

La riabilitazione trova collocazione nell'ospedale per acuti?

Giuliano Cozzaglio, Direttore Sanitario, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia

Premessa

Il problema della riabilitazione in senso lato si colloca nel più ampio contesto del difficile rapporto tra assistenza sanitaria, territorio e assistenza sociale.

L'inquadramento, infatti, non risulta realizzabile utilizzando il codice I.C.D. (International Classification of Diseases) che di fatto permette di inquadrare la più parte delle malattie, bensì necessita di un'integrazione con il codice I.C.I.D.H. (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'O.M.S. nella sua ultima "release" del 1980.

Nel problema della riabilitazione, infatti, si inseriscono aspetti che se per un verso sono sicuramente di tipo sanitario, dall'altro hanno anche una valenza di tipo sociale, come nella menomazione, nella disabilità e nell'handicap, in cui siamo di fronte a patologie stabilizzate ove lo svantaggio sociale assume un ruolo preminente sull'aspetto "malattia".

Questa visione, come peraltro prevista anche dalle recenti linee guida ministeriali approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 1998, risulta, in ogni caso, fuorviante per dare una risposta a quale può essere la più idonea collocazione alla riabilitazione ospedaliera, in quanto risulta chiaro che, ad esempio, l'handicap stabilizzato non può avere alcuna collocazione in strutture di tipo ospedaliero, in quanto la gestione di tali patologie deve percorrere canali completamente differenti, quali l'assistenza domiciliare, le residenze protette ecc.

Quindi in questa disamina si ritiene utile non prendere in considerazione, oltre che la menomazione, la disabilità e l'handicap, anche le "Disabilità gravi in età evolutiva" e le "Turbe neuropsicologiche acquisite" (dizioni estrapolate dal citato documento ministeriale) in quanto facenti parte di settori che non rientrano nel nostro obiettivo di definizione.

Prima di porsi il problema di quale può essere la migliore collocazione della riabilitazione, è sicuramente necessario valutare cosa si intende per riabilitazione e in che cosa si differenzia dalla lungodegenza ed, infine, in che contesto si colloca la post-acuzie.

La prima considerazione che si impone in tal senso è che, spesso in passato, in un contesto in cui le degenze erano di media/lunga durata, la fase acuta della malattia e la successiva riabilitazione facevano parte di un "unico evento ricovero": si citano, ad esempio, i ricoveri per ictus cerebri, per infarto miocardico, per frattura di femore ecc. in cui al trattamento acuto seguiva quello in post-acuzie o di una "prima riabilitazione", tale da rendere il paziente alla dimissione in grado di rientrare al domicilio, ove poteva poi avere una fase di post-acuzie nell'ambito di un contesto familiare più "disponibile" ed, infine, un eventuale reinserimento lavorativo in tempi lunghi.

Negli ultimi anni, sia per l'introduzione del sistema di remunerazione a D.R.G., sia per l'accentuarsi dello hiatus, economico e tecnologico, tra i letti ad alta e quelli a bassa/media complessità, si è assistito alla comparsa di reparti e di centri di riabilitazione distinti dai reparti per acuti.

Ma a questo punto è lecito chiedersi quale sia stato il senso della creazione di queste strutture: se quello di moltiplicare i letti, i reparti, gli organici ed i "primariati" (come alcuno malignamente ha mormorato) o se quello di poter riconvertire dei letti per acuti in letti di riabilitazione mantenendone però la sopravvivenza, oppure quello, invece, di far fronte alla gestione di una nuova storia naturale della malattia.

Fermo restando che, talora, la creazione dei centri di riabilitazione è da ricondursi a motivazioni non cliniche ma di opportunità, si è portati a pensare che l'apertura di centri o reparti di riabilitazione sia ampiamente giustificata in quanto per una molteplicità di fattori (affinamento delle diagnostiche, progresso sia della farmacologia clinica che dell'approccio chirurgico, allungamento della vita media) la storia naturale delle malattie acute si è radicalmente modificata e quindi anche l'approccio dovrebbe modificarsi.

Si cita, ad esempio, l'infarto miocardico acuto: negli anni '60 il ricovero durava uno/due mesi (di cui quindici/venti giorni trascorsi a letto: in attesa dell'abbassamento della VES!) e alla guarigione il paziente veniva invitato a condurre una vita di riposo per almeno sei mesi; a distanza di trent'anni, la dimissione dal reparto di cardiologia avviene, di norma, dopo sette/dieci giorni (spesso previo esecuzione del test da sforzo e/o della coronarografia) ed il trasferimento in un centro di riabilitazione, con una durata della ulteriore degenza ipotizzabile in dieci/venti giorni, è finalizzato ad un precoce reinserimento del paziente nella vita normale, anche lavorativa.

Questo esempio dà il senso del mutare dell'evoluzione della storia naturale della malattia e, forse, rende giustizia al settore della riabilitazione, che visto nell'ottica di cui sopra acquisisce una sua dignità, in quanto diventa parte integrante ed indispensabile del sistema sanitario, permettendo che nell'ospedale per acuti tutte le risorse siano utilizzate alla gestione dell'acuzie, senza che esse siano sottratte da patologie, o da fasi della malattia, che possono, ugualmente o meglio, giovare di differenti competenze, meno tecnologiche e di minor costo.

In questa visione, quindi, il settore della riabilitazione si integra strettamente con quello dell'acuzie, pur operando in due contesti diversi.

Giova ricordare che l'unica indicazione ad un ricovero di un paziente, reduce da un evento acuto medico o chirurgico, in un reparto di riabilitazione dovrebbe essere quella di poterlo sottoporre ad una serie di interventi che portino ad un miglioramento delle sue condizioni cliniche.

L'intervento riabilitativo dovrebbe avere tre momenti : un primo periodo relativo al subito dopo l'evento acuto, quindi strettamente nell'ambito delle strutture per acuti, un secondo stadio che prende avvio non appena superata la fase acuta della malattia, partendo dalla disabilità residua ed è questo il periodo della riabilitazione ospedaliera, ed un terzo, quello sull'handicap stabilizzato, che richiede interventi meno importanti e risulta, quindi, praticabile in realtà meno complesse ed anche sul territorio.

Ne consegue che, perchè si possa parlare di miglioramento bisogna che esso sia obbiettivabile : ad esempio, in ambito neuromotorio la scala F.I.M. consente di assegnare dei punteggi di scores multiplo all'accettazione in reparto del paziente da affrontare con quelli alla dimissione.

Perciò tutto ciò che non rientra nella definizione di cui sopra non è riabilitazione, ma è qualcos'altro.

Questo "qualcos'altro" può essere, in parte, rappresentato dalla lungodegenza e dalla post-acuzie (detta con un termine in disuso convalescenza) e quest'ultima può trovare una sua logica collocazione in particolari contesti di ricovero: in effetti non sempre all'evento acuto può seguire o la dimissione o la riabilitazione in quanto vi sono anche pazienti, spesso anziani o debilitati, che hanno subito importanti interventi chirurgici e che da un verso non necessitano di proseguire il ricovero in una struttura ad alta tecnologia e dall'altro non sono in condizioni di poter rientrare al domicilio: tali pazienti potrebbero giovare di brevi ricoveri in strutture dedicate alla post-acuzie.

Inoltre, non sempre, dopo l'evento acuto il paziente è suscettibile di riabilitazione: vuoi perchè deve trascorrere un periodo allettato, o perchè necessitante di riabilitazione a lento recupero o perchè affetto da patologie ad equilibrio instabile o disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale; tutte condizioni che necessitano di assistenza medica 24 ore su 24 e di nursing continuo.

Anche in questo contesto si colloca la lungodegenza.

La lungodegenza è destinata, infatti, anche, ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti affetti da patologie tali da risentire scarsamente di trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti fisioterapici, incentrati o ad ottenere un certo miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In tali contesti, ad esempio, potrebbe collocarsi un settore di ricovero dedicato alla post-acuzie.

Le strutture lungodegenziali dovrebbero avere uno stretto collegamento con il territorio, interfacciandosi, quindi, con i medici di medicina generale e con l'assistenza domiciliare integrata, in quanto il ricovero in lungodegenza non dovrebbe, tranne eccezioni, essere un ricovero "a vita", bensì rappresentare un momento assistenziale nell'ambito di una malattia cronica, fermo restando che l'opzione più opinabile per la gestione di tali malattie resta quella domiciliare.

A latere della gestione della lungodegenza vi è il problema della gestione della malattia degenerativa, in particolare oncologica, ove, unanimemente e per fortuna ora anche in Italia, è ormai riconosciuto l'alto significato clinico, ma soprattutto etico degli "Hospices".

Anche in questo settore, la normativa attuale prevede uno stretto rapporto tra strutture di ricovero e territorio : infatti, poichè l'obbiettivo verso cui deve muoversi l'organizzazione sanitaria è quello della "deospedalizzazione" delle cure, è indispensabile che vi sia un continuum assistenziale tra la fase dell'ospedale e l'assistenza extra-ospedaliera .

I due macromodelli assistenziali, quello dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale, devono omogeneizzarsi.

Questa omogeneizzazione, che deve avvenire sotto il profilo organizzativo ma anche sotto il profilo economico, potrà essere realizzata tramite strumenti di programmazione, che per avere un maggior carattere di fattibilità potrebbero essere attuati anche a livello di Piani Sanitari di A.S.L., invece che regionali o nazionali in cui l'ampiezza e la complessità impediscono, spesso, di poter rimodellare l'integrazione tra i due modelli in funzione delle singole realtà territoriali.

La prima dicotomia che appare nel rapporto ospedale-territorio è nel differente rapporto che esiste tra i grandi ospedali (ad esempio le Aziende ospedaliere) scarsamente integrati con i servizi di A.S.L. e gli ospedali di A.S.L. che mantengono un contatto più stretto con il territorio di riferimento, anche perchè, oltre ad esservi un bacino di utenza generalmente coincidente, l'organizzazione gestionale ed economica fa capo allo stesso gestore.

In questi ultimi, infatti, vi è una marcata identificazione tra territorio ed il "suo" ospedale, che tende ad avere ricoveri spesso indotti da una precedente visita specialistica del medico dell'ospedale stesso.

In tutto il sistema, ma in particolare nelle realtà con presenza di un ospedale locale, vi è anche il problema della sovrapposizione dei servizi ambulatoriali ospedalieri con quelli territoriali, con i primi gestiti dai medici ospedalieri e quelli sul territorio dagli ex specialisti convenzionati interni.

La scarsa integrazione tra le due categorie di professionisti implica spesso costose, quanto inutili, ripetizioni di valutazioni cliniche ed indagini strumentali.

Ad aumentare ulteriormente "l'overlapping" vi sono, poi, gli specialisti operanti in strutture private accreditate.

In ogni caso, bisogna tener presente che in alcune regioni, come la Lombardia, vi sono differenti modelli organizzativi con A.S.L. provinciali che, nell'ambito ospedaliero e specialistico, fungono soltanto da acquirenti dei servizi e Aziende Ospedaliere (generalmente con più presidi) e Strutture di ricovero private accreditate che provvedono ad erogare le prestazioni specialistiche e di ricovero.

In modelli come questi non vi è più l'ospedale di A.S.L. e quindi lo hiatus tra ospedale e territorio può ulteriormente aumentare

Lo stato dell'arte in Italia

Sul finire degli anni ottanta, in Italia l'aumento vertiginoso dei costi in sanità (dovuto, peraltro, ad una molteplicità di fattori) ha evidenziato una problematica già nota, da almeno un decennio, in tutti i paesi industrializzati: il numero dei posti letto degli ospedali italiani era assolutamente eccessivo rispetto agli standard degli altri paesi.

A fronte di questo eccessivo numero di posti letto si assisteva ad una situazione di polverizzazione degli stessi ripartiti, spesso, tra strutture grandi, di dimensioni elefantiasiche, e strutture piccole, talora fatiscenti, scollegate dai centri ospedalieri di riferimento ed, inoltre, antieconomiche.

Nel contempo, si prese atto che a fronte di un esubero di posti letto per acuti, in un sistema che tendeva a ridurre la durata delle degenze in acuzie, vi era, invece, un'assoluta carenza di posti letto dedicati alla post-acuzie, alla riabilitazione e alla lungodegenza.

La soluzione del problema apparve, dunque, ovvia: ridurre i posti letto per acuti e riconvertirli in posti letto per riabilitazione, post-acuzie e lungodegenza.

Fu così, quindi, che, in alcune regioni, ed in particolare in Lombardia, si è assistito, ad un primo tentativo di razionalizzazione del sistema sanitario riconvertendo alcuni posti letto (generalmente di area medica) delle case di cura private convenzionate in Unità Funzionali di "riabilitazione".

Per quanto concerne, invece, il settore dell'ospedalità pubblica il primo tentativo di razionalizzazione fu quello di proporre la chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto: per una serie di motivi, nel cui dettaglio non è il caso entrare, tale scelta fu abbandonata.

Si decise, quindi, anche in questo caso, di percorrere la linea della riconversione di ospedali dedicati all'acuzie in presidi di tipo riabilitativo/ lungodegenziale.

Questa politica sanitaria è apparsa dettata più da considerazioni di opportunità che da scelte razionali: da un verso la volontà di non tagliare posti letto alle case di cura (ufficializzando l'etichetta di "letti a bassa complessità" a posti letto che di fatto già non erano dedicati all'acuzie della malattia), dall'altro di soggiacere a spinte campanilistiche che hanno impedito la chiusura di ospedali sicuramente obsoleti (e quindi, verosimilmente, anche scarsamente adatti al trattamento della patologia riabilitativa).

In ogni caso, quello che doveva essere l'end point della razionalizzazione del servizio sanitario è stato completamente disatteso: il numero totale dei posti letto non si è assolutamente ridotto, ma anzi, in taluni casi, è aumentato in virtù dell'ingresso nel sistema di nuovi erogatori.

Da tutto ciò ne consegue che, alla luce dei nuovi sistemi di remunerazione e preso atto di essere in un sistema a risorse limitate, si impone la necessità di offrire una più razionale collocazione alla medicina riabilitativa.

Riferimenti normativi

Come è noto, il riferimento normativo in tema di riabilitazione è rappresentato dalle "Linee guida per le attività di riabilitazione approvate dalla Conferenza Stato - Regioni" il 7 maggio 1998 che prevedono tre livelli di intervento:

- Attività di riabilitazione estensiva o intermedia, caratterizzata da moderato impegno terapeutico, ma da un forte sostegno assistenziale e rivolta al trattamento delle disabilità transitorie e minimali e delle disabilità importanti che richiedono una "presa in carico a lungo termine".
- Attività di riabilitazione intensiva, dedicata al recupero di disabilità importanti, che necessitano di elevato impegno sia medico specialistico (con la presenza di una pluralità di figure professionali quali il fisiatra ed il fisioterapista, il logopedista, lo psicologo, ecc.) che assistenziale. Questo tipo di indicazione è dedicato a riabilitazioni con una durata medio/breve. Le riabilitazioni intensive possono essere anche ad orientamento specialistico: cardiologico e respiratorio.
- Attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, quali le Unità Spinali Unipolari, da collocarsi in centri ospedalieri sede di D.E.A. di II° livello

I livelli organizzativi previsti dalle linee guida sono molteplici (solo alcuni sono strettamente vincolanti, come ad esempio quello relativo alle riabilitazioni ad alta specializzazione) permettendo così di poter proporre più modelli organizzativi.

In ognuna delle riabilitazioni, si prevedono vari livelli di intervento quali: il ricovero ospedaliero, il day-hospital ospedaliero, il ricovero, anche diurno, in strutture residenziali, l'ambulatorio e l'approccio domiciliare.

Conclusioni e modelli operativi

Prima di indicare quale può essere la migliore collocazione dei singoli settori della riabilitazione se nel contesto di un ospedale per acuti o all'esterno è doveroso premettere alcune considerazioni:

- L'ospedale per acuti diventa sempre di più un "contenitore" di alta tecnologia, con percorsi diagnostici/terapeutici sempre più brevi: tutto è improntato a criteri di efficienza, i D.R.G. hanno indotto ad abbreviare i ricoveri ed il regime di "aziendalizzazione" porta anch'esso in quella direzione
- Un reparto di riabilitazione ha necessità di spazi, anche verdi, nettamente più elevati di quelli che necessitano ad un ospedale per acuti

- La lunghezza delle degenze in ambito riabilitativo è sicuramente, mediamente, molto più lunga di quella ipotizzabile per il trattamento delle patologie acute, ne consegue che anche il rapporto che si instaura tra i pazienti e gli operatori è molto differente da quello più “tecnologico” che deve esistere nell’ospedale per acuti.

- Il costo elevatissimo delle tecnologie che necessitano attualmente ad un ospedale per acuti e, spesso, risultano superflue in un ospedale riabilitativo, accentuano ulteriormente la differenza tra i due poli.

In considerazione di quanto detto, si ritiene che, con l’eccezione di alcuni centri in cui “l’evento malattia” viene gestito in maniera completa, come potrebbe essere, ad esempio, un centro ortopedico in cui all’intervento protesico segue la fase riabilitativa, generalmente, nell’ospedale per acuti dovrebbero essere collocati soltanto particolari tipi di riabilitazione, ossia quelli che richiedono competenze plurime che solo in una struttura polispecialistica possono essere presenti.

Tutto il resto della riabilitazione, che rappresenta numericamente la maggiore quota, invece, dovrebbe trovare una giusta collocazione in centri di tipo riabilitativo, separati, seppur in stretto collegamento, con l’ospedale (o gli ospedali) per acuti di riferimento.

Confrontando la domanda di riabilitazione con l’offerta proposta dall’attuale sistema sanitario siamo di fronte a:

Domanda di:

- Lungodegenza
- Degenza breve in post-acuzie
- Riabilitazione polisettoriale
- Riabilitazione specialistica
- Riabilitazione superspecialistica

Ed il sistema sanitario può offrire risposte con:

- R.S.A.
- Lungodegenze, pubbliche e private
- Ospedali e case di cura di medio/bassa complessità
- Ospedali, case di cura e istituti pubblici e privati specializzati
- Ospedali, pubblici e privati, “high tech”, dotati di D.E.A. di II° livello

Alla luce di questo rapporto domanda/offerta, la collocazione dei citati settori riabilitativi, rispettose dell’inquadramento proposto dalle linee guida ministeriali, potrebbero essere la seguente:

Riabilitazione estensiva/intermedia + post-acuzie

da collocarsi:

- Nelle R.S.A., presidi che offrono livelli “medi” di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e livelli “alti” di tutela assistenziale Dedicata a soggetti non autosufficienti, prevalentemente anziani, con esiti stabilizzati di patologie fisiche o psichiche, non assistibili al domicilio.

- Nelle lungodegenze ospedaliere, pubbliche e private, che potrebbero provenire dall’esistente ed, in parte, dalla riconversione in toto di strutture spesso già parzialmente dedicate alla riabilitazione.

Esse dovrebbero essere dedicate sia a malati non autosufficienti che necessitino di assistenza medica ed infermieristica, che ad ammalati “a lento recupero”, in cui la riabilitazione, svolta anche in tempi lunghi, ha un ruolo preminente.

In tali strutture, potrebbero essere identificati dei settori dedicati alla post-acuzie.

In questo contesto (come peraltro anche nelle R.S.A.), potrebbero trovare collocazione anche un settore dedicato ai “comi vegetativi” stabilizzati, una realtà presente in misura numericamente significativa e che, dopo la fase di riabilitazione, crea un’occupazione “impropria” nell’ambito prevalentemente dei reparti per acuti medici e neurologici.

- In strutture ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionali, che possono essere ospedaliere o territoriali
- Al domicilio, utilizzando l’assistenza domiciliare (A.D.I.)

Riabilitazione intensiva e ad orientamento specialistico cardiologico e respiratorio

da collocarsi:

- in ospedali di bassa complessità, generalmente piccoli, sicuramente inadeguati al trattamento
- della patologia in acuzie, ma che potrebbero essere utilmente riconvertiti in presidi riabilitativi
- in case di cura private, anch’esse di bassa complessità, spesso già parzialmente dedicate alla riabilitazione, che non riuscendo a reggere l’impatto delle nuove modalità di remunerazione in un sistema altamente competitivo, potrebbero convertirsi in toto all’attività riabilitativa di tipo riabilitativo
- in ospedali riabilitativi specializzati, mono o polispecialistici
- in case di cura ad indirizzo specialistico, anche in questo caso, mono o polispecialistico

Nell’ambito delle strutture pubbliche e private già ad indirizzo specialistico potrebbero essere individuate le riabilitazioni specialistiche cardiologiche e respiratorie correlando la scelta alla tipologia della struttura, alle attrezzature presenti, agli spazi, sia interni che esterni, alle professionalità ed al background riabilitativo.

Per tutte le tipologie di struttura dovrà essere previsto uno stretto collegamento con gli ospedali per acuti, ed in particolare con quello (o quelli) di riferimento. Tale collegamento non dovrà essere soltanto di tipo logistico, ma anche scientifico e culturale.

Riabilitazione intensiva ad alta specialità (ed in particolare Unità spinale e Unità per gravi cerebrolesioni acquisite/traumi cranio-encefalici) (come, peraltro, previsto dalle Linee guida ministeriali, tale riabilitazione dovrà essere necessariamente collocata negli ospedali “high tech” per acuti con D.E.A. di II° livello.