

Proposta di documento per il Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione.
(Roberto Ferrara)

Governance Clinica e modello bio-psico-sociale nella Rete Riabilitativa dell'ASP di Caltanissetta

Il concetto di Governance clinica è stato formalizzato nel decennio scorso nel contesto della normativa di riferimento del Servizio Sanitario Inglese (Department Of Health, 1998), quando fu stabilito che la gestione delle qualità dei servizi sanitari (pianificazione, controllo, miglioramento) diventa un “**dovere**” istituzionale e condiviso tra i professionisti clinici, i professionisti organizzativi e i decisori politici.

La Governance clinica è il terreno sul quale i clinici e gli amministratori devono mettere a frutto le loro competenze professionali (possibilmente evidence-based) – legate alla formazione continua, sviluppare i rispettivi ambiti di **autonomia** e rendere conto delle scelte a tutti gli **attori del processo**.

La Governance clinica intesa quale politica sanitaria che deve creare un ambiente che favorisca l'eccellenza clinica e che metta al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione delle qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi in un progetto di “**governo della pratica clinica**” che si realizza da un modus operandi che prevede: **condivisione, responsabilizzazione, partecipazione**.

La condivisione multidisciplinare degli interventi sanitari all'interno di un processo di cura (nello specifico, quello riabilitativo) è legato in larga misura all'abilità e alla capacità tecnica dei singoli operatori (medici, riabilitatori, psicologi ecc.) di agire secondo una logica **sistemica** che rispetti ruoli e compiti e che sia adeguatamente supportata da un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi condivisi.

Il processo di condivisione e partecipazione attiva degli utenti è una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati.

Partecipazione dell'utenza significa in concreto avviare una politica di **apertura** (openness) nei confronti dei cittadini e di comunicazione e informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia offerta dei servizi; significa anche responsabilizzare i pazienti (empowerment) affinché possano essere in grado di operare delle scelte autonome nella gestione del loro stato di salute, della loro malattia cronica, nell'ambito dell'automedicazione e principalmente nell'ambito del **Funzionamento di Attività e Partecipazione e/o Restrizione** della partecipazione all'interno di **Fattori Ambientali e Fattori Personali (ICF)**, nella scelta tra alternative diagnostico-terapeutiche di pari efficacia.

In sintesi i quattro pilastri della Governance clinica sono:

la valutazione delle performance cliniche;

lo sviluppo professionale continuo;

la gestione del rischio clinico;

l'openness e l'empowerment del paziente.

Ai Riabilitatori la Governance clinica offre l'opportunità di governare la professione attraverso l'attività finalizzata a **valutare** sia **l'efficacia** sia **l'appropriatezza** delle prestazioni erogate.

L'Auditi clinico e le evidence based practice consentono di valutare adeguatamente le performance prodotte al fine di utilizzare gli strumenti che consentono una gestione della “presa in carico e del

programma di riabilitazione”, vale a dire la sorveglianza costante su possibili eventi avversi, incidenti ed errori che possono insorgere durante l'erogazione di prestazioni sanitarie.

Il rispetto dell'**autonomia professionale**, della responsabilizzazione e la delega concessa ai Riabilitatori consente loro di avviare i primi passi e le procedure necessarie per la realizzazione dei progetti di governo clinico che sono indiscutibilmente difficili e complessi.

La reale possibilità dei Riabilitatori di cogliere queste opportunità sta nella capacità di **gestione diretta** della professione secondo logiche manageriali che prevedono: la pianificazione, la progettazione, la misurazione e la valutazione delle performance.

È' indispensabile saper dimensionare il carico di lavoro, saper identificare le risorse economiche ed umane necessarie, saper sfruttare le opportunità che la tecnologia oggi offre.

Lo sviluppo della Governance clinica è fondamentale per superare le logiche economicistiche tipiche dell'aziendalizzazione e offrire un servizio d'eccellenza agli utenti. Perché ciò possa avvenire è indispensabile attribuire a tutti i professionisti sanitari : **ruolo/competenze, autonomia e responsabilità** creando un rapporto diretto con il management sanitario aziendale, affinché condividano scelte e cultura orientate alla **Qualità**.

Secondo le indicazioni dell'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si definiscono non autosufficienti **le persone con disabilità** (superando in questo modo, il termine anacronistico di disabile, diversamente-abile, diversabile), fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri di valutazione multidimensionale/multiprofessionale, delle condizioni funzionali e sociali. Ciò pone dei criteri essenziali al fine di orientare la cultura professionale e ripropone le condizioni di appropriatezza a supporto delle fasi di analisi e classificazione dei bisogni. Il concetto di Riabilitazione secondo il Modello Bio-Psico-Sociale è esplicitato nella Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità che prevede che *“Gli Stati Parti adottano misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. A questo scopo, gli Stati Parti organizzano, rafforzano e sviluppano servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali ”*. Pertanto, la riabilitazione deve realizzarsi attraverso il **Progetto Globale per il Superamento della disabilità**, nell'ambito del quale l'intervento **sanitario o clinico-riabilitativo** sarà realizzato attraverso il **Progetto Clinico-Riabilitativo Individuale** e si concretizzerà attraverso **la Rete per la Riabilitazione** .

L'approccio sanitario alla salute (**medicale, riabilitativo e assistenziale**) non può prescindere da alcuni elementi fondanti:

- i problemi e le priorità della persona e la propria capacità d'intervento
- l'individuazione delle problematiche di pertinenza e dei fattori che le influenzano
- l'individuazione delle priorità
- lo sviluppo di azioni positive e delle modalità per realizzarle
- il coinvolgimento attivo delle professioni medico-specialistiche e sanitarie riabilitative
- la facilitazione di percorsi paralleli o alternativi coerenti e necessari.

La Riabilitazione clinica pone come primo criterio di lettura delle priorità i dati forniti proprio dalla **classificazione ICF** a cui fanno seguito le valutazioni professionali.

In quest'ottica, l' **ICF** diventa non solo il linguaggio che esprime e descrive il funzionamento e la disabilità, ma lo scheletro concettuale in grado di orientare ed attorno al quale costruire il **Progetto Riabilitativo Individuale**.

Si tratta di una impostazione rispettosa della Persona, del suo diritto alla autodeterminazione, che pone il professionista a supporto delle scelte del cittadino, in modo conforme al dettato costituzionale.

L'obiettivo essenziale in riabilitazione clinica non è tanto la cura della malattia, in senso medico del termine, quanto la tutela e la promozione della salute intesa come salvaguardia, cura e recupero delle diverse componenti nelle quali il **funzionamento umano** si articola in tutti i campi, compreso quello economico-lavorativo al livello migliore possibile, per il tempo più lungo possibile, nella modalità più accettabile e sostenibile.

Il Progetto Riabilitativo Individuale, viene formulato dall'equipe composta dai medici specialisti (fisiatra, neurologo, ortopedico, pneumologo, cardiologo, geriatra, NPI, ecc.) e dai Professionisti sanitari riabilitativi (fisioterapista, logopedista, TNPEE, ortottista, ecc.) e attuato attraverso Programmi Riabilitativi Specifici, definiti dai professionisti sanitari dell'Area Riabilitativa (Fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità età evolutiva, ortottisti, tecnici riabilitazione psichiatrica, ecc.). Sarà cura della struttura predisporre la compilazione e conservazione di una "cartella", pianificata dall'U.O.S. delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, in staff alla D.G., per quanto attiene il personale afferente all'Area. Il Progetto e i singoli programmi, volti al superamento del bisogno di salute e al recupero, sono comunicati sia al paziente, sia ai care-givers. Si ritiene fondamentale, nel **Progetto riabilitativo**, il coinvolgimento dei familiari, in quanto attori nel processo di recupero del loro familiare.

Il PRI trova la sua redazione già nella prima fase della riabilitazione, che avviene nelle UU.OO. per acuti, per essere rielaborato, valutati gli esiti del danno, in fase di riabilitazione intensiva ospedaliera (cod. 56; 28; 75), che prevede un approccio alla persona nella sua globalità con l'obiettivo di ridurre al minimo i postumi della lesione e di migliorare le abilità funzionali, fisiche e cognitivo-relazionali e di raggiungere la massima autonomia e partecipazione sociale. La presa in carico della persona in ospedale necessita di interventi coordinati e richiede il coinvolgimento di molteplici professionisti medici:

(fisiatri, ortopedici, pneumologi, oncologi, geriatri, neurologi, cardiologi...) e delle figure delle professioni sanitarie riabilitative: (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, TNPEE, ecc.) **che si integrano in rapporto all'evoluzione delle cure**

partecipando alla valutazione funzionale ed alla pianificazione del progetto clinico-riabilitativo. Tale situazione organizzativa rende possibile il governo complessivo delle risorse impiegate rispetto agli obiettivi ed ai risultati. L'ospedale rappresenta quindi uno dei livelli di attività della riabilitazione e costituisce elemento di raccordo nella rete (HUB & SPOKE) operando in regime di ricovero ordinario o di DH ed in alcuni casi attraverso reparti di degenza ad alta specialità riabilitativa(unità spinali per gravi cerebrolesi, se previsti nella nostra ASP).

Le unità ospedaliere rispondono sia all'esigenza di accogliere i pazienti provenienti dal territorio regionale che presentano bisogni assistenziali complessi (HUB) non trattabili presso i centri SPOKE, sia all'esigenza di trattamento post-intensivo (SPOKE) per completare il progetto riabilitativo e procedere al piano di reinserimento domiciliare.

Da integrare con il lavoro svolto dai 4 sottogruppi individuati in fase di tavolo tecnico e nello specifico Gruppo riabilitazione neurologica, cardiologica, pneumologica e ortopedica.

2) **L'Area territoriale**, dove viene erogata la **riabilitazione in fase estensiva**, a completamento di quella ospedaliera **e/o di prima intenzione**, prende in carico la persona con disabilità, attraverso

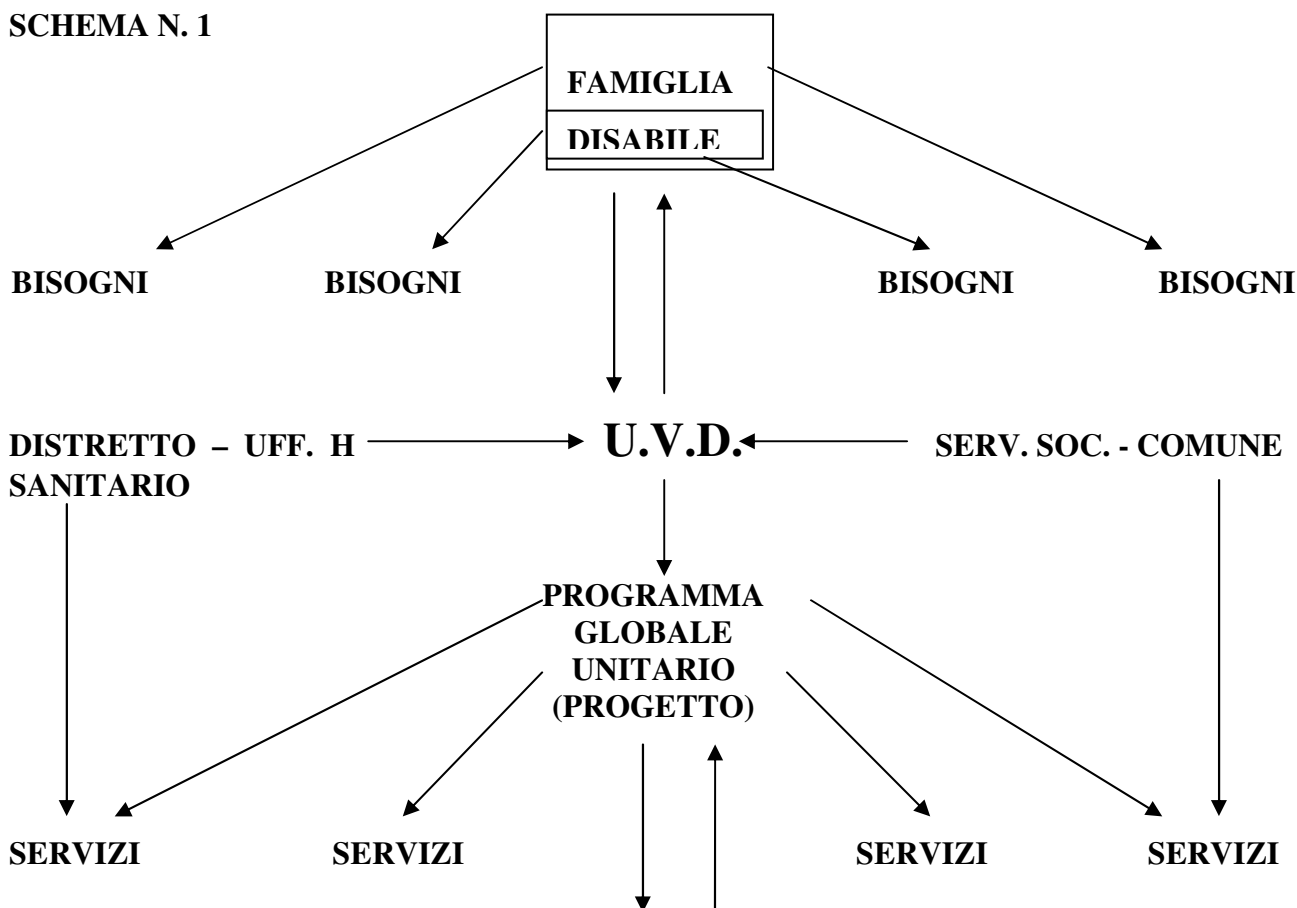
proprie strutture o in convenzione , che sono i **Centri ambulatoriali di riabilitazione** a seguito della valutazione e redazione da parte dell'**UVD** (Unità di Valutazione della Disabilità) i cui

Obiettivi strategici e di sistema sono:

- La creazione degli strumenti di competenza tematica con una distribuzione territoriale di rete per accompagnare e supportare le azioni e le scelte degli organismi di governo tecnico, gruppo piano, segreteria tecnica, ufficio piano, qualificando le attività di riscontro del Comitato di Garanzia e confortando gli osservatori territoriali;
- La semplificazione e razionalizzazione, in ambito di piani di zona, dei percorsi di redazione dei piani individuali per le persone con disabilità;
- Il concorso a rendere più qualificanti ed incisive le attività di valutazione e monitoraggio;
- Il contributo a rendere organico e funzionale il metodo della presa in carico della persona con disabilità

Al disabile che ne fa richiesta, direttamente o attraverso il nucleo familiare, l'U.V.D. fornisce risposte in merito all'accoglienza, all'analisi dei bisogni individuati, servizi d'orientamento, **un progetto globale di presa in carico** e la verifica periodica del soddisfacimento dei bisogni espressi. (vedi schema n. 1 sotto)

SCHEMA N. 1



Verifica trimestrale del soddisfacimento dei bisogni espressi

L'Unità di Valutazione della Disabilità è composta dai seguenti operatori provenienti sia dall'A.S.P. che dai Comuni.

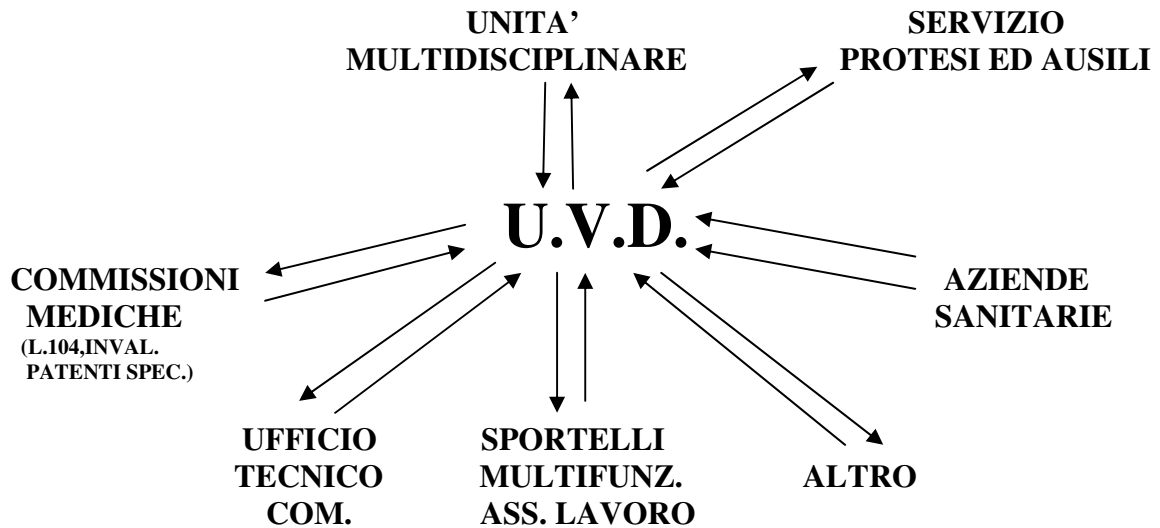
N. 1 Medico funzionario dell'Ufficio. H. distrettuale

N. 1 Medico Specialista della patologia d'origine (neurologo, neuropsichiatria infantile – proveniente da unità multidisciplinare -, audiologo, fisiatra, in regime di consulenza,)

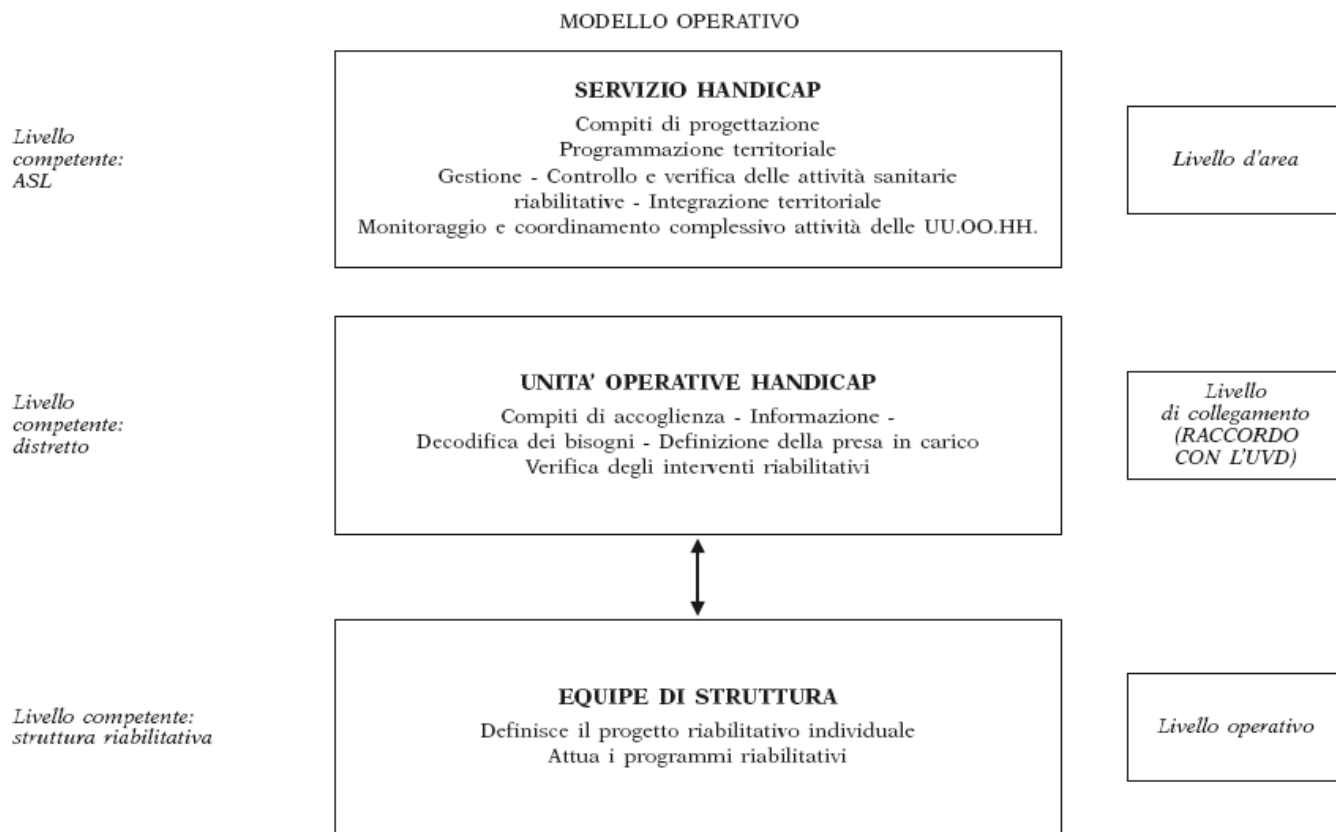
N. 1 Psicologo clinico

N. 1 **Assistente sociale del Servizio Sociale** (preferibilmente, proveniente dai Comuni (L. 328/00)
N. 1 **Terapista della Riabilitazione**

SCHEMA N.2



L'**U.V.D.** dovrà adottare come strumento valutativo e di classificazione, l'International Classification of Functioning, disability and health (**I. C. F**) elaborato, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ai fini di un comune strumento valutativo, di classificazione, di analisi dei dati e di comunicazione, attraverso la **S.Va.M.Di.** (di prossima emanazione da parte dell'Assessorato e di cui si allegnerà copia cartacea di quella in uso in Veneto)), che formula il piano assistenziale, che verrà declinato dal **Progetto Riabilitativo Individuale di Struttura.** Così come previsto dal punto **4.5.1 del Piano triennale per le persone con disabilità (DPRS 2006),** il modello operativo è il seguente:



Il PRI è definito a cura della propria Equipe. In tale progetto, oltre ad indicare il coordinatore dello stesso, bisognerà tra l'altro:

- tener conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle caratteristiche della sua disabilità (menomazioni funzionali e strutturali, limitazioni di attività e restrizione di partecipazione) e soprattutto delle sue abilità residue e recuperabili;
- definire gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari e dell'equipe curante;
- definire la composizione ed il ruolo dell'equipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definire gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati e gli indicatori da utilizzare per la verifica degli stessi.

Tale progetto dovrà essere comunicato in modo comprensibile al paziente in carico ed ai suoi familiari.

Il medico specialista, coordinatore dell'equipe, avrà inoltre cura di informare adeguatamente il medico di famiglia. All'interno del progetto dovranno essere previsti uno o più programmi riabilitativi specifici di intervento che saranno elaborati e realizzati dai singoli professionisti esperti nelle specifiche discipline (rieducazione motoria e visiva, logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale ecc.).

Sarà cura della struttura riabilitativa predisporre la compilazione e conservazione di una "**cartella**" da cui risultino: le generalità dell'assistito, la diagnosi clinica, il profilo funzionale rilevato, il progetto clinico-riabilitativo individuale, la tipologia e la frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici praticati nel corso del trattamento, ivi comprese le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali, le informazioni di carattere anamnestico e/o clinico ritenute rilevanti ai fini di **una corretta impostazione del trattamento riabilitativo nonché le valutazioni finali relative agli esiti. Nella cartella risulteranno di conseguenza i contributi plurispecialistici e multidisciplinari dei singoli professionisti, per quanto di rispettiva competenza, di cui viene assunta personale responsabilità formale e sostanziale.**(Vale la stessa modalità superiormente descritta)

La cartella costituirà inoltre un indispensabile strumento al fine di procedere ad una adeguata valutazione del percorso terapeutico-riabilitativo individuale.

Pertanto il trattamento riabilitativo che deve essere assicurato si caratterizza nell'approccio **omnicomprensivo** in quanto si avvale di tutte le tipologie di interventi specialistici riabilitativi (**rieducazione motoria, neuropsicologica, logopedica, psicomotoria, occupazionale, ortottica, podologica ecc.**), realizzati all'interno dei programmi riabilitativi specifici, con l'apporto delle varie professionalità esistenti all'interno dell'equipe della struttura **in funzione del progetto riabilitativo individuale.**

3) La presa in carico del **paziente fragile**, a cui sono assicurate le cure riabilitative, avviene presso le RSA presenti nel territorio, sia pubbliche che private accreditate, o in regime di **ADI**, a seguito della compilazione della **SVAMA da parte dell'UVM distrettuale**, che formula il **PAI** (Piano Assistenziale Individuale), **declinato dal Programma Riabilitativo, elaborato e definito dai professionisti dell'Area riabilitativa che avranno in cura la persona.**

4) Per le persone con disabilità minima e/o transitoria, **l'accesso** alle prestazioni, presso i **Presidi ambulatoriali di riabilitazione funzionale(Centri FKT)**, pubblici o convenzionati, ai sensi della normativa vigente, **avviene**, secondo i **Percorsi Riabilitativi**, dietro presentazione di ricetta medica, che prescrive il Protocollo Riabilitativo. Questa può essere rilasciata: dal MMG, dal MPLS o dal medico specialista.

5) Nella **Rete Riabilitativa**, rientra anche, a pieno titolo il "**Centro per la diagnosi ed il trattamento precoce per le persone affette da disturbo autistico**" (di prossima attivazione), per il quale è stato elaborato un documento, redatto dal Gruppo di Lavoro per la stesura delle Linee Guida per il trattamento delle stesse, già in possesso della Direzione Aziendale

Proposta operativa

Si ritiene opportuno mantenere il personale di riabilitazione, già assegnato al P.O. S. Elia, per espletare le funzioni di presa in carico del paziente già in fase acuta, ricoverato nelle diverse UU.OO. per acuti(Neurologia, Neurochirurgia, Ortopedia, Rianimazione, Pneumologia, ecc.), nonché mantenere almeno 4 posti di DH riabilitativo, che faranno capo all'UOS di Riabilitazione del P.O. di San Cataldo, essendo i due Presidi Ospedalieri accorpati, come previsto dall'Atto Aziendale.

Mantenere presso il P.O. S. Elia, l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, (PR 5-disabilità post-traumatiche; PR7-disabilità conseguenti ad intervento chirurgico; PR 8- disabilità conseguenti a patologie cardiache e pneumologiche), al fine del continuum assistenziale e relazionale/ambientale tra gli operatori sanitari (medici specialisti e professioni della riabilitazione).

I fisioterapisti dell'U.O.C. di Ortopedia del P.O. Vittorio Emanuele di Gela garantiranno la presa in carico nella fase di acuzie, con le medesime modalità del S.Elia, anche dei pazienti delle altre UU.OO. che necessitano di interventi riabilitativi, mantenendo altresì le attività di specialistica ambulatoriale per i PP.RR. 5, 7, 8.

Per il P.O. di Mussomeli, essendo presente in atto solo una unità di Ft. e nelle more dell'attivazione dei 14 P.L. di Riabilitazione, la stessa assicurerà l'attività presso l' U.O. di Ortopedia.

La Riabilitazione in fase intensiva (cod.56) in via diretta, sarà garantita dall'attivanda U.O.S. del P.O. di San Cataldo con 14 P.L.+ 4 P.L. in DH del S. Elia e dalle Case di Cura convenzionate: Regina Pacis di San Cataldo con 18 P.L. e la Clinica S.Barbara con 23 P.L.

Per quanto attiene l'**Area Territoriale** le prestazioni di Riabilitazione per le persone con disabilità(ex art.26, e di cui è previsto il flusso informativo, ma che la nostra Azienda, in atto è sprovvista del file di riferimento), saranno assicurate dai due Centri di Riabilitazione, siti 1, in Viale L. Monaco 109, Caltanissetta, l'altro in via Risorgimento a Gela.

Inoltre l'Azienda eroga le superiori prestazioni in regime di convenzione con strutture ex art. 26 che sono: l'Associazione Casa Famiglia Rosetta con 4 Centri ubicati in Caltanissetta, Riesi, Mazzarino e Mussomeli, che forniscono prestazioni ambulatoriali, domiciliari, extramurali(Mussomeli) e in regime di seminternato; l'AIAS di Gela con prestazioni ambulatoriali, domiciliari e in regime di seminternato e il CSR di Caltanissetta che eroga prestazioni ambulatoriali.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale (ex art.25) sono erogate in maniera diretta presso il Poliambulatorio di Mazzarino e Mussomeli.

A Caltanissetta sono fornite da struttura convenzionata: Ambulatorio Sedita s.r.l.

Riferimenti normativi e bibliografia

- Linee guida Attività di riabilitazione 1998
- DPRS/06 Piano triennale per le persone disabili
- PSR 2000/2002
- PSR 2010/2012
- DA 890/02
- DA 27/06/2002 Decreto sui LEA
- DA Cure domiciliari
- DA RSA
- DA 1 febbraio 2007 "Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico"
- DA 10 gennaio 2011 "Standard organizzativi di riferimento dei servizi dedicati per le persone affette da disturbo autistico"
- OMS – ICF- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute- Edizioni Erickson Trento, 2002
- WRIGHT J., HILL P., La Governance Clinica Companies Group Italia, Prima Edizione Milano, 2005
- FERRARA R. – Tesi di Laurea Magistrale Prof. San. Riabilitative- La presa in carico della diade madre-b/o nel I° anno di vita: il ruolo del Riabilitatore nella Governance di tale processo, Messina 2007.

Roberto Ferrara
Dott. in Scienze Riabilitative