate e le Regioni che lo hanno fatto, lo hanno fatto in maniera disomogenea, trattando il tema nei piani sanitari ma, spesso, senza identificare una strategia coerente e organica del sistema riabilitativo.



E anche il Piano di Indirizzo del 2011 risulta, disomogeneo. Oggi le stesse prestazioni hanno una molteplicità di denominazioni, con la difficoltà di riportare a sistema gli interventi e di offrire correttezza e appropriatezza nelle risposte ai bisogni espressi dai cittadini.

E anche dal punto di vista economico **c'è una pluralità di tariffazioni diverse** anche all'interno della stessa regione.

Ecco perché servono le "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" che indicano per l'attività riabilitativa ospedaliera e in particolare per quella intensiva i requisiti per l'accesso appropriato, quelli generali di processo e i livelli di intensità assistenziale.

Altri argomenti delle Linee di indirizzo sono la degenza in riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, il day hospital riabilitativo e l'attività riabilitativa territoriale.

Ad esempio sul territorio l'attività di riabilitazione a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali deve essere all'interno della **rete dei servizi di riabilitazione** e svolgersi in stretta integrazione con l'attività delle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Per consentire la continuità del percorso riabilitativo, il medico specialista in riabilitazione, prima delle dimissioni del paziente del reparto di riabilitazione, attiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali per l'eventuale completamento del programma riabilitativo nel setting assistenziale appropriato.

Le Regioni possono disciplinare le procedure e le modalità per proseguire il ricovero in riabilitazione, anche con riferimento alla remunerazione delle prestazioni oltre soglia, nel caso in cui sia documentata l'impossibilità da parte del servizio territori e individuato (domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale) di attivare il programma riabilitativo nei tempi previsti dal Piano di riabilitazione individuale, e sia certificato che il ritardo di attivazione dell'assistenza riabilitativa territoriale compromette i risultati raggiunti durante il ricovero in riabilitazione.

L'offerta territoriale include:

- **riabilitazione ambulatoriale;**
- **riabilitazione domiciliare;**
- **riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.**

A domicilio la riabilitazione può avere le caratteristiche della riabilitazione estensiva (minimo un'ora al giorno) o della socio-riabilitazione di lunga durata. E in questo ambito possono essere condotte sia la valutazione clinica e ambientale per la fornitura degli ausili, sia l'attività di addestramento per il caregiver, sia vere e proprie sedute riabilitative per il recupero o mantenimento funzionale definito nel Piano individuale per i pazienti che non possono accedere all'attività ambulatoriale.

L'intervento domiciliare è per i pazienti che presentano precisi requisiti generali:

- sono intrasportabili per motivi clinici: si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;

- **è presente un caregiver** che garantisca la possibilità della permanenza al domicilio;

- **necessitano di un progetto riabilitativo**, con durata ed esiti definiti, che sia chiaramente definito come realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare.

Infine, c'è la riabilitazione sociosanitaria di lunga durata, per assicurare il recupero o il mantenimento delle abilità funzionali residue per le persone con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali croniche o comunque stabilizzate, assieme a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità.

Il programma riabilitativo è orientato soprattutto al miglioramento, al mantenimento o al recupero delle attività fondamentali della vita quotidiana, attraverso interventi di abilitazione e riabilitazione in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana, e potrà includere attività svolta in laboratori o centri occupazionali.

L'appropriatezza nei ricoveri ospedalieri

Le categorie sotto esame nello schema di decreto sono i ricoveri effettuati in regime ordinario e diurno da Unità operative delle discipline Unità Spinale, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neuroriabilitazione e attribuibili alle macro categorie diagnostiche Malattie e disturbi del sistema nervoso, Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico.

Per queste categorie diagnostiche sono individuati i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione secondo otto definizioni: ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto; ricoveri di riabilitazione non conseguenti a evento acuto; correlazione clinica; intervallo temporale; criterio della correlazione clinica associata alla distanza temporale; criterio di congruenza diagnostica; grave cerebrolezione acquisita; mielolesione.



Per la disciplina Recupero e Riabilitazione Funzionale, si definiscono tre differenti livelli di complessità in regime di ricovero, sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo: a) ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità; b) ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità; c) ricoveri di riabilitazione estensiva.

Il Comitato per la Verifica dei Lea in condizioni di appropriatezza e di efficienza, effettua annualmente il monitoraggio dell'applicazione dei criteri nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, attraverso indicatori, nell'ambito delle attività previste dal Nuovo Sistema di Garanzia, evidenziando le criticità riscontrate alle Regioni e Province Autonome.

I criteri – che nel decreto sono elencati secondo precise tabelle comparative – sono soggetti a un periodo di sperimentazione della durata di un anno effettuata da un Gruppo Tecnico costituito da rappresentanti della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del ministro della Salute e rappresentanti delle Regioni e Province Autonome.

Le evidenze emerse a livello regionale, saranno discusse dal Gruppo Tecnico nel corso di riunioni bimestrali che si svolgeranno presso il ministero della Salute, per condividere gli strumenti di monitoraggio, il superamento delle eventuali criticità e la valutazione finale degli impatti organizzativi.

Oras News segnala che i due documenti approvati in Conferenza Stato Regioni il 4 agosto – unitamente al terzo sulle cure domiciliari – sono disponibili presso la direzione sanitaria in formato pdf. Chiunque, interessato ad approfondire, può richiederli.

