

Al Ministro della Salute
On. B Lorenzin

Al Direttore Generale della Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute
Dott. R.Botti

Al Direttore Generale Agenas
Dott. F.Bevere

Roma, 28 settembre 2015

La SIMFER è l'Associazione Scientifica che riunisce i laureati in Medicina e Chirurgia che in Italia svolgono la loro attività nell'ambito della Medicina Riabilitativa, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, territoriale e domiciliare, ed ha fra i suoi scopi statutari, oltre allo sviluppo culturale e scientifico della disciplina, la comunicazione e la collaborazione con le Istituzioni in ambito Sanitario.

Con la presente nota, la SIMFER intende portare alla Vostra attenzione alcune osservazioni sulle recenti proposte normative relative alla riorganizzazione dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento al settore della riabilitazione, e nell'intento di contribuire in maniera propositiva a tale riassetto, nell'interesse degli utenti, dei professionisti e della comunità in generale.

Le recenti disposizioni e le proposte normative riguardanti l'organizzazione ed il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, come la Legge di Stabilità 2015, la Proposta schema di decreto sulla "Nuova definizione dei LEA", il Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera 2015; il Documento di Programmazione Economica 2015, la recente intesa Stato Regioni sulla "verifica e revisione del patto per la salute 2014-16" nonché le ultime ancor più recenti indicazioni contenute nel "Decreto appropriatezza" contengono diversi riferimenti al settore della riabilitazione; ciò è comprensibile, se si considera che:

- Le attività riabilitative intersecano quasi tutti i nodi dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, sia in ambito territoriale che ospedaliero, nel perseguimento dell'obiettivo generale di favorire il maggior livello di autonomia e partecipazione alle persone di ogni età affette da patologie disabilitanti di varia gravità, permanenti o transitorie;
- Si tratta di un settore dell'assistenza che con ogni verosimiglianza assumerà un rilievo crescente in tutti i paesi nei prossimi anni, visti gli attuali scenari del bisogno sanitario, sempre più connotato dal tema delle condizioni patologiche disabilitanti a decorso cronico e dal numero crescente di persone con disabilità a lunga aspettativa di vita.

Un tema ricorrente in questi indirizzi normativi è quello dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ritenuto - con giusta ragione - un fattore essenziale per l'uso razionale delle risorse, e per coniugare sostenibilità del sistema e mantenimento di una ragionevole qualità dell'assistenza.

La SIMFER, come molte altre Società Scientifiche, riconosce che questo è un tema cruciale, e ne ha fatto da tempo oggetto di attenzione: è consapevole del fatto che il particolare contesto socio economico impone un ripensamento nella modalità di progettazione ed erogazione dei servizi, se si vuole garantirne un livello qualitativo adeguato in condizioni sostenibili. Ritiene anche che vi siano margini per una distribuzione ed un uso più corretto delle risorse nel settore della riabilitazione, e che è necessario modificare continuamente la pratica clinica privilegiando gli interventi di cui il progredire della conoscenza dimostri la maggiore efficacia ed efficienza. Va ad esempio abbandonata una logica "prestazionale" basata sulla valorizzazione di singoli atti diagnostico terapeutici, per privilegiare il riconoscimento di percorsi di cura, da valutarsi in funzione della

continuità di presa in carico e degli esiti.

Dobbiamo tuttavia rimarcare che la percezione della comunità professionale è che il tema dell'appropriatezza si stia affrontando sempre di più in funzione dei suoi effetti sul recupero di risorse economiche, e che sempre meno si tenga conto delle sue possibili ricadute sul miglioramento della qualità dei servizi e sull'equità di accesso e fruizione da parte dei cittadini.

Un altro elemento che si registra è la focalizzazione prevalente su una presunta inappropriata "per eccesso", assumendo che i maggiori problemi nascano dall'erogazione di servizi riabilitativi in misura complessivamente superiore a quanto effettivamente ritenuto necessario per i bisogni della popolazione.

Sappiamo invece che nell'offerta di servizi riabilitativi esiste tuttora un'area importante di inappropriata "per difetto", dovuta all'incompleta risposta a certi tipi di bisogno, e – elemento di ancor maggiore criticità – alla disomogenea distribuzione dei servizi nelle diverse regioni o addirittura nell'ambito della medesima regione. È stato rilevato, ad esempio, che la quota di persone colpite da ictus che accedono direttamente alle degenze riabilitative dopo la fase acuta è ancora largamente inferiore ai livelli ritenuti appropriati in base ai dati epidemiologici.

Vi è evidenza che la riabilitazione, se condotta con metodi e criteri adeguati, si dimostra un fattore di recupero di risorse grazie al contenimento delle conseguenze disabilitanti delle malattie.

Sulla base di queste premesse, si ritiene opportuno formulare alcuni rilievi e proposte su uno specifico settore dell'assistenza riabilitativa, quale quello della degenza, su cui le citate recenti disposizioni normative si apprestano ad intervenire ai sensi dell'art.9 della L.06/08/2015, n. 125, ove si prevedono misure di riduzione di ricoveri/giornate di degenza potenzialmente inappropriate. *“tenendo conto della correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, della distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, della tipologia di casistica”.*

OSSERVAZIONE - Gli elementi desumibili dagli attuali sistemi informativi relativi all'area della degenza riabilitativa non consentono di identificare situazioni di sicura inappropriata, bensì aree di inappropriata "potenziale", di cui è opportuna la verifica attraverso un perfezionamento dei sistemi di rilevazione ed una esplicita ed omogenea definizione dei criteri di valutazione (*cf. il documento del Ministero della Salute Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, 2013*).

Questo aspetto rimanda ad una problematica più generale: il "cruscotto" attuale di monitoraggio dell'assistenza riabilitativa a livello nazionale non appare sufficiente a descrivere gli aspetti veramente rilevanti del processo di cura, né tantomeno dei suoi esiti; ancora più problematica è la situazione a livello ambulatoriale e territoriale, delle strutture intermedie, dell'assistenza protesica. Inoltre, non esistono al momento sistemi attendibili per valutare l'aspetto di continuità delle cure, essenziale in riabilitazione.

I limiti degli attuali flussi informativi si sono riverberati anche sulle recenti proposte di revisione dei LEA, che spesso, almeno nel settore riabilitativo, hanno dovuto riportare previsioni gravate da ampi margini di incertezza.

Sono inoltre note le marcate disomogeneità regionali per quanto riguarda diversi aspetti dell'assistenza riabilitativa in regime di ricovero, quali ed esempio modalità e criteri di accesso alle strutture, classificazione delle strutture, classificazione degli episodi di ricovero, valori soglia di durata considerati come appropriati, etc; in tale situazione, appare problematico individuare criteri di valutazione dell'appropriatezza che diano una adeguata garanzia di equità nella fruizione dei servizi e di confrontabilità delle pratiche assistenziali/riabilitative.

PROPOSTA - Si ritiene necessario che siano definiti in prima istanza e nel breve-medio termine:

- criteri generali omogenei per la classificazione delle strutture di degenza riabilitativa, superando o almeno attenuando le difformità regionali;
- criteri per una univoca definizione operativa dell'"evento indice", dei livelli di complessità, tipo e gravità delle condizioni disabilitanti che comportano il maggior impegno di risorse riabilitative;

- criteri generali omogenei per la codifica nelle SDO riabilitative, che consentano la descrizione delle procedure caratterizzanti l'episodio di ricovero riabilitativo;
- indicatori di continuità assistenziale, non solo relativi all'accesso alle strutture riabilitative, ma anche alla successiva restituzione della persona all'ambiente extraospedaliero;
- indicatori omogenei di esito.

Questo nella prospettiva a lungo termine di un progetto istituzionale di portata nazionale e di ampio respiro per la definizione di un sistema più aggiornato ed omogeneo di indicatori relativi al settore della riabilitazione, che a giudizio della SIMFER rappresenta una priorità ed un investimento sulla qualità e sostenibilità futura del settore, e su cui la Società è disponibile ad offrire il massimo contributo tecnico -scientifico.

OSSERVAZIONE - E' senz'altro condivisibile orientare ulteriormente le strutture di degenza riabilitativa alla presa in carico delle situazioni in fase precoce, e quanto più possibile in continuità con l'evento acuto, sia per ragioni di corretta pratica clinica che per dare risposte organizzative adeguate alla sempre maggiore caratterizzazione delle strutture per acuti come setting ad alta intensità diagnostico terapeutica e a ridotta durata di degenza. Si tratta di una linea di tendenza che si è già andata delineando negli ultimi anni (*cfr il già citato documento del Ministero della Salute Metodologia per la definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, 2013*).

Riteniamo tuttavia che vada sottolineato che "evento acuto" non è sempre e necessariamente un evento che determina il ricovero in unità per acuti.

L'"evento acuto" che può generare un bisogno riabilitativo va inteso come un evento morboso (o una serie di eventi morbosi) di durata definita, cui non consegue un rapido ripristino delle precedenti condizioni e che comporta la comparsa o l'aggravamento di una condizione di limitazione funzionale (disabilità). Vi sono situazioni nelle quali un evento acuto di questo genere viene gestito in ambito extraospedaliero, ma ugualmente determina l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di disabilitante che può correttamente essere gestita solo con un successivo ricovero riabilitativo.

E' questo il caso, ad esempio, di persone con patologie disabilitanti ad andamento cronico, in particolare se gravate da comorbidità o in condizioni di multimorbosità, in cui un evento acuto intercorrente scompensa una situazione di relativo precedente equilibrio. Va tenuto presente inoltre, che l'intervento su un segmento della filiera di cura, quale quello del ricovero, dovrebbe considerarne l'impatto anche sugli altri settori del percorso riabilitativo.

E' noto infatti che gli interventi riabilitativi si declinano in genere in diverse fasi e in diversi setting di cura, che necessitano di adeguata integrazione e continuità (non a caso le normative fanno riferimento al "progetto" e "percorso" riabilitativo individuale).

PROPOSTA - Si ritiene necessario, nella programmazione dei servizi di degenza riabilitativa, mantenere una quota parte di risorse (in termini di episodi di ricovero, o di giornate di degenza) da destinare al soddisfacimento di questo tipo di bisogno, che sia pertanto da considerarsi appropriata, a condizione che vi sia chiara individuazione dell'"evento indice" che genera il fabbisogno riabilitativo e che vengano rispettati i requisiti generali di appropriatezza per l'accesso ai setting degenziali. La quota di risorse da destinare a tale fabbisogno è da considerarsi sensibilmente inferiore rispetto a quella destinata ai ricoveri a provenienza dalle strutture per acuti, ma distinta da eventuali quote destinate a ricoveri a scopo valutativo.

Nel confermare la disponibilità della Società Scientifica ad approfondire questi aspetti, e a dare il proprio contributo tecnico-professionale ai processi di programmazione dell'assistenza sanitaria, si porgono distinti saluti.

Il Presidente SIMFER –Paolo Boldrini