CONTRIBUTO TECNICO IN TEMA DI ASSISTENZA RIABILITATIVA

Si ringraziano i componenti della XII Commissione Sanità del Senato per l'invito a fornire un contributo tecnico in vista del parere che verrà elaborato dalla Commissione sulle parti di competenza del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (missione Salute) .
Il presente contributo ha per oggetto il tema dell'assistenza riabilitativa nel contesto dell'attuale assetto del Servizio Sanitario Nazionale, l'impatto dell'attuale pandemia su tale settore, e indicazioni sulle azioni che sarebbe opportuno intraprendere per consentire una risposta efficace ai bisogni della popolazione.

ASSISTENZA RIABILITATIVA E COVID-19 – ELEMENTI DI CONTESTO

Scenario Internazionale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel programma "Rehabilitation 2030", lanciato nel 2017, ha individuato la riabilitazione come "priorità del 21° secolo" per i sistemi sanitari di tutto il mondo (1), e più recentemente ha ribadito il ruolo cruciale del settore a seguito delle stime sul fabbisogno mondiale di assistenza riabilitativa nel quadro del "Global Burden of Disease study" (2).
L'importanza della riabilitazione è ulteriormente sottolineata dall'OMS come risorsa utile a fronteggiare le conseguenze dell'attuale pandemia da SARS-Cov2 (3,4).
La stessa OMS riconosce che l'assistenza riabilitativa è stata purtroppo fra le aree sanitarie più penalizzate a seguito della pandemia (5), e sollecita tutti i paesi a rafforzare tale settore, sia per ripristinare i servizi a favore delle persone affette da condizioni disabilitanti di ogni origine, che per dare efficace risposta alle nuove esigenze generate dal diffondersi del COVID19.
A livello europeo si sono verificate gravi e diffuse difficoltà di accesso all'assistenza riabilitativa a causa della pandemia: una stima effettuata nella primavera del 2020 ha rilevato che circa 2,2 milioni di persone che avrebbero avuto necessità di interventi riabilitativi hanno dovuto rinunciarvi del tutto o in parte, nonostante gli sforzi per permettere l'accesso almeno alle persone con disabilità più gravi o recenti (6).

Scenario Nazionale

Analogamente a quanto si è verificato a livello internazionale, anche nel nostro paese l'epidemia da SARS CoV2 ha avuto gravi ripercussioni sul settore dell'assistenza riabilitativa, dopo il forte impatto iniziale sui settori dell'acuzie (7,8). Molte unità ospedaliere di degenza riabilitativa hanno dovuto ridurre la disponibilità di posti letto o addirittura sono state chiuse o riconvertite (il 48% e il 10% rispettivamente in una survey realizzata dalla SIMFER a maggio 2020); le attività ambulatoriali e domiciliari hanno dovuto subire interruzioni o riduzioni ancor più drastiche.
La cosiddetta "seconda ondata" di fine 2020 ha riproposto le stesse problematiche, investendo nuovamente le reti di servizi riabilitativi che stavano gradualmente riorganizzandosi.
Le principali criticità conseguenti a tale situazione sono:

- La grave difficoltà di accesso ai trattamenti riabilitativi, sia in regime di degenza che ambulatoriale/territoriale, per persone affette da patologie disabilitanti di diversa origine (ad esempio ictus od altre cerebrolesioni, esiti di traumi, patologie muscolo-scheletriche, patologie disabilitanti in età infantile, etc…) con compromissione delle possibilità di recupero od ulteriore progressivo deterioramento funzionale;

- La difficoltà a dare risposta adeguata alle persone che soffrono di conseguenze disabilitanti a medio lungo termine dell'infezione da COVID19, che come è noto possono interessare molte diverse strutture e funzioni, e possono necessitare di interventi riabilitativi da erogare in diversi setting (ospedaliero, territoriale, domiciliare)

La rete dell'offerta riabilitativa nel nostro paese presenta standard qualitativi e quantitativi di livello sicuramente elevato rispetto alle altre realtà europee, nonostante il persistere di forti differenze territoriali.

Tuttavia, vi sono diverse criticità, da tempo segnalate dai professionisti del settore e dalle Società Scientifiche, che ne limitano le capacità di risposta e che si sono ulteriormente accentuate a seguito della pandemia.

Molte di queste criticità sono state poste all'attenzione delle Istituzioni e dei programmatori Nazionali e Regionali da parte della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, che ha sempre cercato di dare un contributo propositivo e qualificato per la loro soluzione.

In particolare, vanno segnalate:

- L'incompleta definizione dei livelli quantitativi di offerta ospedaliera per la riabilitazione (Il DM 70/2015 fornisce standard, peraltro insufficienti, solo per alcune strutture di alta specialità riabilitativa);
- La ancora incompleta attuazione di quanto disposto dagli ultimi provvedimenti sui livelli essenziali di assistenza (DPCM 12.01.17), in particolare per quanto riguarda le attività specialistiche ambulatoriali e dell'assistenza protesica, che peraltro necessiterebbero già di misure di aggiornamento ed adeguamento;
- La mancanza di un adeguato inquadramento normativo e valorizzazione delle attività riabilitative che utilizzano tecnologie innovative o dispositivi ad alta tecnologia (protesica, robotica, Intelligenza artificiale…)
- Le persistenti difficoltà a dare al settore della riabilitazione una cornice organizzativa unitaria che ricomprenda tutta la rete dei servizi riabilitativi locali. Tali aspetti, sono ben esplicitati in riferimenti normativi quali le "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione" del 1998, ed il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011. Persiste la tendenza a frammentare l'assistenza riabilitativa nel contesto di discipline settoriali, indirizzandola a interventi su singole problematiche "d'organo" (riabilitazione respiratoria, neurologica, etc..) a discapito dell'unitarietà del percorso di cura e con conseguente dispersione di risorse.
- Le carenze dei sistemi di codifica delle attività riabilitative, con insufficienza e forti disomogeneità dei sistemi informativi nel descrivere gli elementi essenziali dei processi di cura in questo settore, e la scarsa possibilità di "dialogo" fra i vari flussi informativi. Ciò non riguarda differenze locali e regionali nelle capacità erogative, pur presenti e ben note in riabilitazione come in altri settori dell'assistenza, ma differenze non giustificabili nel modo di registrare e descrivere le attività, tanto da rendere difficoltosa una valutazione oggettiva e, una comparazione delle performances, a tutto discapito dell'equità di accesso alle cure e della loro tempestività.

PROPOSTE PER PNRR

Le circostanze in cui ci si è trovati ad operare nel corso dell'attuale pandemia, pur nella loro dolorosa drammaticità, hanno consentito di evidenziare alcune linee di indirizzo che possono contribuire all'elaborazione del PNRR. Tali linee possono portare ad un miglioramento qualitativo dei servizi ed una loro maggiore flessibilità, un' ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e strumentali, ed una valorizzazione di settori di eccellenza nazionale in ambito tecnologico.

Organizzazione dei servizi

Due sono gli obiettivi su cui l'assistenza riabilitativa è chiamata ad impegnarsi:

1) garantire continuità ed efficacia nella presa in carico delle persone affette da patologie disabilitanti di varia origine, evitando le gravi difficoltà di accesso alle cure verificatesi finora a seguito della pandemia;
2) definire adeguati percorsi riabilitativi per le persone con esiti disabilitanti di COVID19, sia nel breve che nel lungo termine.

Gli strumenti per perseguire tali obiettivi sono:

- Un'organizzazione unitaria, di impronta dipartimentale, delle attività riabilitative, e lo sviluppo di strumenti programmatori locali, quale il c.d. "Piano Attuativo Locale dell'Assistenza Riabilitativa", che impegni il programmatore locale a garantire a l'accesso appropriato, equo e tempestivo alla rete servizi riabilitativi (degenza, ambulatorio, territorio) coinvolgendo erogatori pubblici ed accreditati e valorizzando i collegamenti con le altre aree dell'assistenza (unità per acuti, rete dei servizi territoriali).
- La valorizzazione adeguata delle attività riabilitative erogate a favore delle persone affette da COVID19 od esiti, che ancora non sono state univocamente definite negli aspetti organizzativi e normativi. L'assistenza per questa categoria di pazienti richiede di garantire sicurezza e protezione adeguate, e risorse umane e strumentali che necessitano di adeguato riconoscimento. Le degenze riabilitative debbono essere messe in grado di accogliere pazienti COVID19 indipendentemente dalla loro condizione di positività sierologica, considerando che pazienti positivi, asintomatici o paucisintomatici, possono presentare condizioni disabilitanti (pregresse, o concomitanti, o conseguenti all'infezione dal SARS-Cov2) che necessitano di interventi riabilitativi in regime di degenza, e che pazienti affetti da COVID19 in fase attiva di malattia moderata o grave spesso presentano condizioni disabilitanti di diversa origine (da problematiche respiratorie, neurologiche, muscolo-scheletriche…). La rete nazionale esistente delle strutture riabilitative di degenza cod 56, che consta attualmente di circa 23.000 posti letto, ha le potenzialità per soddisfare tali esigenze, e deve essere posta in grado di gestire con flessibilità il "doppio binario" dei pazienti: positivi al SARS Cov2 e non. Analogamente, le strutture di Alta Specialità Riabilitativa (cod 75 e 28) dovrebbero disporre di tale requisito. Alcune indicazioni organizzative sono già state oggetto di pubblicazioni (si veda ad es.10).
- Il potenziamento dell'assistenza riabilitativa territoriale, non in termini di pura e sempice capacità erogativa di prestazioni, che spesso si traduce in logiche incrementali di scarsa o nulla efficacia (fare ad es. "tanta riabilitazione" senza una reale verifica di appropriatezza) ma in termini di gestione specialistica e multiprofessionale di Progetti Riabilitativi Individuali, integrati con gli altri settori di assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale e con le attività riabilitative ospedaliere. In questa prospettiva, andrebbe rivisto il sistema di valorizzazione delle attività, passando da un modello "per prestazione" ad un modello "per episodio di presa in carico". Queste considerazioni sono rilevanti nell'assistenza territoriale ai pazienti con esiti di COVID19, data la complessità e multiformità delle problematiche disabilitanti.

Adeguamenti Tecnologici

Teleriabilitazione - Nel corso dell'epidemia, si sono moltiplicati rapidamente programmi e servizi di telemedicina, che cercano di sopperire alle difficoltà di erogare servizi in presenza.

La teleriabilitazione si è rivelata uno strumento utile, e a volte essenziale, nel mantenere la continuità terapeutica e nell'offrire servizi sia a persone affette da COVID19 in situazione di isolamento domiciliare o in altre strutture, sia a persone affette da patologie disabilitanti che non

potevano accedere ai servizi in presenza per limitazioni dovute alla pandemia(9). Un'esperienza importante, che può essere presa ad esempio dell'importanza di queste tecnologie ed è una utile fonte di indicazioni per future azioni programmatorie, è quella messa in atto dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) che fin dai primi mesi della pandemia ha attivato un servizio di teleconsulenza/teleriabilitazione su scala nazionale, a libero accesso, in cui circa 200 medici specialisti fisiatri hanno dato disponibilità per offrire informazioni ed orientamento a pazienti o famigliari/cargivers che avevano difficoltà di accesso ai servizi di riabilitazione.
Si ritiene indispensabile definire una cornice normativa ed organizzativa per inserire stabilmente questo tipo di servizi nell'offerta riabilitativa, anche attraverso un'adeguata valorizzazione.
Si ricorda a tal proposito che è già attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità un gruppo di lavoro su queste tematiche, cui partecipa la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa.

Dispositivi ad alta tecnologia per la riabilitazione - L'utilizzo delle tecnologie robotiche in ambito riabilitativo ha conosciuto negli ultimi anni un costante incremento, e se ne prevede una ulteriore espansione.
La recente revisione normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza appare confermare il ruolo di queste tecnologie, con il loro inserimento nel nomenclatore delle prestazioni specialistiche riabilitative erogabili dal SSN. E' in corso, promossa dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa ed altri soggetti, una Conferenza Nazionale di Consenso su queste tematiche.
Va considerato che queste tecnologie possono essere utili ad affrontare anche le problematiche di distanziamento e protezione individuale contro la diffusione del virus SARS CoV2.
Manca però un quadro complessivo di riferimento perché queste tecnologie siano integrate nell'offerta riabilitativa in modo efficace, stabile, sicuro e sostenibile da parte della rete dei servizi.
Si ritiene necessario pertanto definire tale assetto normativo ed organizzativo.
Oltre a ciò andrebbe potenziato il settore di sviluppo di dispositivi robotici per la riabilitazione, con un opportuno sostegno sia alle attività di ricerca di base che di ricerca applicata alla clinica.
Tali azioni consentirebbero di valorizzare settori di eccellenza a livello nazionale già esistenti in ambito di ricerca e produzione.
Considerazioni analoghe si possono fare per altri settori di tecnologici applicati alla riabilitazione, come quello della protesica di alta tecnologia.

Assistenza Protesica
il settore dell'assistenza protesica è componente essenziale dei percorsi riabilitativi sia dell'adulto che del bambino. Il DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza, peraltro non ancora applicato appieno per questo settore, presenta forti elementi di criticità che necessitano di azioni correttive, anche in considerazione della continua evoluzione tecnologica.
Si ricorda che la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa ha formulato in passato diverse proposte in merito; considerando le attuali circostanze, più che un'azione settoriale migliorativa dell'assetto attuale, si riterrebbe necessaria una revisione più complessiva del sistema di individuazione dei presidi erogabili a carico del SSN, istituendo un sistema non più basato sull'attuale "nomenclatore", bensì basato su un repertorio periodicamente aggiornabile con modalità dinamiche e tempestive in funzione dell'evoluzione della tecnologia e dei bisogni, così come avviene in molti altri paesi.

Paolo Boldrini – Medico Fisiatra
Past President Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)
Segretario Generale – Società Europea di Medicina Fisica e Riabilitativa (ESPRM)

Riferimenti

1) World Health Organization (WHO). Rehabilitation 2030: a call for action. 2017. https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/.
2) Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2020; S0140-6736(20)32340-0
3) WHO - Disability considerations during the COVID-19 outbreak (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1)
4) WHO - Clinical Management of patients with COVID19 – Rehabilitation of patients with COVID19 (https://openwho.org/courses/clinical-management-COVID-19-rehabilitation)
5) https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/covid-19/rehabilitation
6) Negrini S, Grabljevec K, Boldrini P, Kiekens C, Moslavac S, Zampolini M, Christodoulou N. Up to 2.2 million people experiencing disability suffer collateral damage each day of COVID-19 lockdown in Europe. Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Jun;56(3):361-365. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06361-3. Epub 2020 May
7) Boldrini P, Bernetti A, Fiore P; SIMFER Executive Committee, SIMFER Committee for International Affairs. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Jun;56(3):316-318. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5. Epub2020 Mar 16. PMID: 32175719.
8) Negrini S, Ferriero G, Kiekens C, Boldrini P. Facing in real time the challenges of the COVID-19 epidemic for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Jun;56(3):313-315. doi: 10.23736/S1973-9087.20.06286-3. Epub 2020 Mar 30 PMID: 32225137
9) Negrini S, Kiekens C, Bernetti A, Capecci M, Ceravolo MG, Lavezzi S,Zampolini M, Boldrini P. Telemedicine from research to practice during the pandemic. "Instant paper from the field" on rehabilitation answers to theCOVID-19 emergency. Eur J Phys Rehabil Med. 2020 Jun;56(3):327-330. doi:10.23736/S1973-9087.20.06331-5. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32329593.
10) Pinto M. et al. Acute COVID-19 Rehabilitation Network Proposal: From Intensive to Extensive and Home-Based IT Supported Services - Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 9335; doi:10.3390/ijerph17249335