



LA RIABILITAZIONE VIVE

G. R. Rossi, G. Ruggieri

L'importanza della riabilitazione oggi e in futuro

Oggi stiamo vivendo la ricaduta che i grandi cambiamenti e i progressi della medicina hanno comportato sul benessere, ma anche sul nostro modo di percepire il nostro "patrimonio" salute e la conseguente qualità della vita. Al contrario di quanto si sospetta, la medicina riabilitativa è oggi più che mai al centro di questo radicale cambiamento. Lo è per almeno tre fondamentali motivi. Il primo è dato dalle ormai chiare prove di efficacia dei trattamenti riabilitativi fornite dalla ricerca scientifica degli ultimi decenni quando questi sono ben concepiti e condotti da un team inter- e multidisciplinare di esperti. Il secondo dalla crescente domanda di cure riabilitative imposta dai cambiamenti demografici in corso, dall'espansione delle malattie croniche e debilitanti come pure dalle difficoltà finanziarie che sta affrontando l'assicurazione invalidità. In particolare, le previsioni del fabbisogno 2020 nel settore riabilitativo nel Cantone Ticino, pubblicate nel rapporto sull'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, stimano un incremento importante del numero dei pazienti di circa il 44% e un aumento delle giornate di cura pari a circa il 29%. Il ter-

zo motivo della crescente importanza della medicina riabilitativa, che deriva dai primi due, è il suo fiorente, e diremmo ormai ineludibile, compito di interfaccia con la medicina acuta ad alto contenuto tecnico. Per questi motivi e con lo sguardo rivolto al futuro il settore della medicina riabilitativa ticinese, attraverso un'alleanza strategica siglata nel luglio del 2007 tra la Clinica Hildebrand (CRB) e l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), ha voluto istituire la rete riabilitativa REHA TICINO.

La rete riabilitativa REHA TICINO

REHA TICINO è una rete di competenze che comprende gli istituti e i servizi che si occupano di riabilitazione, che soddisfano i requisiti generali e specifici di qualità emanati da SWISS REHA e REHA TICINO e ai quali la pianificazione ospedaliera ha assegnato un mandato. La struttura scelta per la collaborazione è quella della rete, dove ognuna delle due istituzioni firmatarie mantiene la propria autonomia giuridica. La rete comprende la Clinica di Riabilitazione di Novaggio (CRN), il servizio di riabilitazione dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli - sede di Faido (FAI), il servizio di riabilitazione cardiaca dell'ORBV di Bellinzona e

Valli - sede di Bellinzona e la Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione di Brissago (**Figura 1**). La rete conta globalmente 175 posti letto e nel 2014 ha occupato oltre 450 persone.

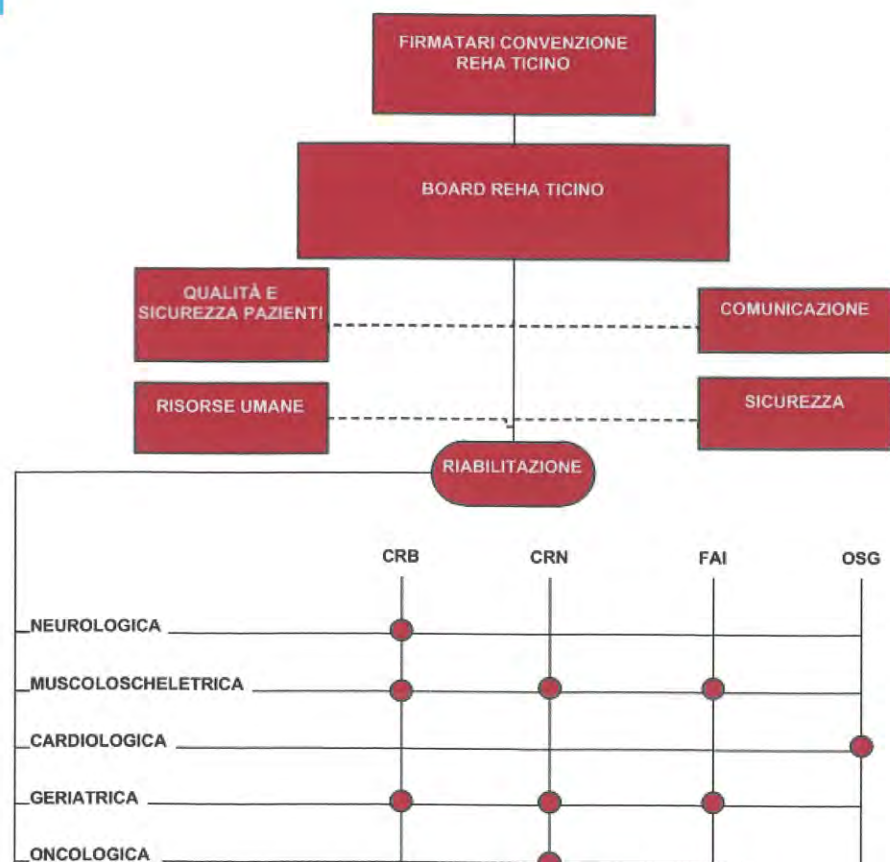
La missione della rete REHA TICINO è di promuovere l'integrazione tra le strutture che hanno un mandato per la riabilitazione con l'obiettivo principale di garantire al paziente una maggiore equità di trattamento nel percorso riabilitativo e cure riabilitative di elevata qualità, promuovendo il riconoscimento del ruolo e dell'importanza della medicina riabilitativa all'interno del percorso di cura del paziente, rispettando un'allocatione adeguata delle risorse e sfruttando i vantaggi legati alle economie di scala.

Gli ambiti di collaborazione di REHA TICINO prevedono:

- la realizzazione di linee guida e protocolli comuni per una migliore integrazione della gestione del processo clinico riabilitativo per quanto concerne in particolare l'intervento nella fase post-acuta precoce e post-acuta;
- lo sviluppo di un concetto comune di realizzazione e presa in carico dei servizi di riabilitazione all'interno degli Ospedali EOC nonché del-



Fig. 1: La rete riabilitativa REHA TICINO



Leggenda:
 EOC: Ente Ospedaliero Cantonale
 CRB: Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago
 CRN: Clinica di Riabilitazione di Novaggio
 FAI: Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Faido, reparto di riabilitazione
 OSG: Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, San Giovanni, reparto di riabilitazione

Fig. 2: Organizzazione e ambiti di specializzazione

- la loro implementazione e gestione;
- la messa in comune di politiche e metodologie di controllo e di promozione della qualità delle prestazioni fornite;
- lo studio di nuovi modelli di presa in carico in ambito stazionario, semi-stazionario o ambulatoriale con rispettivi modelli di rimborso;
- l'implementazione comune di nuovi metodi e nuove tecniche terapeutiche;
- il coordinamento negli investimenti;
- la formazione specifica e l'aggiornamento continuo nel campo della riabilitazione;
- la costituzione di un pool infermieristico-terapeutico della rete per rispondere a bisogni immediati di organico specializzato;
- la ricerca di un accesso informatico comune;
- la creazione di un sito internet comune (www.rehaticino.ch);
- la gestione in comune dell'attività di marketing sul piano cantonale, nazionale e internazionale e l'organizzazione di formazioni e simposi sulla riabilitazione;
- il coordinamento delle attività inerenti la partecipazione al Piano di misure nazionali della qualità nei

settori della riabilitazione, definito dall'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ).

- il coordinamento delle attività inerenti la partecipazione al progetto pilota nazionale denominato ST REHA, per la definizione e introduzione di un nuovo modello di tariffazione delle prestazioni di riabilitazione stazionaria, previsto per il 2018, analogamente alla struttura SwissDRG già realizzata nel settore somatico-acuto.

Per garantire un'elevata qualità delle prestazioni e per assicurare la tutela dell'ambiente e il rispetto dei principi della sicurezza sul lavoro, la rete REHA TICINO, le strutture e i servizi che ne fanno parte si sono dotati di una propria organizzazione interna (Figura 2). In particolare REHA TICINO è gestita da un board del quale fanno parte i membri e i servizi di riabilitazione dell'EOC e della Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago. Il board è diretto dal coordinatore della rete, Dr. Gianni Roberto Rossi, Direttore della Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago.

Presa in carico in medicina riabilitativa: il percorso del paziente

Il concetto di riabilitazione cui fa riferimento REHA TICINO, fissato nella convenzione costitutiva, è quello dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS/WHO), vale a dire l'insieme delle misure medico-terapeutiche, sociali ed eventualmente professionali destinate a riportare il paziente verso un'elevata autonomia nella vita quotidiana. La necessità di un intervento riabilitativo dipende quindi dalla presenza, o meno, di una disabilità determinata da una patologia o da un evento traumatico. La rete nel 2014 ha avuto in cura oltre 2'000 pazienti in regime stazionario (circa 1500 pazienti con patologie muscolo-scheletriche e 600 casi di pazienti con problematiche di tipo

neurologico, per un totale di 65'000 giornate di cura). L'assistenza e le cure infermieristiche sono erogate da oltre 120 (infermieri e assistenti di cura) mentre le terapie riabilitative sono prestate da oltre 80 terapeuti (fisioterapisti ed ergoterapisti) per paziente di 1 a 3. Ciò che contraddistingue il modello riabilitativo della REHA TICINO è proprio l'intensità assistenziale, l'interdisciplinarietà, la composizione dei programmi riabilitativi (altamente individualizzati) e l'elevata professionalità e specializzazione del personale sanitario con la presenza in loco, in relazione agli specifici mandati di riabilitazione, di medici specialisti di neuroriabilitazione, medici specialisti di medicina fisica e riabilitativa, medici specialisti in geriatria e medicina interna. Al fine di migliorare la qualità delle cure e allo stesso tempo dare maggiori garanzie ai pazienti di una presa in carico uniforme all'interno delle strutture della rete, indipendentemente dal luogo d'ingresso, REHA TICINO si è dotata di un modello di gestione per processi, basato sullo strumento dei percorsi del paziente. Il percorso del paziente sintetizzando ed esplicitando le attività necessarie per risolvere il problema di salute, le responsabilità di ogni figura professionale nell'ambito dello specifico processo di cura (chi fa cosa, quando), garantisce la risposta sanitaria più appropriata ai bisogni di salute dei pazienti (Vanhaecht et al., 2007). REHA TICINO dispone oggi di due percorsi integrati di riabilitazione, uno per pazienti sottoposti ad intervento di protesi dell'anca o osteosintesi delle fratture del collo femorale e uno per pazienti con disfunzioni di carattere neurologico (lesione ischemica ed emorragica). Altri 10 percorsi del paziente, tra cui quelli per pazienti geriatrici, per pazienti oncologici, per pazienti con problematiche psicosomatiche e per pazienti con problematiche cardiovascolari-polmonari, sono attualmente in discussione all'interno della rete (in parte già attivi

presso una delle strutture), ed entro la fine dell'anno saranno resi operativi in tutta le sedi di REHA TICINO. La qualità e l'eccellenza delle prestazioni erogate all'interno della REHA TICINO sono state inoltre riconosciute e certificate anche da un organismo internazionale, Bureau Veritas (Istituto di certificazione Internazionale, specializzato nelle valutazioni nel mondo sanitario), che ha conferito nel 2011 a REHA TICINO e alle sue strutture il certificato di conformità alla norma ISO 9001:2008, quale prima rete sanitaria svizzera nel campo della riabilitazione. Inoltre, a marzo 2014 REHA TICINO ha ottenuto anche l'accreditamento EIR "Excellence in Rehabilitation", ad ulteriore testimonianza dell'impegno e del riconoscimento della qualità delle competenze messe in campo quotidianamente da tutto il personale. Tutte le strutture della rete soddisfano inoltre i criteri definiti da SWISS REHA, l'Associazione delle Cliniche di Riabilitazione Svizzere, che ha conferito, nel 2012 a CRN e CRB e nel 2014 a FAI, uno specifico accreditamento, che attesta ancora una volta l'elevata qualità delle prestazioni erogate e una presa a carico ottimale del paziente.

Perché il progetto di collaborazione con la Tribuna Medica Ticinese?

Fra gli scopi perseguiti dalla rete REHA TICINO vi è la promozione della conoscenza del concetto di riabilitazione mediante un'informazione chiara e trasparente rivolta ai pazienti, ai cittadini, ai medici, agli enti finanziatori e allo Stato. È per questo motivo che REHA TICINO organizza ogni anno due simposi, al fine di creare occasioni di confronto scientifico tra i maggiori esperti nazionali e internazionali sui differenti modelli e metodi di riabilitazione. Per promuovere maggiormente il ruolo e l'importanza della riabilitazione sia tra il pubblico dei professionisti sanitari che della popolazione in generale, quindi con l'obiettivo di far conoscere il sempre più ampio spettro delle

attività cliniche, scientifiche e tecnologiche realizzate nel campo della medicina riabilitativa, alla fine del 2014 il Board di REHA TICINO ha accolto favorevolmente la proposta di collaborare con la rivista ufficiale dell'Ordine professionale dei Medici del Cantone Ticino (OMCT).

Ricorrendo ad un canale d'informazione territoriale "storico" e privilegiato, questa iniziativa permetterà di dialogare più direttamente, raggiungendo capillarmente i portatori di interesse centrali (medici di base, specialisti e anche studenti universitari in formazione), tutelando la corretta crescita e acquisizione culturale del modello di presa in termini clinico-operativi, che di visione e missione istituzionale e organizzativa a livello territoriale cantonale ed extra-cantonale.

L'iniziativa del board della rete riabilitativa REHA TICINO, attraverso il suo comitato redazionale, mira a pubblicare mensilmente un contributo dedicato alla riabilitazione, con l'obiettivo di:

- divulgare e sostenere regolarmente, attraverso la pubblicazione codificata, le attività - principalmente cliniche -, ma anche organizzative-gestionali degli affiliati a REHA TICINO e di ogni portatore di interesse compatibile con la sua missione e visione;
- supportare i clinici esterni al mondo clinico della riabilitazione attraverso indicazioni e consigli specifici, sui vari contenuti clinici, formativi e sulle attività elettive svolte nel campo della riabilitazione;
- orientare e assistere nell'interpretazione dei risultati emersi dagli studi clinici in campo riabilitativo;
- erogare attività formativa mirata al superamento degli ostacoli culturali, sia clinici che organizzativi, per favorire un'attiva riabilitativa coerente, proficua e sostenibile a tutte le categorie di pazienti;
- promulgare ogni iniziativa (es. corsi, simposi, seminari ecc.) volta al colle-

gamento intersettoriale fra i setting clinici come pure extraclinici (istanze politiche e amministrative, assicuratori malattia, ecc).

L'impegno di REHA TICINO per il futuro

"Un passo oltre le aspettative", è questo il messaggio che contraddistingue l'operato di REHA TICINO spingendo gli attori della rete, anche per i prossimi anni, ad investire risorse, in modo pro-attivo, per la promozione della qualità e della sicurezza dei pazienti. Ma anche, attraverso il progetto con la Tribuna Medica Ticinese, per diffondere conoscenza e creare curiosità clinica attorno all'evoluzione del mondo della riabilitazione, informando meglio tutti i portatori d'interesse raggiungibili sul suo modello clinico-organizzativo, i cambiamenti dei suoi paradigmi clinici, metodologici e di trattamento e, non da ultimo, sui progetti innovativi realizzati o in via di realizzazione nei diversi settori clinici e istituzionali.

La sfida per il futuro è quella di creare un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria. È per questo motivo che anche nei prossimi anni REHA TICINO continuerà ad impegnarsi nei seguenti ambiti:

- raccolta e analisi di eventi avversi e reclami per apprendere dagli errori;
- monitoraggio degli indicatori e confronto all'interno della rete e con altri centri di riabilitazione svizzeri ed esteri per attivare un processo di apprendimento;
- misurazione della soddisfazione dei nostri pazienti e del nostro personale;
- partecipazione ai progetti nazionali per il miglioramento della qualità (es. ANQ e ST-REHA);
- intensificazione delle collaborazioni e degli scambi a livello nazionale e internazionale, anche grazie all'ottenimento dell'accreditamento EIR, che permetterà di confrontarsi con altri rinomati Centri di riabilitazione nel mondo.

REHA TICINO ambisce quindi a mantenere anche per il futuro il ruolo di pioniere, per quel che concerne una tendenza ormai in atto ovunque, ovvero quella di accrescere e rafforzare l'integrazione della riabilitazione nelle cure acute e croniche, in particolare quelle rivolte ai pazienti della terza e quarta età, secondo ben precisi percorsi terapeutici che rallentano la disabilità.

REHA TICINO: una rete di riferimento cantonale e nazionale per la medicina riabilitativa

Oggi più che mai siamo coscienti di quanto sia importante il contributo della medicina riabilitativa che mira, attraverso un approccio globale, alla restituzione del massimo livello possibile di indipendenza funzionale per quei pazienti portatori di una qualsiasi forma di disabilità. In virtù dell'esperienza acquisita nel corso di tanti anni di riabilitazione e grazie a un'équipe altamente specializzata, a strutture solide ed alle tecnologie e metodologie di intervento più avanzate, REHA TICINO si qualifica come interlocutore autorevole per tutte le tematiche legate non solo alla riabilitazione, ma ad un più ampio concetto di qualità della vita.

REHA TICINO è consapevole dell'importanza di mettere il paziente al centro di una rete realmente integrata sul piano operativo e sinergico fra specializzazioni del settore acuto e della continuità riabilitativa stazionaria, ambulatoriale e territoriale. Solo così sarà possibile favorire il recupero del paziente conciliando i grandi imperativi odierni come un'allocazione adeguata e controllata delle risorse, un controllo dei percorsi del paziente come pure una garanzia sulla qualità delle cure erogate.

Dr. Gianni Roberto Rossi
Direttore Clinica Hildebrand
Centro di riabilitazione Brissago e
Coordinatore REHA TICINO
6614 - Brissago

Dr. med. Graziano Ruggieri
Primario Clinica Hildebrand
Centro di riabilitazione Brissago
6614 - Brissago

Bibliografia a richiesta
info@rehaticino.ch



© REHA TICINO - Ogni eventuale riproduzione e divulgazione di questa documentazione deve essere espressamente autorizzata



COMPLESSITÀ E PENSIERO COMPLESSO IN MEDICINA RIABILITATIVA

G. Ruggieri, G. Roberto Rossi, G. Rabito

Introduzione

Poiché effettivamente complessi si stanno rivelando molti dei problemi planetari della contemporaneità, nei discorsi comuni come in quelli specializzati ricorrono frequentemente termini affini come complessità e "complessificazione". Confrontandosi con molti fenomeni che nei loro effetti richiamano intuitivamente o manifestamente situazioni definibili come complesse, anche il settore medico-sanitario non è scevro da questa tendenza. Se non è presente di per sé, la Complessità è intuibile quando unità o "settori" disciplinari diversi e apparentemente distanti fra loro, non soltanto risultano connessi, ma di fatto sono imprescindibilmente intrecciati. Anche i domini della realtà clinica quotidiana lo sono, giacché inclusi all'interno di macrocondizioni extracliniche considerate complesse e altrettanto "complessificanti". Pensiamo a condizioni per le quali fino a tutt'oggi non si contemplan soluzioni, come l'aumento delle malattie croniche, l'inarrestabile invecchiamento biodemografico, gli incontrollabili fenomeni migratori e la progressiva contrazione delle risorse a disposizione del sistema socio-sanitario. Considerandola attraverso questa cornice, possiamo affermare che den-

tro molta parte della prassi medica quotidiana, dalla consultazione medico-paziente alla presa in carico multidisciplinare della polimorbilità, il cosiddetto "fenomeno clinico complesso" è presente sempre più spesso rispetto a quanto non lo fosse alcuni decenni or sono. Nell'ambito delle innumerevoli modalità d'interazione con il malato e i membri della sua famiglia, il medico come il suo enorme apparato tecnoscientifico e i diversificati *settings* di cura, interagiscono con modalità – ed effetti – che generano complessità. La risultante finale delle interazioni evocate si traduce in percorsi clinico-organizzativi sempre più imprevedibilmente non lineari. Non è allora inappropriato paragonare le enormi capacità operative della prassi clinica odierna (intesa come ogni movente avviato e "governato" dal medico) e della codificata diversificazione delle condizioni organizzative deputate a supportarla (il reticolo i suoi snodi e i percorsi del sistema sanitario) ad un **sistema adattativo complesso** (CAS). Campi disciplinari clinici come quelli della medicina riabilitativa e di quella geriatrica sono sempre più ordinariamente sollecitati a governare gli effetti, che oggi sono soprattutto "di rimbalzo", della Complessità clinica e organizzativa congeniata attorno agli approcci medici e sanitari codificati sempre più dentro rigidi protocolli, linee guida e EBM. Attraverso alcuni brevi contributi, ma senza pretese di esaustività, ci proponiamo di gettare uno sguardo sulle nuove condizioni e relazioni che stanno sollecitando la medicina riabilitativa e i processi clinici che essa deve governare, ridisegnandone decisamente le basi concettuali e operative.

Il corpo umano come macchina triviale della scienza medica

La comprensione del funzionamento della macchina triviale come modello di riferimento ha influenzato tutti i campi disciplinari della scienza medica, dalla ricerca di base alla clinica. Ri-

facendosi a questo modello, la medicina si è spiegata l'anatomia e i processi fisiologici considerandoli dentro un *soma* intrinsecamente organizzato e regolato da gerarchie e comportamenti lineari. L'approccio ha per conseguenza fatto emergere il composito ventaglio di sotto specializzazioni oggi orientate allo studio e alla cura delle patologie d'organo-sistema. Se la metafora dominante della scienza newtoniana è la macchina, quella abbracciata dalla scienza della complessità è invece l'interdipendenza sistemico-funzionale del corpo come sistema vivente. Poiché non si può comprendere un organo come il cervello senza considerare le mani, né le mani senza considerare il linguaggio, non si può studiare il movimento senza l'intenzione che lo sta determinando, né il cammino senza comprendere la colonna vertebrale che supporta primariamente la nostra stazione bipede. Proseguendo di questo passo asseconderemmo quell'intuizione, che fu già di Aristotele, che "il tutto è sempre di più che la somma delle sue parti". Ecco allora che la scienza della complessità è diventata un approccio rinnovato ed emergente della ricerca su sistemi, condizioni e problemi che oggi giorno la sollecitano. Siccome intrinsecamente multidimensionali, ovvero costituiti da un insieme di rapporti interconnessi nella composizione, sappiamo che i sistemi viventi si comportano in modo imprevedibilmente dinamico, anche a parità di condizioni iniziali. Teoricamente non unitaria, la scienza della complessità si rifà ad un insieme di teorie e strumenti concettuali derivati da molte discipline: dalla **teoria dei sistemi** (von Bertalanffy) alla **teoria dell'informazione** (Shannon), dalla **cibernetica** (von Foerster, Atlan), alla **termodinamica dei sistemi dissipativi** (Prigogine). La scienza della complessità è stata adottata sia dalla fisica che dalle scienze sociali, ma negli ultimi tre decenni l'approccio è diventato sempre

Veterovisione	Nuova visione
Riduzionismo	Olismo
Fuoco sulle parti	Fuoco sulle strutture ripetitive ("patterns")
Fuoco su entità discrete	Fuoco sulle relazioni fra entità
Causalità lineare	Muta causalità
Relazioni locali e lineari	Relazioni distanti /non lineari
Determinismo	Indeterminismo imprevedibilità
Realtà come oggettività	Realtà come prosettivismo
Osservatore esterno al fenomeno osservabile	Osservatore incluso nel fenomeno osservabile
Sistema che si adatta agli stimoli	Sistema che si autoorganizza
Logica	Paradossi
Pensiero disgiuntivo "è oppure ..é"	Pensiero inclusivo (non polare)
Principi della fisica newtoniana	Principi della fisica quantistica
Predizione	Comprensione
Valori medi e omogeneità	Differenze e variazioni
Focus sul risultato	Focus sulle proprietà emergenti

Tab. 1: Confronto tra visione scientifica tradizionale ed emergente della realtà (modificato da Dent, 2000)

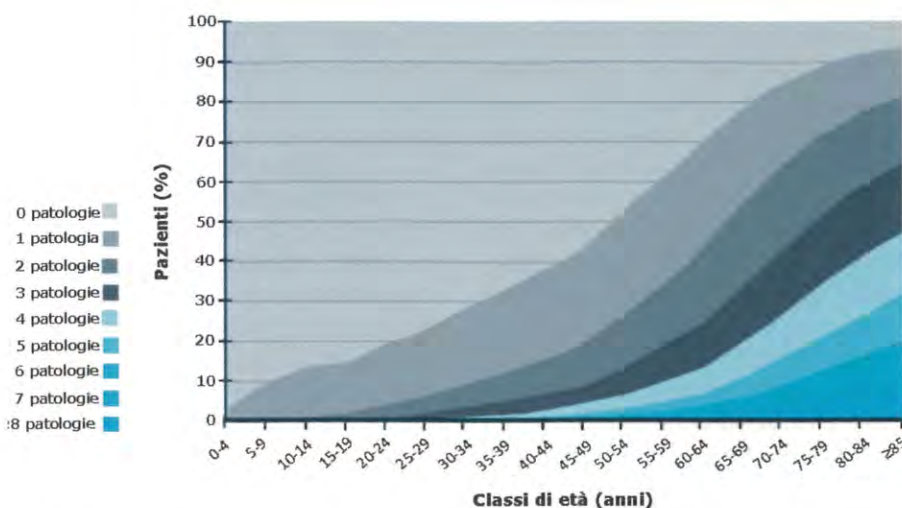


Fig. 1: Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012; 380:37-43

più utilizzato anche nella letteratura medico-sanitaria. Nella **Tabella 1** riportiamo alcune delle caratteristiche che contrappongono il paradigma dalla scienza tradizionale, riduzionista e esclusivo, con quello emergente olistico e inclusivo. Se il primo paradig-

ma si basa sulla semplificazione della realtà applicando i due elementi della disgiunzione e della riduzione, il secondo si basa sull'inclusione comprensiva di tutti gli elementi dimensionali della realtà osservabile. Da queste radici comuni è emerso il cosiddetto

"pensiero complesso" (E. Morin). Quella di Morin pur non proponendosi come una teoria esplicativa del "tutto", ci incita anche come clinici agenti nel "tutto" a concepirlo e soprattutto a considerarlo meglio. In sintesi possiamo dire che **Scienza e Pensiero complesso** considerano quegli aspetti dei sistemi, che di norma vengono trascurati dall'approccio utilizzato dalla scienza convenzionale. Negli ultimi due decenni sia la scienza medica che quella infermieristica si sono concentrate sullo studio dei fenomeni complessi intrinseci e/o emanati dalle prassi terapeutiche e di cura.

L'emergenza "clinica" del fenoma complesso

Gli enormi progressi della medicina ci hanno permesso di curare patologie inguaribili e dall'esito infausto fino a pochi decenni or sono. Come risultante del cambiamento di questa epidemiologia assistiamo ad un prolungamento della sopravvivenza di pazienti affetti da malattie croniche (cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, neurodegenerative e genetiche) **Figura 1**. Si tratta di una realtà clinica nuova che confronta il medico - generico o specialista - come anche i *settings* in cui egli opera, con un paziente inedito. Poiché spesso anche affetto da più condizioni morbose coesistenti con la disabilità, oltre alla gestione dello spettro tradizionale delle patologie, il medico come pure il personale paramedico, si ritrovano a dover gestire ed erogare presentazioni cliniche verso quadri clinici complessi. Da alcuni, questa tipologia è stata definita **fenoma complesso**, perché la sua presentazione clinica non è la semplice somatoria delle condizioni morbose con le quali si manifesta. È un'entità nosologica con peculiarità eziopatogenetiche, prognostiche e terapeutiche non assimilabili ai pazienti "convenzionalmente" identificabili da un

solo problema di salute (cardiologico, neurologico, reumatologico). Ma la sua gestione richiede un rinnovato mix di competenze affinché, soprattutto la sua comprensione, non guardi alle sole categorie cliniche, ma consideri l'integrazione - spesso interattiva - di tutte le componenti che lo caratterizzano come individualità bio-psico-funzionale e sociale.

La riabilitazione e la medicina riabilitativa: il modello "comprensivo" della cura medica

La riabilitazione è definibile come quel processo di soluzione dei problemi e di educazione della persona disabile, nel corso del quale - e grazie al quale - si può ottenere il miglior livello qualitativo possibile di vita da lei esprimibile sul piano somatico-funzionale, psico-emozionale e sociale. Rispetto alle risorse disponibili e tenendo in debita considerazione l'ambito delle limitazioni residue e delle altre contraenti di tipo quantitativo e qualitativo, il raggiungimento del risultato (*outcome* riabilitativo globale), auspica pure il contenimento di tutti i fattori-barriera che possono determinare le scelte operative della persona, ponendola di fronte a restrizioni. Per questi motivi, specialmente nelle condizioni di disabilità grave, il processo riabilitativo coinvolgerà precocemente la famiglia del soggetto disabile o il suo immediato *entourage* e, più in generale, considererà sempre il suo ambiente fisico e culturale. Le condizioni cliniche determinanti disabilità, dagli stili di vita (se modificabili), alla fisiopatologia delle malattie, passando per le loro influenze genetiche (a tutt'oggi ancora poco influenzabili), sollecitano sempre di più le cosiddette cure comprensive centrate sul **paziente come persona**. Per potersi ricentrare su questa interezza e ai fini dell'ottenimento di un *outcome* soddisfacente da punto di vista di quest'ultima, il processo riabilitativo deve spesso sot-

trarsi al quel bias distorsivo ancora oggi sostenuto dalle **categorie operative fornite dalla diagnosi clinica**. Infatti, quando acriticamente sostenuta, la molteplicità degli approcci clinici e terapeutici, che in molti casi è conflittuale, è inadatta e a-funzionale al tipo di lavoro clinico che sollecita oggi la medicina riabilitativa. In moltissimi casi, chi rischia di subire i problemi connessi alla fascinazione acritica per la purezza delle ontologie diagnostiche è proprio il paziente, verso il quale a volte l'applicazione dell'equazione clinica **una diagnosi = una malattia = una terapia** risulta irrisolutiva e parziale. Come per la scienza, le ontologie prodotte dalla medicina classica sono artefatti, costrutti che spesso, pur creati per individuare gli elementi distintivi di una condizione morbosa, possono risultare lontani dalla realtà unitaria che identifica l'ammalato come persona "qui e ora". Oggi contempliamo elementi, che ci fanno capire quanto questa distorsione possa dar segno di sé attraverso effetti clinici e gestionali dirompenti per pazienti, curanti e sistema sanitario. La gestione dell'emergente, composita e additiva nuova epidemiologia fatta di **malattie croniche +/- effetti disabilitanti tipici dell'invecchiamento +/- fragilità sociali**, esige un rinnovato set di interventi valutativi procedurali, diagnostici e terapeutici. Questi vanno finalizzati a produrre e conservare il maggior stato di salute bio-funzionale e sociale della persona portatrice di disabilità: sia essa neoacquisita che cronica. Gli interventi devono adottare un set di misure disciplinari confezionato sulla persona, affinché essa si possa riappropriare di tutta l'indipendenza funzionale ottenibile. Declinato attraverso il modello **ICF (International Classification of Functioning)**, implementato dall'OMS nel 2001, il verbo riabilitare significa far recuperare alla persona disabile tutte le quote di **"Attività"** per tornare a

muoversi, autoaccudirsi, alimentarsi, comunicare efficacemente ma non solo, mentre in termini di "Partecipazione" significa farle ottenere funzionalità spendibile per reinserirsi nel proprio ambiente familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

La complessità nella scelta tra standardizzazione dei processi e orientamento al paziente

Una delle principali sfide con cui devono confrontarsi coloro che sono chiamati a gestire le organizzazioni sanitarie, è la ricerca del giusto equilibrio tra personalizzazione e standardizzazione delle cure. La gestione della complessità clinica e organizzativa passa infatti proprio dalla ricerca della giusta combinazione di questi aspetti, a cui corrispondono diritti riconosciuti al paziente. Personalizzazione e standardizzazione esprimono atteggiamenti, strumenti e tecniche differenti, ma assolutamente complementari e contigui all'interno del gesto di cura. Non tutti i processi sono evidentemente standardizzabili, è più facile standardizzare i processi che si ripetono frequentemente nella routine, piuttosto che quelli che vengono attivati raramente. Nell'ambito della gestione del rischio clinico, ad esempio, la standardizzazione dei processi riduce la probabilità di andare incontro al ripetersi di errori che possono avere conseguenze più o meno gravi per il paziente. Dall'altro lato una standardizzazione troppo rigida dei processi può indurre a trascurare l'individualità del trattamento ed essere inefficace in casi complessi. Inoltre anche davanti a un problema imprevisto, un processo rigido è condannato a bloccarsi. Dal punto di vista del personale sanitario, una standardizzazione rigida può demotivare gli operatori perché ne riduce la libertà decisionale. La demotivazione comporta una riduzione della concentrazione e questa, a sua volta, può aumentare il rischio di commet-

tere errori. Non da meno la demotivazione impoverisce culturalmente il personale, rende gli operatori privi di iniziativa e non li stimola a tenersi aggiornati con la nuova prassi clinica. Un eccessivo spazio di manovra rende allo stesso tempo il percorso di cura poco definito e lasciato alle decisioni individuali degli operatori. Ciò può comportare un'estrema oscillazione della qualità delle prestazioni erogate, che può essere da un lato ottima con certi operatori o sotto certe condizioni, ma anche molto scadente da un altro. La standardizzazione dei processi mediante la creazione, ad esempio, di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali garantisce un trattamento più equo e uno standard minimo di qualità. Non va poi dimenticato che la non-standardizzazione rende impossibile misurare la qualità del lavoro svolto e fa sì che non sia confrontabile all'interno della stessa organizzazione e/o con altre realtà (*benchmarking*). Inoltre, dal punto di vista del paziente la percezione di sicurezza e professionalità viene a mancare se le decisioni vengono lasciate troppo all'arbitrarietà dei singoli operatori. Questo può influenzare negativamente la qualità percepita (soggettiva) della cura e creare anche un danno d'immagine all'intera organizzazione. Infine un eccessivo spazio di manovra non garantisce un outcome riproducibile e lascia alla casualità la filosofia di cura con la quale viene trattato il paziente.

Le chiavi del modello riabilitativo per la gestione della complessità...

Un modello di gestione della complessità, per essere efficace, efficiente e attento ai bisogni globali dei pazienti, necessita, quale presupposto di base, l'impegno di tutto il sistema organizzativo, di tutta la **rete di cura**, in cui possa svilupparsi un'interazione efficace tra un paziente, reso esperto da opportuni interventi di in-

formazione e di educazione, e un **team assistenziale multi e interdisciplinare**, composto da medico riabilitatore, medico curante, infermieri, terapisti e dalle altre figure professionali sul territorio.

L'intervento riabilitativo complesso si caratterizza per avere un **approccio di tipo proattivo**, dove le consuete attività cliniche, assistenziali e riabilitative sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up. Questi interventi sono attivati sulla base del **percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale** previsto per una determinata patologia, in cui sempre si mira a valorizzare il contributo dei familiari e del paziente stesso, che mantiene comunque una centralità non solo decisionale, ma anche gestionale rispetto alla sua patologia e ai percorsi di cura e deve essere messo nelle condizioni di divenire consapevole ed "esperto" della propria malattia.

L'obiettivo dell'intervento riabilitativo è quindi quello di ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente per **limitare e/o rinviare nel tempo la disabilità** generata dalla progressione della malattia, cercando nel contempo di **ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane** ed economiche, preservando al contempo le **condizioni di sicurezza**.

Conclusione

I principi scientifici sanciti dalla fisica newtoniana considerano l'universo (con tutti i suoi sottosistemi) assimilando ai meccanismi di una macchina. Anche nella medicina, la pretesa cognitiva di questo approccio è stata quella che una volta comprese e applicate le semplici regole che governano le sottocomponenti del soma-macchina, è sempre prevedibile ottenere informazioni sul comportamento futuro dell'insieme. Altresì è

possibile ripristinare guasti e disfunzione delle parti basandosi su causalità lineari (causa-effetto). Oggi questo approccio scientifico è messo in discussione perché non più appropriato alla comprensione dell'emergente accumulo di dati e conoscenze e della complessità comportamentale delle componenti note. Per questo fatto, anche i diversi campi disciplinari della medicina devono interessarsi allo studio e alla gestione efficace delle relazioni uomo-malattia-ambiente, in quanto complesse si stanno rilevando le dinamiche insite ad ogni modello medico che pretende di studiare e poter governare la prevenzione, la cura e la guarigione delle malattie. Applicando i principi di studio della scienza della complessità al sistema uomo-malattia-paziente-ambiente la scienza è giunta al neoparadigma che anch'esso è assimilabile ad un sistema adattivo complesso: intrinsecamente fondato su un gran numero di entità ad elevata interattività non lineare (non sempre di causalità), esso necessita di nuove teorie e metodologie d'indagine. L'obiettivo primario della medicina riabilitativa resta quello di sostenere il processo di recupero patrocinando la persona malata e disabile nel raggiungimento del maggior livello possibile di indipendenza funzionale ottenibile nonostante le costellazioni individuali di complessità. Pensiamo tuttavia, che tutta la gestione della complessità clinica osservabile oggi in medicina clinica presupponga che ogni medico abbracci e internalizzi il ricorso al pensiero complesso così come preconizzato dal filosofo e sociologo contemporaneo E. Morin: un pensiero che eviti la formulazione e l'applicazione di soluzioni semplicistiche quando viene ormai ordinariamente sfidato da condizioni individuali cliniche sociali e ambientali problematiche.

Comorbilità	presenza simultanea e addizionale di una o più malattie oltre a quella considerata e/o promossa a "patologia indice" dal nuovo evento clinico. Considerare la comorbilità orienta l'interesse principale del medico verso quest'ultima e di conseguenza anche verso i possibili effetti che, sulla prognosi della malattia indice, possono avere le patologie e i loro disturbi concorrenti.
Multimorbilità	coesistenza di patologie diverse nello stesso paziente. Mantenere su di essa altrettanta attenzione che quelle richiamata dalla condizione indice in trattamento, permette al clinico di strutturare un ragionamento più globale, ovvero di shiftare dall'approccio esclusivamente disease centered a quello inclusivo patient centered.
Complessità clinica	interazione clinica multidimensionale di diverse condizioni morbose per compresenza di comorbilità e/o multi morbilità (complessità paziente). A genesi comune o diversa, la complessità si manifesta negli effetti di convergenza degli elementi e delle interazioni comuni fra condizione di acuzie e di cronicità con quelli dell'intensità di cura necessaria per la loro più adatta gestione (complessità di cura). Nel suo significato più comprensivo la complessità clinica comprende anche altre importanti categorie valoriali (bio-funzionali, socio-economiche, psico-emotive, comportamentali, culturali e ambientali) come altrettanti determinanti della salute della persona e dell'outcome globale perseguibile dalla riabilitazione a livello individuale e sociale.
Paziente complesso	Rimanda alla definizione di malattie croniche multiple (multiple chronic conditions, MCC), adottata dall'Agency for Healthcare Research and Quality; si riferisce a una paziente con due o più patologie croniche che influenzandosi mutualmente inficiano il/i trattamento/i singolarmente impostato e intenzionato a curare una soltanto di esse.

Tab. 2: Lessico utile

Dr. med. Graziano Ruggieri
Primario

Dr. Gianni Roberto Rossi
Direttore

Giovanni Rabito
Assistente di direzione

Clinica Hildebrand
Centro di riabilitazione Brissago e
Servizio qualità e sicurezza dei pazienti
REHA TICINO
6614 - Brissago

Bibliografia a richiesta
info@rehaticino.ch

