

## QUALITÀ: CONTROLLO DEL PERCORSO

Rovere Giancarlo  
Asl 22 – Novi Ligure (AL)

Un moderno modello di percorso riabilitativo socio-sanitario integrato deve essere centrato sul soddisfacimento dei bisogni della persona disabile e della sua famiglia e conseguentemente orientato all'esito finale (*outcome-based rehabilitation*).

La medicina riabilitativa, riconoscendo la centralità della persona disabile come unità bio-psico-sociale, persegue, attraverso un approccio volto alla soluzione di problemi, l'obiettivo funzionale dell'autonomia che il paziente vuole o può raggiungere (contratto) nelle diverse attività della vita quotidiana (*activities of daily living*, ADL).

A fronte del moltiplicarsi delle conoscenze e dei progressi in campo scientifico e tecnologico il processo di cura necessita dell'intervento integrato di diverse tipologie di operatori che devono lavorare in team con modalità di tipo interprofessionale.

Il modello sistemico del National Center for Medical Rehabilitation and Research (NCMRR) riconosce il processo riabilitativo come un complesso circuito di feedback che deve simultaneamente risolvere vari problemi e non come un modello sequenziale che procede necessariamente dalla patologia, alla menomazione, alla limitazione funzionale e alla disabilità fino allo svantaggio sociale.

Durante il ricovero per acuti devono essere adottate tutte le misure (Leggi 104/92, 328/00 e DPCM 14.02.01) volte a sostenere la famiglia, a facilitare il successivo reinserimento della persona disabile nel contesto sociale e familiare e ad assicurare la prosecuzione del trattamento riabilitativo.

La scheda di progetto riabilitativo è lo strumento che, se stilato coerentemente alle necessità del paziente, garantisce l'appropriatezza dell'intervento riabilitativo e aggiunge-  
rei che anche la scelta del tipo di intervento chirurgico non può sottrarsi a questo principio, realizzando così un vero "progetto della persona". E' evidente che in quest'ottica l'intervento chirurgico rappresenta solo un momento, anche se drammatico, del percorso riabilitativo della persona affetta da malattia osteoporotica e non l'inizio del trattamento riabilitativo: percorso che inizia con la prevenzione (dieta, movimento), la cura (farmaci) e prosegue fino al recupero dopo un eventuale evento fratturativo.

Nell'anziano con postumi di frattura di femore il profilo assistenziale deve rispettare le regole dell'Evidence Based Medicine (EBM) e la scelta della tipologia di setting riabilitativo più appropriato dovrà rispettare i seguenti criteri: stabilità clinica, livello funzionale di autonomia, gradiente e velocità di modificabilità delle menomazioni e delle disabilità, stato cognitivo comportamentale, resistenza alle attività fisiche e rieducative in generale, adeguatezza del supporto familiare, adeguatezza dell'ambiente di vita, entità della rete dei presidi.

Nel formulare il giudizio per il trasferimento è opportuno utilizzare criteri funzionali e prognostici e non di patologia; ad es.: i livelli di autosufficienza misurati con scala FIM o indice di Barthel.

Particolare attenzione deve essere posta alla scelta del regime di erogazione della riabilitazione (reparto per acuti, ricovero estensivo, intensivo, lungodegenza riabilitativa, RSA, RAF, ADI, ambulatoriale) al fine di evitare o ridurre al minimo il pericolo di eroga-

re prestazioni in contraddizione con il processo di riabilitazione globale, vedi ricoveri protratti nel tempo.

Le strutture eroganti devono rispondere a criteri di accreditamento che siano il più possibile vicini al reale bisogno dei pazienti e con peso di prestazioni chiaramente espresso. La realizzazione di servizi a carattere ospedaliero ed extraospedaliero collegati in rete permette di offrire soluzioni più efficaci ed efficienti.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Progettare la Riabilitazione. A cura di Nino Basaglia. Edi Ermes. Milano 2002