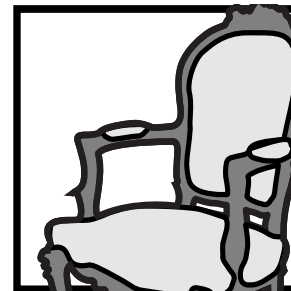


Parte il progetto del ministero della Salute per aggiornare le linee guida del 1998

# Le sfide della riabilitazione

Strategie attese per maggio - In arrivo anche le indicazioni dei Lea



La riabilitazione scalda i motori. Il ministero della Salute ha deciso che è arrivato il momento di mettere mano a un fronte strategico delle cure d'Italia. Dopo le linee guida del 1998, l'assistenza riabilitativa cerca nuovi modelli e percorsi di cura. A tracciarli sarà un gruppo di lavoro che si è insediato nel novembre scorso: l'obiettivo è quello di «fotografare - avvertire un comunicato del ministero di fine febbraio - la nostra realtà nazionale, con le sue luci ma anche le sue ombre, per far sì che si possa investire in futuro in maniera equilibrata e corretta su quella che è ormai considerata una vera e propria emergenza sociale».

In pista ci sono anche i prossimi livelli essenziali di assistenza che aspettano di essere varati subito dopo la tornata elettorale. Lì la riabilitazione è uno dei capitoli più importanti.

**Il gruppo di lavoro.** Gli esperti del ministero sono guidati dal sottosegretario alla Salute, **Francesca Martini** (vedi articolo in pagina), che ha come vice **Giovanni Zotta**. Nel gruppo di lavoro ci sono tre coordinatori per altrettanti sottogruppi: **Angelo Del Favero** (Dg dell'Asl 7 Pieve di Soligo) per le risorse da destinare dal Fondo sanitario nazionale; **Massimo Fini** (presidente del comitato scientifico del Ccm) per i profili della ricerca scientifica e per la definizione dei percorsi assistenziali; **Domenico Mantoan** (Dg dell'Ulss 4 Alto Vicentino) per quanto riguarda l'organizzazione, l'appropriatezza e le tariffe.

Il gruppo di lavoro del ministero della Salute ha coinvolto anche i rappresentanti di tutte le Regioni e punta a licenziare un documento conclusivo entro il prossimo maggio.

**Cosa dicono i nuovi Lea.** Di riabilitazione si parla anche nei nuovi Lea, fermi sul tavolo del

Le "premesse" del gruppo di lavoro ministeriale	
•	La rapida modificazione della percezione soggettiva del benessere e della attesa di Salute da parte dei cittadini, la consapevolezza crescente dei diritti dei cittadini disabili, la diffusione di un valido associazionismo di tutela, hanno prodotto una crescita diffusa della domanda riabilitativa
•	La crescita di ricerca e innovazione clinica in campo riabilitativo, integrate e favorite anche dalla crescente applicazione di tecnologie, strumenti e metodologie, ha prodotto un'innovazione in questo campo tra le più articolate e ricche nel mondo medico, ma e al tempo stesso bisognosa di un contesto di valutazione e verifica sempre più congruo in rapporto anche al valore sociale (e finanziario) acquisito dal settore
•	La crescita della problematica della cronicità e della lungo-sopravvivenza anche in condizioni di gravi disabilità e dipendenza impone un approccio che supera la visione strettamente medico-biologica perché debbono esser date risposte non alle sole malattie ma piuttosto alle persone (e alle famiglie)
•	L'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera (riduzione dei PI acuti in generale, con aumento di quelli dedicati al cod. 56, riorganizzazione delle degenze in generale in rapporto alla intensità delle cure) ha prodotto una rapida crescita del ruolo dell'intervento riabilitativo che viene chiamato a svolgere una crescente azione tempestiva e integrativa delle altre cure medico-chirurgiche prendendo in carico soggetti sempre più complessi per dare efficacia complessiva a tutti i trattamenti
•	Il potenziamento delle attività riabilitative nel territorio, sia per la componente sanitaria che per la sinergica componente socio-assistenziale, si è manifestato contemporaneamente per aumento del bisogno ma anche per rispondere con continuità in "filiera" a questo aumento di impegno della fase intensiva
•	La crescente rilevanza economica del settore che impone una sempre più energica azione che verifichi: piena appropriatezza (clinico-scientifica, finanziaria, organizzativa) di tutti gli interventi nella filiera all'interno della rete, efficacia/efficienza di tutti gli interventi in rapporto agli obiettivi individuali della persona in cura
•	La esigenza di una integrazione reale (modalità operative, standard e parametri di qualità, finalità ecc.) in rete tra strutture del Sistema pubblico (Università, Irccs, Ospedali, Asl e accreditati) che altresì può offrire una enorme potenzialità per garantire ulteriori sviluppi
•	La diversificata interpretazione in questi anni da parte delle Regioni delle indicazioni delle Linee guida ministeriali del '98 che ha diffuso e applicato positivamente i concetti in esse contenuti, ma ha creato anche una condizione di sostanziale difformità nell'approccio operativo in molti aspetti rispetto ai diritti delle persone con disabilità. I settori delle prestazioni territoriali, per cronici e persone dipendenti (ex art. 26, Rsa, ambulatoriali, domiciliari) sono molto diversi tra Regione e Regione; ancora più vistosa è la differenza della presenza e utilizzo di posti letto cod. 56 nelle varie Regioni (si va da situazioni di 0,20 a 0,80 e più per mille)

Governo probabilmente per problemi di costi, nonostante il via libera (e la sollecitazione a emanarli) delle Regioni. Nel testo del nuovo Dpcm che sostituisce quello del 2001 il capitolo sulla riabilitazione stabilisce che il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni di legge, alle persone che non siano assistibili in altro modo, una serie di prestazioni assistenziali «nella fase immediatamente successiva a un ricovero ordinario per acuti». Eccole:

a) prestazioni di riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento, all'interno di un progetto riabilitativo che definisce le modalità e i tempi di completamento del ciclo riabilitativo;

b) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie a equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative;

c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale e infermieristico e una tutela medica continuativa nelle 24 ore.