

DOCUMENTO SIMFiR per UdP SIMFER

“Riabilitazione Cardiologia”

La sempre maggiore articolazione delle attività di riabilitazione dovute alle nuove e continue acquisizioni di conoscenze scientifiche, il profondo innovamento tecnologico dell'ultimo decennio, la sempre maggiore consapevolezza ed esigibilità del cittadino al diritto alla salute, hanno imposto alla SIMFER l'istituzione di Sezioni scientifiche specifiche al fine di rappresentare e diffondere a tutto il mondo riabilitativo le nuove acquisizioni culturali e scientifiche del settore. E' stata così recentemente costituita la Sezione Riabilitazione della Disabilità Cardiorespiratoria, sintesi delle esperienze di quanto da sempre e routinariamente viene effettuato in tutti i settings riabilitativi quando il fisiatra ha in carico una persona disabile **anche** con patologia e/o comorbidità cardiorespiratoria

L'ICF è lo strumento di riferimento per coloro che si occupano dell'universo riabilitativo. Quanto prodotto dal Legislatore in materia sanitaria dovrà essere rivisitato, osservando le indicazioni del WHO. L'organizzazione del sistema salute in Italia soffre di un ridotto finanziamento statale che non cresce peraltro di pari passo alle nuove esigenze dei cittadini. Disporre di un finanziamento ridotto significa dover avere un dovere etico e deontologico di necessariamente razionalizzare la spesa attraverso una corretta allocazione degli interventi e delle risorse, specialmente laddove il rinnovamento tecnologico richiede investimenti sempre più importanti. L'offerta dei servizi sanitari deve essere e sarà sempre più indirizzata sull'appropriatezza delle prestazioni e sull'efficienza ed efficacia dei percorsi assistenziali.

La riabilitazione della persona con cardiopatia acuta e/o cronica è in alcuni ambiti purtroppo emblematica di una conduzione della presa in carico effettuata in maniera inappropriata, in relazione ai bisogni espresse dalla persona disabile ed inefficiente in relazione alla frammentarietà delle energie dispendiate ed alla dispersione di risorse economiche. La “cardiologia riabilitativa”, come definita dai cardiologi, ovvero la riabilitazione o meglio rieducazione dell'organo cuore, a specifica competenza del cardiologo, non può essere confusa con la riabilitazione della persona cardiopatica poiché l'unitarietà del processo riabilitativo può effettuarsi solo con gli strumenti specifici a disposizione del fisiatra: la valutazione secondo l'ICF, la costituzione del Team riabilitativo, la formulazione del Progetto Riabilitativo Individuale, l'attuazione dei Programmi Riabilitativi, il tutto operato in ambiente protetto come da Norma sull'Accreditamento delle strutture riabilitative.

Anche lo stesso evidentissimo utilizzo improprio del termine “Riabilitazione” evidenzia la carenza culturale rispetto alla reale impostazione scientifica e culturale che la Riabilitazione richiede come ICF e WHO indicano

L'importante crescita culturale e scientifica, promossa e sostenuta dai fisiatra, da tutti gli Operatori della Riabilitazione e dalle Associazioni delle persone disabili che, di una visione olistica del contratto di salute stabilito con il disabile, sta diventando un patrimonio comune a tutte le discipline e le professioni sanitarie; è nostra grande soddisfazione professionale collaborare con medici di altre discipline specialistiche che hanno fatto propri, in parte, questi elementi innovativi e che oggi consentono, p.e., ai Medici di Medicina Generale nel territorio ed ai Medici Geriatri per la persona in età geriatrica di costruire un sistema di garanzie che li porta sul terreno della collaborazione multidisciplinare ed interprofessionale nell'assistenza del processo di cure del paziente. Il Legislatore Statale e Regionale ha sottolineato ripetutamente che efficacia, efficienza e qualità globale dei processi di salute si effettua solo con una presa in carico globale della persona disabile. Ogni disciplina medica ha specifici compiti di diagnosi e terapia medico-chirurgica della persona con patologia specifica. La gestione e l'organizzazione dell'offerta sanitaria è tale che la “valorizzazione economica” dell'atto sanitario attraverso il sistema DRG rende inefficiente la presa in carico del cardiopatico così come ancora purtroppo condotta in più realtà italiane da parte dei cardiologi.

Passare da una situazione in cui la presa in carico da parte delle UU.OO. per acuti è effettuata per la diagnosi ed il trattamento medico-chirurgico di competenza con “frammenti” di rieducazione/riabilitazione d’organo, ad una valutazione multidimensionale e di “sistema ecologico” ove la partecipazione alla complessità della vita ambientale dell’individuo disabile è l’elemento qualitativamente caratterizzante la presa in carico, significa offrire alla persona disabile la competenza specifica del fisiatra e la realizzazione di un percorso assistenziale sanitario e sociale che risponde ai criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e corretto utilizzo delle risorse economiche ed umane.

La domanda di reparti di questa Riabilitazione Cardio-Respiratoria è molto aumentata negli ultimi anni : purtroppo più per motivazioni economiche e gestionali derivate dalla netta riduzione della degenza nei Reparti per Acuti dovuta ai DRG , che per reali bisogni riabilitativi dei pazienti. Questo è stato possibile anche da un lato per precedente ridotta presenza del fisiatra in determinate realtà sanitarie e per una autoreferenzialità di alcune discipline d’organo che hanno cercato di ampliare i propri spazi . E’ questa una domanda in gran parte impropriamente riabilitativa , che viceversa deve esser risolta invece all’interno della Disciplina per Acuti, eventualmente dotandole di una possibilità di intervento prolungato, in ambulatorio o in lungodegenza, per evitare ricadute patologiche ed altro.

Più di recente invece sta crescendo un bisogno di intervento propriamente Riabilitativo in relazione a complesse problematiche disabilitanti e riduttive della Partecipazione per soggetti affetti anche da importanti patologie cardio-respiratorie , che può esser affrontata solo all’interno di strutture e competenze propriamente Riabilitative, ed alla quale i Fisiatri sono ampiamente in grado di far fronte sul piano scientifico e professionale come nel resto del mondo .

Esistono ancora talune situazioni di inappropriatezza ,peraltro facilitate dalla lentezza con cui le Direzioni Amministrativo-Sanitarie avviano la costituzione dei Dipartimenti della Riabilitazione, che sono gli unici specifici elementi gestionali ed organizzativi per l’affermazione del governo clinico riabilitativo.

Gli elementi di criticità a carico di amministratori che concedono ad esempio ai Cardiologi comportamenti inappropriati sono, oltre a quanto già citato in passato in documenti SIMFER-SIMFiR :

- utilizzo inappropriato del cod. 56 (uso di doppio DRG per allungare le giornate di degenza in U.O. di Cardiologia, giustificandole come attività di cardiologia riabilitativa) e possibile danno contabile
- dispendio di energie e risorse umane ed economiche
- LG a forte inappropriatezza edita nell’ambito del PNLG dall’ISS con una composizione del panel in forma MONOTEMATICA, SENZA I FISIATRI e GLI ALTRI Specialisti Medici e neppure i PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE
- Frammentarietà e parzialità della presa in carico della persona cardiopatica e del relativo percorso di cure

Il cod. 56 è a responsabilità dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, il quale ha un patrimonio formativo ed un insieme di competenze cliniche, relazionali e gestionali necessarie per far fronte anche alle problematiche della persona cardiopatica; il fisiatra è responsabile del progetto riabilitativo individuale, della sua esplicitazione, garante e responsabile dei risultati in corresponsabilità con tutti i partecipanti al team multidisciplinare-interprofessionale; progetto riabilitativo individuale che è il solo strumento di garanzia a disposizione della persona cardiopatica, con cui si avvia e si conclude il processo di salute, inteso come unico strumento che conduce alla razionale ricerca del massimo recupero possibile di quote di autonomia e partecipazione.

La persona cardiopatica generalmente è anche portatore di comorbidità che si compone sul piano motorio, relazionale, cognitivo, affettivo, vocazionale etc.) in un quadro di disabilità e restrizione della partecipazione cui devono essere date risposte precise in termini di salute, fino al

reinserimento partecipativo, utilizzando tutti gli strumenti e le risorse a disposizione, sia nell'ambito strettamente sanitario che socio-assistenziale. La risposta efficace ed appropriata è connaturata alla routinaria attività del Fisiatra e costituisce l'elemento di rivendicazione della propria specificità medica acquisita nel corso degli studi universitari specialistici e definiti a livello legislativo dalle LG della Riabilitazione. Ciò inoltre caratterizza la giustificazione economica della presa in carico riabilitativa tanto particolare da essere individuata come valore quantitativo standard di attività assistenziale/giornata di degenza e non come cumulo di prestazioni che si va ad aggiungere ad un DRG emesso dagli specialisti d'organo.

Per una corretta allocazione di risorse umane ed economiche, se è riabilitazione dell'"organo cuore" rimanga legittimamente all'interno delle attività del Cardiologo, ma se è riabilitazione della "persona cardiopatica", che venga portata avanti dallo specialista di competenza e cioè dal Fisiatra con le modalità gestionali, organizzative ed operative interne al codice 56 e nell'ambito dei Dipartimenti della Riabilitazione.

.La già ribadita in altre occasioni necessaria collaborazione, concertazione e divisione degli incarichi istituzionali per competenze con gli altri specialisti d'organo impone, anche per le responsabilità giuridiche civili e penali cui è sottoposto il medico, la chiarezza nei ruoli e nelle funzioni della presa in carico del disabile attraverso il team riabilitativo. Si pone con urgenza creare un sistema di garanzie per gli operatori. Il trattamento della patologia d'organo (ortopedica, neurologica, cardiologica, respiratoria) è solo parte della presa in carico complessiva della persona, effettuata dal fisiatra, nel rispetto delle indicazioni dell'ICF, che integra il superamento della fase acuta e riattivazione della funzione d'organo con un processo di salute ben più complesso che, prodotto dall'equipe multidisciplinare-interprofessionale costruisca percorsi facilitanti, in cui il mondo sanitario s'incontra con il mondo sociale, la riabilitazione sanitaria s'incontra con la riabilitazione sociale, integrando i saperi e le forze per restituire l'individuo alla sua nicchia ecologica.

La coesistenza di più professionisti può costituire un valore aggiunto se tutti attraverso un case manager medico concordano e si coordinano per un obiettivo comune di salute che in un primo momento è necessariamente affidata al Medico specialista del reparto per acuti, agendo il Fisiatra e gli altri professionisti da consulenti e successivamente alla stabilizzazione ed al recupero della funzione dell'organo passa in responsabilità al Fisiatra, agendo tutti gli altri professionisti da consulenti

Per quanto sopra scritto si ribadisce la necessità, già più volte espressa, che tutte le persone che concorrono a sviluppare la cultura e la scienza riabilitativa, SIMFER in primis, si impegnino a produrre un sistema di presa in carico della persona cardiopatica ove sia ben definiti ruoli e responsabilità, al fine di stabilire un'omogeneità comportamentale, gestionale ed organizzativa, per rendere un servizio congruo ed efficace al cittadino.

*Il Segretario Nazionale SIMFiR
Domenico Uliano
con la collaborazione di Silvano LaBruna*