

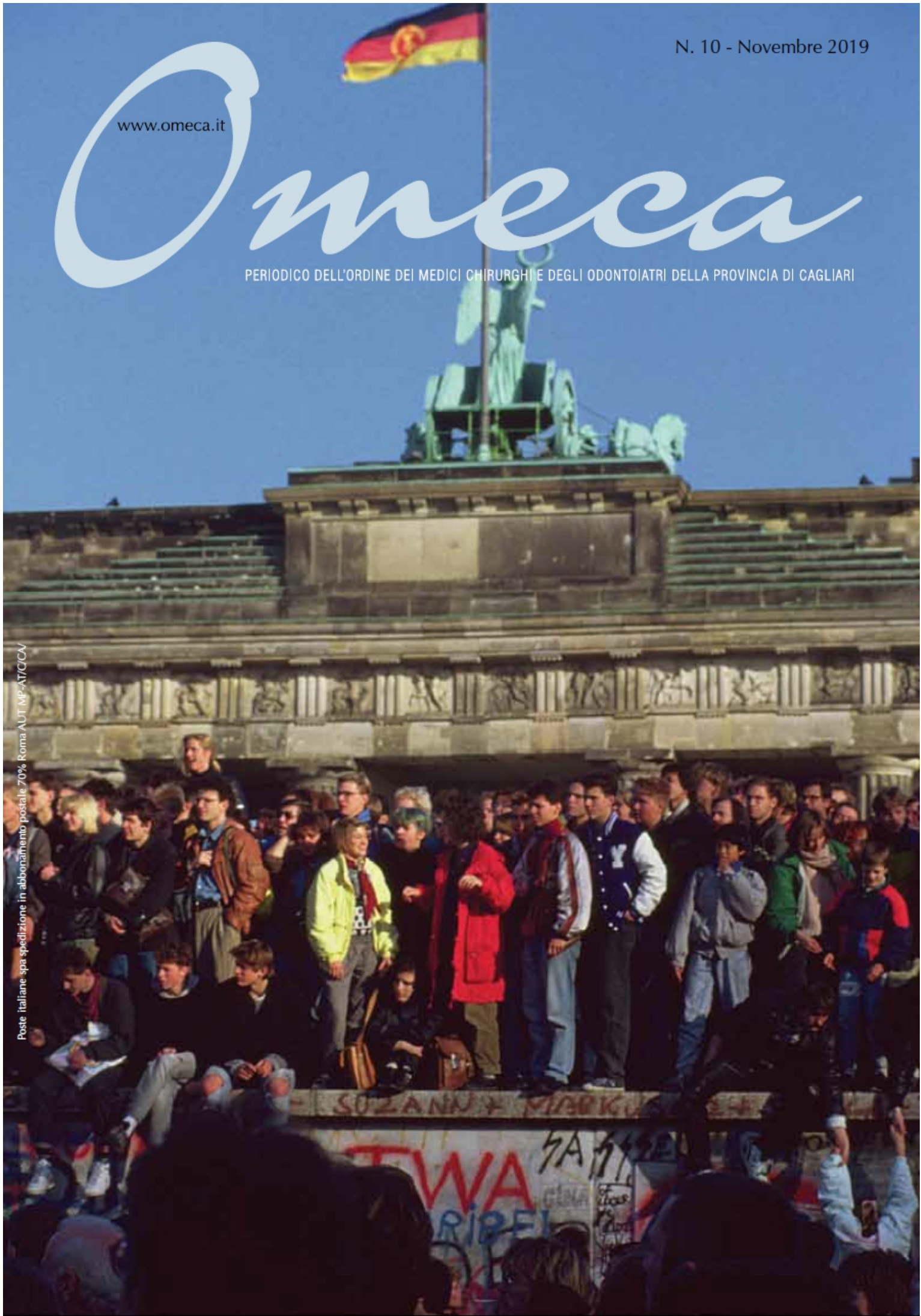
N. 10 - Novembre 2019

www.omeca.it

omeca

PERIODICO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI

Poste Italiane spa spedizione in abbonamento postale 70% Roma AUT MP-AT/CCM



Riabilitazione, urgono le reti integrate dei servizi

Mauro Piria*

SI È CHIUSA LA PRIMA GIORNATA ITALIANA DEI FISIATRI CURATA DALLA SIMFER

Per la giornata mondiale della Fisiatria, si è svolta a Cagliari (???) la Prima giornata italiana del Fisiatra organizzata dalla Simfer (Società italiana medicina fisica e riabilitativa). La Medicina fisica e riabilitativa si occupa di affrontare le limitazioni delle funzioni psico-organiche e sensoriali conseguenti alle più svariate cause: dalle malattie degenerative del sistema osteo-muscolo-tendineo con correlati esiti invalidanti e sindromi dolorose, agli esiti traumatici, vascolari, neurologici, neonatali, di eventi acuti, infatti anche a seguito di gravi menomazioni, la sopravvivenza è garantita dalle metodiche innovative della scienza e della medicina, ma le capacità funzionali sono notevolmente ridotte. Il fisiatra. Il termine "Physiatrist" fu coniato in America nel 1938, sintesi etimologica di Physio (natura) e latros (medico). La specializzazione in Fisiatria viene contraddistinta dall'approccio terapeutico, che utilizza la Medicina fisica e riabilitativa, necessaria in quelle condizioni per le quali gli approcci terapeutici farmacologici e chirurgici non sono di per sé sufficienti. È una specialità medica relativamente nuova con competenze uniche ed esclusive e con un approccio rivoluzionario in cui non è più solo la lesione d'organo che deve essere curata, ma le sue conseguenze funzionali; mediche, cliniche e comportamentali. Il fisiatra è il medico specialista in grado di valutare e comprendere le problematiche della persona con disabilità, transitorie, ingravescenti o permanenti, e di proporre gli interventi che meglio possono aiutare la persona a recuperare o mantenere la maggiore autonomia possibile, da solo o in collaborazione con altri professionisti. Rispetto al tradizionale aspetto "curativo" dell'intervento sanitario, è sempre più avvertita l'importanza di quello "abilitativo-riabilitativo", che riguarda il recupero e il mantenimento di autonomia e capacità di svolgere le proprie attività negli ordinari ambienti di vita e in questo scenario, la figura del fisiatra assume un'importanza cruciale nei servizi sanitari e socio-sanitari. Dopo avere fatto la diagnosi medica e inquadrato il trattamento farmacologico, il fisiatra classifica la funzione residua

del paziente (lcf), fa una prognosi riabilitativa, progetta e programma un percorso riabilitativo, coordina la equipe multidisciplinare su obiettivi di lungo periodo e, oltre che ai comuni mezzi diagnostici e alla comune terapia medica e chirurgica, si avvale anche di mezzi fisici e/o interventistici, di fisioterapia e di metodiche riabilitative, al fine di implementare un ottimale svolgimento del percorso riabilitativo che ha come fine il massimo recupero della funzione e della abilità residua del paziente. Una disciplina, quella del medico Fisiatra, forse difficile da incasellare, ma fondamentale per le capacità di gestire e coordinare le diverse figure professionali che ruotano attorno ai pazienti con disabilità complessa. Nella sua attività di cura utilizza diversi strumenti; dai farmaci, somministrati anche per via invasiva, alle terapie fisiche e manuali, all'esercizio, alle metodiche cognitive e comportamentali, all'educazione terapeutica, alla individuazione di ausili e ortesi, la cui prescrizione e personalizzazione rappresentano un elemento essenziale del progetto riabilitativo sulla persona. Altro strumento essenziale nel dare adeguata continuità del percorso riabilitativo è la costituzione di reti integrate di servizi riabilitativi e l'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione, come stabilito dal Piano nazionale della riabilitazione del 2011, che ancora non si è potuto realizzare per mancata volontà politica. L'Organizzazione mondiale della sanità, con il recente programma d'azione "Rehabilitation 2030", individua la riabilitazione come elemento fondamentale per i sistemi sanitari del ventunesimo secolo in tutto il mondo.★

*segretario Simfer Sardegna



Da sinistra, Stefano Negrini, Carlotta Kiekens, Pietro Braina, Mauro Piria, Cristina Sanna, David Fletzer, Susanna Podda, Silvia Fresu, Piero Fiore, Giuseppe Berti, Carlo Casula, Raffaella Gaeta e Roberta Pili.

CRITICITÀ

Non è stato ancora recepito dalla regione Sardegna il **Piano di indirizzo della riabilitazione del 2011** quindi:

- non si è ancora concretizzata l'istituzione dei dipartimenti di Riabilitazione
- né l'integrazione ospedale-territori
- né l'attuazione del progetto riabilitativo unico per tutta la durata del percorso riabilitativo
- non è ancora stata attuata la revisione delle norme sull'accreditamento istituzionale
- non è stato determinato il superamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni

I NUMERI DELLA CRONICITÀ IN SARDEGNA

- | | |
|---|--------------------------------|
| • Maggiore prevalenza di persone con almeno una patologia cronica | 42,0% - Pnc |
| • Al secondo posto dopo la Calabria per la più alta percentuale di abitanti con almeno due patologie croniche | 22,9% - Pnc |
| • Maggior numero di persone con bronchite cronica/asma bronchiale | 7,8% Sardegna e Calabria - Pnc |
| • Maggiore prevalenza di persone affette da osteoporosi | 9,6 Sardegna e Puglia - Pnc |
| • Primato sulla diffusione delle malattie allergiche | 13,0% - Pnc |
| • La regione che consuma il maggior quantitativo di farmaci | 45% Sardegna e Umbria - Pnc |

PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 1. malattie cardiovascolari | 32,8% |
| 2. malattie respiratorie croniche | 24,5% |
| 3. diabete | 20,3% |
| 4. tumori | 12,7% |
| 5. insufficienza renale | 10,1% |
| 6. ictus | 9,9% |
| 7. malattie croniche di fegato | 6,1% |

I NUMERI DELLA DISABILITÀ

- | | |
|--|--|
| Regioni a maggiore incidenza di patologie croniche (2011) | Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%) Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%) |
| Spesa per la non autosufficienza (2000) | 11 miliardi di euro
(fonte agenzia per i Servizi sanitari regionali) |
| Proiezioni dell'Isvap spesa per la non autosufficienza
(fonte Istituto delle assicurazioni) | Progressiva crescita di
29 miliardi nel 2030
46 miliardi nel 2050 |
| Percentuale dei disabili | 47.5% dopo gli 80 anni
51.7% tra le donne
38.5% tra gli uomini |