

Monica Panigazzi¹, Edda Maria Capodaglio², Elena Prestifilippo³, Silvia Traversoni⁴,
Claudia Quaccini², Marcello Imbriani^{5,6}

Il percorso ambulatoriale ICD-ICF in terapia occupazionale

¹ Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCSS, Occupational Therapy and Ergonomics Unit of Pavia and Montescano Institute, Italy

² Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCSS, Occupational Therapy and Ergonomics Unit of Pavia Institute, Italy

³ Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCSS, Occupational Therapy and Ergonomics Unit of Montescano Institute, Italy

⁴ Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCSS, Psychology Unit of Montescano Institute, Italy

⁵ Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCSS, Occupational Medicine Hospital Unit (UOOML), Institute of Pavia, Italy

⁶ Department of Public Health, Experimental and Forensic Medicine, University of Pavia, Italy

RIASSUNTO. Tra le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di Riabilitazione Specialistica rilasciate dagli istituti sanitari di Regione Lombardia è stato recentemente inserito il MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). All'interno di Istituti Clinici Scientifici Maugeri il nostro Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia è impegnato attivamente nella ridefinizione organica dei percorsi riabilitativi alla luce della interpretazione funzionale e centrata sul paziente, tipica di ICF (International Classification of Functioning). L'articolo descrive i presupposti, i criteri e le procedure che supportano il sistema MAC, proponendone una modellizzazione atta ad essere inserita nel sistema moderno e complesso delle prestazioni sanitarie.

Parole chiave: paziente ambulatoriale, terapia occupazionale, ausili, cronicità, riabilitazione.

ABSTRACT. *The Complex Ambulatory Macroactivity (MAC, Macroattività Ambulatoriale Complessa) has recently been included among the therapeutic and diagnostic Specialized Rehabilitation services issued by the Lombardy Region health institutes. Within Maugeri Scientific Clinical Institutes, our Occupational Physiatrics and Ergonomics Service is actively involved in the organic redefinition of rehabilitative pathways in the light of functional and patient-centered interpretation, typical of ICF (International Classification of Functioning). The article describes the assumptions, criteria and procedures that support the MAC system, proposing a modeling that can be inserted into the modern and complex system of health services.*

Key words: *outpatients, occupational therapy, aids, chronicity, rehabilitation.*

Introduzione

Il Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia degli Istituti di Pavia e di Montescano, Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa – Società Benefit IRCCS, investe una parte delle proprie risorse umane e strumentali nello svolgimento di attività sanitarie in regime di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) (1). Tale MAC si rivolge a pazienti con esiti disabilitanti di patologie di natura prevalentemente neuro-motoria, passibili di miglioramenti funzionali con l'applicazione di programmi di terapia occupazionale e con l'eventuale prescrizione, fornitura ed addestramento all'utilizzo di ausili. Le prestazioni fornite nell'ambito del MAC sono di tipo prevalentemente riabilitativo ed hanno come obiettivo finale il raggiungimento della massima autonomia personale possibile ed un efficace reinserimento del paziente nell'ambito familiare, lavorativo e sociale (2).

Nel contesto della riorganizzazione in atto che ci vede impegnati in una evoluzione verso la medicina di precisione e la implementazione di nuovi processi organizzativi clinici (3, 4), al fine di garantire l'appropriatezza e la sostenibilità dell'intervento sanitario anche per l'utente ambulatoriale, è stata percepita l'esigenza di condividere un modello teorico di intervento riabilitativo occupazionale.

La modellizzazione del percorso impiega le potenzialità del paradigma ICF (5, 6), sia come supporto al medico ed al terapeuta occupazionale nella misurazione dell'autonomia della persona e del suo benessere negli ambienti di vita (7), che come strumento in grado di collegare il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) ed il programma riabilitativo individuale (pri) all'interno di un sistema digitale (8, 9).

MAC – Criteri di accesso

L'intervento riabilitativo nel "Percorso MAC di Terapia Occupazionale ed Ausili Complessi" si articola in una serie di accessi quotidiani e programmati, di durata variabile, in rapporto alla tipologia del paziente.

La programmazione dell'intervento è a carico dello Specialista Fisiatra che accoglie in MAC il Paziente nell'immediato post-acuto e si pone come obiettivo l'attuazione, il raggiungimento ed il perfezionamento del miglior

reinserimento socio-economico possibile, in relazione alla più o meno favorevole evoluzione del quadro clinico di base.

Accedono a questo tipo di attività soprattutto pazienti con disabilità di tipo motorio; si tratta quindi prevalentemente di patologie di tipo ortopedico-traumatologico-reumatologico-neurologico, connesse con disabilità motorie che intaccano la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana.

Il trattamento in regime di MAC è indicato nel caso di pazienti che possano tollerare terapie riabilitative di intensità medio-alta somministrate in modo multidisciplinare (motorio, occupazionale, cognitivo), e che presentino condizioni generali di salute tali da non necessitare della presenza di personale medico e paramedico nelle ore notturne. Si tratta di una forma originale ed autonoma di assistenza, nella quale rivestono importanza criteri sanitari, occupazionali e socio-assistenziali.

I pazienti ammessi presentano un quadro di disabilità motoria trattabile attraverso uno specifico intervento fisiatrico rieducativo in ambiente opportunamente attrezzato. La dimissione avviene allorché i pazienti raggiungono un risultato ragionevolmente coerente con l'obiettivo rieducativo identificato al momento dell'ingresso, o comunque quando viene raggiunta la massima autonomia motoria possibile, eventualmente anche con la prescrizione, fornitura e addestramento all'utilizzo di ausili, che ottimizza la loro capacità di reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

A giudizio dello Specialista Fisiatra il trattamento riabilitativo in MAC può comprendere, oltre al tradizionale intervento di terapia occupazionale individuale ed in relazione alle specifiche necessità:

- l'individuazione, la prescrizione e l'addestramento all'uso dei presidi ortesici e degli ausili di cui il paziente eventualmente necessita per migliorare la propria autonomia personale e di trasferimento;
- la fisio-cinesiterapia associata a reinserimento "prodotto" in ambito lavorativo;
- l'esecuzione di indagini strumentali per il monitoraggio o per il miglior inquadramento della malattia di base o delle complicanze ad essa strettamente correlate, indispensabili per seguire l'iter riabilitativo individuale;
- la rieducazione di specifiche funzioni cognitive, specialmente in relazione al loro utilizzo in ambito lavorativo, e l'assistenza psicologica relativa alla gestione della malattia ed all'accettazione della propria eventuale disabilità residua;
- la terapia del dolore, sintomo frequentemente associato a diverse patologie di competenza fisiatrica, a genesi varia;
- l'esecuzione di programmi per il contenimento di rischi specifici e per la prevenzione delle recidive (competenze cardiologiche, pneumologiche, nutrizionistiche, ecc.).

Documentazione clinica

Per ogni accesso viene compilata una Cartella Ambulatoriale MAC, dalle stesse caratteristiche contenutistiche

della Cartella Clinica relativa al ricovero in degenza ordinaria, e che contiene il documento Clinico Specifico denominato "Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) di Terapia Occupazionale e Ausili Complessi" compilato dallo Specialista Fisiatra del Servizio (Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3).

Il documento PRI rappresenta il foglio di lavoro per l'equipe e per gli operatori del Servizio che, ciascuno per le proprie competenze, concorrono alla regolare e corretta gestione dell'attività sanitaria, iniziando dalla valutazione della Persona e attraverso la realizzazione di tutti gli interventi sanitari tesi al raggiungimento del più alto livello possibile di Funzionamento e Partecipazione, tramite il coinvolgimento attivo della Persona in relazione alle proprie motivazioni e al proprio contesto di vita.

Nel rispetto dei criteri di appropriatezza, identificabili grazie alla combinazione dei codici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ICD9 (10) e ICF (5) specificamente presentati per ogni caso, il PRI prevede un percorso riabilitativo multidimensionale e multi-professionale che riesce ad abbracciare i molteplici parametri della complessità della Persona presa in cura.

Modalità

Gli obiettivi e le attività riabilitative del PRI dedicato si sviluppano in tre percorsi distinti nel foglio di lavoro.

Il primo è qualificato come "**Percorso terapeutico-rieducativo di terapia occupazionale**" e comprende diverse aree di intervento: motricità per ADL (Activities of Daily Living), area del dolore e della disabilità, area del reinserimento (sia negli aspetti funzionali che sociali), area educativa (rivolta sia al paziente che al caregiver) sulle tematiche della cura di sé. Questo percorso riguarda pazienti con esiti non ancora stabilizzati o con disabilità importanti dal punto di vista motorio-funzionale che si ripercuotono sulle autonomie quotidiane. Per ogni area vengono presi in considerazione obiettivi ICF correlati al miglioramento delle attività motorie e del recupero funzionale. Ad esempio, per l'area "motricità per ADL" si considera l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte dell'individuo impegnato nella cura di sé (d5, Cura della propria persona), lavarsi e asciugarsi (d5100, Lavare parti del corpo), occuparsi del proprio corpo e delle sue parti (d520, Prendersi cura di singole parti del corpo), Mangiare (d550), Bere (d560) e Prendersi cura della propria salute (d570). Analogamente nell'area "Reinserimento" verranno indagate, valutate e affinate le capacità residue utili per il reinserimento in ambito familiare e lavorativo; nel foglio di lavoro saranno perciò indicati item ICF relativi al capitolo "Mobilità" che qualificano attività funzionali come Trasferirsi (d420) e Uso della mano e del braccio (d445), ma anche item relativi agli aspetti sociali, come Procurarsi beni e servizi (d620) o Lavoro retribuito (d850) (Fig. 1).

Il secondo percorso del foglio di lavoro trova il suo riferimento nell'"equazione delle quattro A: Ambiente accessibile + Ausili tecnici + Assistenza personale = Autonomia" (11), dove l'Autonomia rappresenta il recupero di un nuovo equilibrio, dopo un cambiamento della situazione fisica condizionante le abilità, ristabilito nella relazione con sé, nella relazione con l'ambiente e nelle rela-

**PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PRI)
di Terapia Occupazionale e Ausili Complessi**

PAZIENTE

DIAGNOSI _____ ICD9 _____

EVENTUALI
COMORBIDITÀ: _____ ICD9 _____

EVENTUALI PRECAUZIONI OPERATIVE: _____

1. Percorso terapeutico-rieducativo di terapia occupazionale**1.1 Area: motricità per ADL (Activities of Daily Living)****Obiettivo:** miglioramento delle attività motorie e del recupero funzionale in pazienti con esiti non ancora stabilizzati, o con disabilità importanti dal punto di vista motorio-funzionale che si ripercuotono sulle autonomie quotidiane

d230 Eseguire la routine quotidiana
d5 Cura della propria persona
d5100 Lavare parti del corpo
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo
d530 Bisogni corporali
d540 Vestirsi
d550 Mangiare
d560 Bere

1.2 Area: minimizzazione del dolore e della disabilità**Obiettivo:** trattamento volto alla minimizzazione del dolore e della disabilità che potrebbero ridurre la partecipazione nelle attività

b270 Funzioni sensoriali correlate alla temperatura e ad altri stimoli
b280 Sensazione di dolore

1.3 Area: reinserimento, aspetti funzionali**Obiettivo:** analisi, valutazione e affinamento delle capacità residue ai fini del reinserimento in ambito familiare e lavorativo

d410 Cambiare la posizione corporea di base
d415 Mantenere una posizione corporea
d420 Trasferirsi
d430 Sollevare e trasportare oggetti
d440 Uso fine della mano
d445 Uso della mano e del braccio
d4450 Tirare
d4451 Spingere
d4452 Raggiungere allungando il braccio
d4453 Girare o esercitare torsione delle mani o delle braccia
d4454 Lanciare
d4455 Afferrare
d4458 Uso della mano e del braccio, altro specificato
d450 Camminare
d455 Spostarsi
d470 Usare un mezzo di trasporto
d475 Guidare
d630 Preparare pasti
d640 Fare i lavori di casa

1.4 Area: reinserimento, aspetti sociali**Obiettivo:** interventi volti a facilitare il reinserimento sociale

d620 Procurarsi beni e servizi
d710 Interazioni interpersonali semplici
d760 Relazioni familiari
d850 Lavoro retribuito
d920 Ricreazione e tempo libero
d930 Religione e spiritualità

1.5 Area: educativa**Obiettivo:** educazione del paziente e del caregiver sulle tematiche della cura di sé

d570 Prendersi cura della propria salute

*Responsabile Medico dott.ssa Monica Panigazzi
Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia
ICS Maugeri Spa SB, IRCCS – Pavia e Montescano*

Figura 1

2. Percorso ausilio.

2.1 Area: fornitura di ausili adatti alla situazione individuale Obiettivo: Individuazione, prescrizione, adattamento, addestramento e collaudo di ausili e tecnologie atte a ridurre la disabilità e migliorare le autonomie quotidiane		
e1250 Prodotti e tecnologia per comunicazione	d360 Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione	Per la comunicazione interpersonale
e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana	d4 Mobilità d450 Camminare d455 Spostarsi d460 Spostarsi in diverse collocazioni	Per protesi arto inferiore
	d430 Sollevare e trasportare oggetti d440 Uso fine della mano d445 Uso della mano e del braccio d449 Trasportare, spostare e maneggiare oggetti, altro specificato e non specificato	Per protesi arto superiore
	b455 Funzioni di tolleranza dell'esercizio fisico b7 Funzioni neuro-muscolo scheletriche e correlate al movimento	Per ortesi spinali/ arto superiore/ arto inferiore
e1200 Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto in ambienti interni e esterni (non adattati)	d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili	Per i trasferimenti
e1201 Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto in ambienti interni e esterni (adattati)		Per il superamento di barriere verticali
	d5 Cura della propria persona	Per la cura personale
	d6 Vita domestica	Per la vita domestica
		Altro

2.2 Area: educativa Obiettivo: educazione del paziente e del caregiver nella gestione degli ausili e delle tecnologie atte a ridurre la disabilità	
d570 Prendersi cura della propria salute	

3. Percorso fisio-chinesiterapico propedeutico

3.1 Area: fisio-chinesiterapia Obiettivo: trattamenti di fisiochinesiterapia classica, propedeutici al percorso terapeutico-rieducativo di terapia occupazionale	
b729 Funzioni delle articolazioni e delle ossa, altro specificato e non	Recupero dell'articolari�
b730 Funzioni della forza muscolare	Allenamento strumentale alla forza
b735 Funzioni del tono muscolare	Recupero dell'elasticit�
b740 Funzioni della resistenza muscolare	Allenamento strumentale alla resistenza
b760 Funzioni di controllo del movimento volontario	Apprendimento di tecniche posturali corrette e correttive

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NEL PROGETTO:

medico fisiatra terapeuta occupazionale fisioterapista infermiere altro

*Responsabile Medico dott.ssa Monica Panigazzi
Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia
ICS Maugeri Spa SB, IRCCS – Pavia e Montescano*

Figura 2

**programma riabilitativo individuale (pri)
di Terapia Occupazionale e Ausili Complessi**

Indagini diagnostico- valutative principali	pertinenti con la patologia <i>(se necessarie)</i>	
1. Percorso terapeutico rieducativo di Terapia Occupazionale	TO mirata alle autonomie personali, familiari e sociali	
	Rieducazione della destrezza manuale per arrivare al gesto corretto nell'attività finalizzata con arti superiori	
	Allenamento alla ripresa delle attività e/o studio di tecniche di compenso	
	Suggerimenti ergonomici per la miglior gestione ergonomica possibile delle attività	
	Eventuale sopralluogo al domicilio / posto di lavoro per: progetti di eliminazione di barriere architettoniche e verifiche di raggiungimento delle autonomie acquisite preliminarmente presso la palestra dell'Istituto.	
	Intervento specifico educativo volto alla cura di sé	
2. Percorso Ausilio	Prove utili di <i>(inserire l'ausilio/ortesi corretto)</i>	
	Prove di sistemi di postura tronco/bacino - cuscino antidecubito - ecc <i>(inserire il sistema corretto, se previsto)</i>	
	Scelta dell'ausilio	
	Prescrizione secondo la corretta procedura (Assista@nt-RL, INAIL, contributi a progetto individuale, agevolazioni fiscali)	
	Rivalutazione per collaudo, personalizzazione, istruzioni d'uso	
	Suggerimenti ergonomici per la miglior gestione ergonomica possibile dell'ausilio prescritto	
	Somministrazione di strumenti di misurazione outcome ausili e servizio ricevuto	
	Intervento specifico educativo volto alla gestione dell'ausilio	
3. Percorso fisio- chinesiterapico propedeutico	Recupero dell'articolarià	
	Allenamento strumentale alla forza e/o resistenza	
	Recupero dell'elasticità	
	Apprendimento di tecniche posturali corrette e correttive	

Data _____

Il medico Fisiatria responsabile del PRI _____

*Responsabile Medico dott.ssa Monica Panigazzi
Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia
ICS Maugeri Spa SB, IRCCS – Pavia e Montescano*

Figura 3

zioni con gli altri. Il “**Percorso ausilio**” per il conseguimento dell’autonomia personale viene mediato attraverso interventi ambientali, strumenti tecnologici e tutti gli ausili assistenziali fondamentali alla realizzazione degli obiettivi prefissati, che risultano essere strettamente individuali. Una procedura specifica viene applicata per tutti gli aspetti riguardanti la fornitura di ausili adatti alla situazione individuale, con particolare attenzione anche all’area educativa del paziente e del caregiver nella gestione degli ausili e delle tecnologie (d570, Prendersi cura della propria salute). Come esempio di soluzione assistiva individualizzata (e1201, Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto di ambienti interni e esterni) riportiamo, per il caso di un soggetto con esiti disabilitanti da patologia (d465, Spostarsi usando apparecchiature/ausili), la specifica di una carrozzina pieghevole ad auto-spinta, con misure del sedile personalizzate, braccioli ridotti e una seduta ribassata dotata di cuscino antidecubito in fibra cava siliconata; per l’utilizzo agevole della carrozzina nell’ambiente domestico (d6, Vita domestica) sarà previsto inoltre un sollevatore elettrico standard (e1200, Prodotti e tecnologia generali per la mobilità e il trasporto in ambienti interni e esterni) che permetterà i trasferimenti (d465) da-a letto, carrozzina, automobile, sedia WC-doccia. La soluzione assistiva integrata (e1201, Prodotti e tecnologia di assistenza per la mobilità e il trasporto di ambienti interni e esterni) prevede l’adattamento del locale bagno mediante la rimozione della vasca e l’installazione di una doccia con piano a filo pavimento, e con l’utilizzo combinato della sedia-wc-doccia individuata (d5, Cura della propria persona) (Fig. 2).

Il terzo percorso **fisio-chinesiterapico propedeutico** viene attivato per quelle situazioni clinico-funzionali che necessitano, prima di intraprendere un training specifico di terapia occupazionale, di una fase riabilitativa propedeutica mirata alle funzioni di movimento e di mobilità, incluse le funzioni delle articolazioni, delle ossa e dei muscoli. Un esempio potrebbe essere quello di un soggetto in esiti traumatici o post-chirurgici alla mano, organo anatomicamente e funzionalmente complesso. Questo comporta, in misura ancora maggiore che in altre patologie, la necessità di una stretta integrazione fra le competenze del fisiatra, del terapeuta occupazionale e del fisioterapista e dove all’accurata valutazione clinica e funzionale (iniziale e periodica) l’intervento terapeutico preveda la iniziale mobilitazione per il recupero articolare e muscolare (b729, Funzioni delle articolazioni e delle ossa, altro specificato e non specificato; b730, Funzioni della forza muscolare). La mobilitazione attiva e passiva va al più presto integrata con tutte quelle strategie atte a massimizzare le prestazioni funzionali del paziente nell’autonomia personale, nelle attività di vita quotidiana e nei compiti professionali (d440, Uso fine della mano; d445, Uso della mano e del braccio) (12).

Procedure

Nel contesto MAC di Terapia Occupazionale ed Ausili Complessi, l’equipe riabilitativa è attiva nella routine quotidiana attuando interventi secondo “steps” ordinati che possono essere descritti come segue:

- 1. Valutazione iniziale:**
 - Anamnesi tradizionale e lavorativa specifica
 - Esame clinico generale, con visita fisiatrica tradizionale ed ergonomica specifica
 - Valutazione funzionale delle attività quotidiane in cui il paziente presenta deficit; Valutazione della disabilità (ADL, o equivalenti), dolore e funzionalità (analogo visivo di Skott-Huskisson), affaticamento durante attività (scala 0-10 di Borg)
- 2. Sintesi valutativa per la stesura del percorso terapeutico-rieducativo dedicato:**
 - Formulazione della diagnosi riabilitativa con il supporto di indagini fisiatriche valutative mirate, semi-quantitative e/o strumentali
 - Formulazione (se mancante) della diagnosi eziopatogenetica (tradizionale) con il supporto di procedure diagnostiche strumentali
 - Stesura degli obiettivi ICF e del relativo percorso terapeutico
 - Indagini diagnostico-valutative principali pertinenti con la patologia (allorché necessario)
 - Valutazione della funzionalità della mano
 - Test di simulazione lavorativa per arti superiori
 - Prove all’ergometro a braccia
 - Test di simulazione lavorativa per arti e/o tronco
 - Test di equilibrio e postura
 - Analisi della deambulazione
 - Videoripresa e analisi dell’attività/postura
 - Quantificazione dei livelli di autonomia potenziale senza e con ausili
- 3. Percorso dedicato di fisio-chinesiterapia propedeutico, percorso di terapia occupazionale e percorso ausili:**
 - Recupero dell’articolarietà
 - Recupero dell’elasticità
 - Apprendimento di tecniche posturali corrette e correttive
 - Allenamento strumentale alla forza
 - Allenamento strumentale alla resistenza
 - Allenamento aerobico mediante ergometro a braccia
 - Rieducazione della destrezza manuale
 - Terapia occupazionale mirata alle autonomie personali, familiari e sociali
 - Suggerimenti ergonomici per la miglior gestione ergonomica possibile delle attività
 - Allenamento alla ripresa delle attività e/o studio di tecniche di compenso
 - Eventuali sopralluoghi al domicilio/posto di lavoro per: progetti di eliminazione di barriere architettoniche, suggerimenti di ergonomia, verifiche di raggiungimento delle autonomie acquisite preliminarmente presso la palestra dell’Istituto
 - Prove utili di ausili/ortesi
 - Prove di sistemi di postura tronco/bacino – cuscini antidecubito – ecc.
 - Scelta dell’ausilio idoneo
 - Prescrizione secondo la corretta procedura (Assista@nt-RL, INAIL, contributi a progetto individuale, agevolazioni fiscali)

- Rivalutazione per collaudo, personalizzazione, istruzioni d'uso
 - Suggerimenti ergonomici per la miglior gestione ergonomica possibile dell'ausilio prescritto
- 4. Valutazione finale:**
- Valutazione fisiatrica specifica
 - Valutazione funzionale, eventualmente con misurazione di forza, resistenza, destrezza, velocità, ecc., svolte con: arti superiori (manipolazione, costruzione, ecc.), tronco (spostamenti, sollevamenti, ecc.), arti inferiori (cammino, scale, equilibrio, ecc.)
 - Illustrazione e consegna di opuscolo specifico con norme ergonomiche
 - Verifica del corretto apprendimento delle tecniche di prevenzione
 - Valutazione soggettiva di disabilità e affaticamento
 - Valutazione funzionale delle autonomie raggiunte mediante gli ausili prescritti ed assegnati
 - Verifica del corretto apprendimento delle tecniche di utilizzo degli ausili
- 5. Sintesi globale degli interventi eseguiti e della loro efficacia a breve termine,** da consegnare al paziente ed al Medico Curante e/o Specialista di riferimento.

Discussione

L'obiettivo della Medicina Riabilitativa è quello di individuare e rafforzare l'insieme di potenzialità funzionali che sono utili alla persona per raggiungere le migliori condizioni fisiche e cognitive nel contesto di vita e nell'ambito delle relazioni sociali.

La Fisiatria Occupazionale, come branca della riabilitazione medica che in particolare rivolge la sua attenzione a tutti gli aspetti connessi con la ripresa al più alto livello possibile dell'autonomia fino alla ripresa di un'occupazione (lavoro retribuito e non, scuola, attività ludico-sportive, guida, ecc.), si pone trasversalmente rispetto alla fisiatria tradizionale, alla medicina del lavoro, all'ergonomia ed alla medicina legale, abbracciando aree di intervento molto vaste che spesso richiedono un intervento multidisciplinare e multiprofessionale, con l'impiego di tecniche varie, eventualmente anche specifiche della rieducazione neuromotoria. In questo contesto, il MAC rappresenta la modalità più completa e adeguata per la presa in carico e la riabilitazione della Persona.

L'insieme delle proposizioni elaborate dall'equipe riabilitativa e coordinate dal Medico del Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia per ciascun caso preso in carico sono immediatamente evidenti nel foglio di lavoro PRI, che delinea precisi obiettivi e modalità di intervento attraverso le codifiche ICF.

Parte integrante alla formulazione del PRI è rappresentata dal relativo programma riabilitativo individuale (pri) che costituisce l'elemento essenziale dell'operatività per i professionisti riabilitatori.

I passaggi della realizzazione PRI/pri sono sintetizzati nel foglio di lavoro (Fig. 3).

Il sistema ICF per la classificazione della salute e degli stati ad essa correlati offre un impianto concettuale valido per organizzare le informazioni relative all'assistenza sanitaria del paziente ambulatoriale afferente al Servizio di Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia. A livello operativo ICF è adatto per descrivere e valutare il miglioramento dei livelli di partecipazione ottenuto attraverso la rimozione/riduzione degli ostacoli e la promozione della facilitazione.

Non solo ICF rappresenta uno strumento importante nella pratica clinica del Medico Fisiatra e del Terapista Occupazionale per la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e dei relativi programmi (pri), ma costituisce anche mezzo per la digitalizzazione e la semplificazione della gestione di tutte le azioni previste in Medicina Riabilitativa.

A livello macroscopico, l'utilizzo della codifica ICD-ICF per descrivere precisamente gli interventi riabilitativi può contribuire a migliorare la qualità della ricerca medica attraverso la sistematizzazione delle procedure e la razionalizzazione di percorsi individualizzati (13).

Il foglio di lavoro qui presentato, i cui contenuti rappresentano modalità e procedure qualificanti la Terapia Occupazionale, viene proposto per una fase sperimentale di osservazione, studio, ed eventuale approvazione all'interno del nuovo modello clinico di ICS Maugeri.

Nel lungo termine l'obiettivo atteso è l'inserimento degli "steps" descritti per il PRI/pri di Terapia Occupazionale ed Ausili Complessi all'interno del sistema "Palestra Digitale" (4), sia come documento condiviso recante le informazioni cliniche e strumentali sul paziente, sia per la lettura combinata tra ICD e ICF con il nomenclatore nazionale delle prestazioni ed il nomenclatore ICS Maugeri (14).

Bibliografia

- 1) Regione Lombardia. Deliberazione N° IX / 1479, Seduta del 30/03/2011.
- 2) Panigazzi M, Prestifilippo E, Saade A, et al. Il day hospital di fisiatria occupazionale-ergonomica. In: Bazzini G, Imbriani M. (a cura di) Ergonomia, ergoterapia e lavoro. Roma: Aracne editore, 2016.
- 3) Giorgi G, Migliavacca P. La svolta digitale in ospedale: una sfida organizzativa. Il caso dell'organizzazione del comparto palestre riabilitative. G Ital Med Lav Erg 2018; 40:1, Suppl, 4-7.
- 4) Lodigiani A, La Manna A, Traversoni S, et al. Innovazione organizzativa, digitale e tecnologica a supporto del modello clinico e della palestra digitale. G Ital Med Lav Erg 2018; 40:1, Suppl, 76-82.
- 5) Organizzazione Mondiale della Sanità. ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Ed. It. a cura di M. Leonardi. Erikson Ed. Trento, 2002.
- 6) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196 (4286): 129-136.
- 7) Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Promising Framework and Classification for Rehabilitation Medicine. Am J Phys Med Rehabil 2005; 84: 733-740.
- 8) Giardini A, Traversoni S, Garbelli C, et al. ICF, digitalizzazione e percorsi clinico-assistenziali in medicina riabilitativa: una integrazione possibile dalla definizione degli obiettivi alla stesura del programma riabilitativo, alla valutazione dei risultati G Ital Med Lav Erg 2018; 40:1, 22-29.

- 9) Springhetti I, Buonocore M, Nardone A. La digitalizzazione delle attività riabilitative in ambito neuromotorio. G Ital Med Lav Erg 2018; 40:1, Suppl, 49-58.
- 10) Organizzazione Mondiale della Sanità. ICDH International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. Geneva, 1980.
- 11) Andrich R. Valutare, consigliare, scegliere gli ausili. Fondazione Don Carlo Gnocchi; 2005.
http://portale.siva.it/files/doc/library/quaderno%20ausili_sito.pdf
- 12) Ferriero G, Sartorio F, Vercelli S. La riabilitazione della mano infortunata. Ergonomia ergoterapia e lavoro Quaderni di medicina del lavoro e medicina riabilitativa. Pag 211-228 (giugno 2016).
- 13) Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ 2014; 348 g1687.
- 14) Istruzione operativa ICSM, Nomenclatore delle Prestazioni Specialistiche Maugeri, IO ICSM NPA1-2.

Corrispondenza: Dott.ssa Monica Panigazzi, Fisiatria Occupazionale ed Ergonomia, ICS Maugeri, Via Maugeri 10, 27100 Pavia, Italy, E-mail: monica.panigazzi@icsmaugeri.it