

Capitolo 24

## Quadro normativo

### Regulatory framework

Mauro Carone<sup>1</sup>, Mauro Maniscalco<sup>2</sup>, Simona Barbaglia<sup>3</sup>, Simone Cecchetto<sup>4</sup>

<sup>1</sup> UOC Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia, IRCCS di Bari; <sup>2</sup> UOC Pneumologia Riabilitativa, Dipartimento di Riabilitazione Cardiorespiratoria, Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia, IRCCS di Telese Terme (BN); <sup>3</sup> Presidente, Associazione Nazionale Pazienti Respiriamo Insieme; <sup>4</sup> Responsabile SPS Area Riabilitazione, APSS Trento

#### Riassunto

La dotazione di posti letto nell'area riabilitativa in generale e in quella respiratoria in particolare, è in Italia largamente insufficiente e al di sotto degli standard europei. Questa carenza si è ulteriormente accentuata nel corso della pandemia COVID-19, escludendo di fatto molti pazienti con patologie respiratorie croniche dalla riabilitazione. Altra carenza normativa è la mancanza di un chiaro riconoscimento al pneumologo della gestione riabilitativa dei pazienti pneumologici, spesso anche molto complessi, e ciò nonostante in tutto il mondo, anche in quello scientifico tale centralità viene riconosciuta. Infine non è stato affrontato il tema dei pazienti respiratori più gravi, quali ad esempio quelli tracheo-ventilati provenienti da Rianimazione o Terapia Intensiva.

**Parole chiave:** carenza di letti, centralità del pneumologo, pazienti tracheo-ventilati

#### Summary

*The number of beds in rehabilitation wards in general, and in the respiratory area in particular, is largely insufficient in Italy and below European standards. This shortage was further accentuated during the COVID-19 pandemic, effectively excluding many patients with chronic respiratory diseases from rehabilitation. Another lack of legislation is the lack of clear recognition of the pulmonologist performing rehabilitation management of pneumological patients, which are often very complex. Notwithstanding, this centrality is recognized throughout the world, even in scientific fields. Finally, the topic of the most serious respiratory patients, such as for example those who are tracheo-ventilated coming from intensive care or intensive care, has not been adequately addressed.*

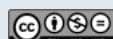
**Key words:** insufficient beds, centrality, pulmonologist, tracheo-ventilated

Il D.M. n. 70 del 2015 aveva stabilito gli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", standard che dovevano essere recepiti dalle singole Regioni italiane entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del D.M. La programmazione dei posti letto (p.l.) di questo D.M. era di 3,0 p.l. acuti ogni mille abitanti e di 0,7 p.l. post-acuti ogni mille abitanti, indici che collocano l'Italia tra gli ultimi Paesi europei per dotazione di posti letto <sup>1</sup>.

Non solo l'obiettivo del numero di letti post-acuti è ben lontano da essere raggiunto nella nostra nazione ma, addirittura, l'indice comprende sia i posti letto di riabilitazione intensiva (codice 56) che quella estensiva (ex-art. 26) e addirittura la lungodegenza. Solo Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Molise e Provincia autonoma di Trento superavano l'indice previsto, tutte le altre Regioni italiane erano invece deficitarie. Ma anche nelle prime, in realtà, l'indice era falsato non solo perché non si consideravano disgiuntamente i letti riabilitativi intensivi dagli altri ma anche perché i posti letto nettamente predominanti erano quelli di RRF (Recupero e Rieducazione Funzionale) mentre i letti pneumologici rappre-

**Come citare questo articolo:** Carone M, Maniscalco M, Barbaglia S, et al. "Raccomandazioni Italiane sulla Pneumologia Riabilitativa. Evidenze scientifiche e messaggi clinico-pratici". Documento AIPO-ITS/ARIR. Capitolo 24. Quadro normativo. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2022;37(Suppl. 1):S86-S88. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-suppl.1-37-2022-24>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

sentano la “cenerentola” della riabilitazione. Questo sebbene le malattie respiratorie siano ormai evidenziate come una delle principali cause di mortalità a livello internazionale <sup>2</sup>.

La comparsa della pandemia di SARS-CoV-2 ha costretto i vari Assessorati Regionali alla Sanità a predisporre dei percorsi post-acuti dedicati ai pazienti che avevano bisogno di proseguire con i trattamenti non appena terminata la fase acuta dell’infezione. Purtroppo, in molte realtà regionali questi percorsi erano caratterizzati dalla creazione di nuovi reparti o dalla conversione di altri con caratteristiche però di lungodegenze, quindi sicuramente utili a permettere il recupero motorio di pazienti restati allettati a lungo, ma senza competenze reali nella gestione di pazienti complessi respiratori. Per tale motivo, moltissimi pazienti complessi tracheostomizzati o ventilati hanno dovuto attendere la negativizzazione dal virus nelle terapie intensive o subintensive per poi essere trasferiti nei classici reparti di Pneumologia Riabilitativa intensiva (o di Cardiologia Riabilitativa, ma anche di Riabilitazione Neuromotoria) <sup>3</sup>.

A causa di quanto sopra, la cronica carenza di posti letto di riabilitazione polmonare si è fatta ancor più evidente: i pochissimi posti letto italiani non sono stati sufficienti a garantire assistenza sia ai pazienti “classici” non COVID sia a quei pazienti post-acuti COVID che, per la complicazione del caso clinico, necessitavano di riabilitazione intensiva. Questo ha sicuramente determinato una minor presa in carico della cronicità respiratoria in assenza di strutture territoriali in grado di compensare, almeno parzialmente, le necessità di salute dei malati respiratori cronici <sup>4</sup>. Conseguentemente i pazienti con patologia respiratoria cronica più complessa sono rimasti in carico quasi esclusivamente di *caregiver* e familiari, con ovvi segni di stanchezza di questi ultimi e, talvolta, l’istituzionalizzazione (a volte irreversibile) del paziente. Per quanto poi riguarda la Riabilitazione, nel 2011 il Ministero della Salute ha predisposto il “Piano d’indirizzo per la riabilitazione” <sup>5</sup>, ripreso anche nei “Quaderni del Ministero della Salute - La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali” <sup>6</sup>: per la prima volta si specifica che il medico specialista in riabilitazione non è solo lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, ma anche “lo specialista di altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative”. Quindi, indirettamente, si dice che anche lo pneumologo che da anni svolge attività di riabilitazione polmonare è un “riabilitatore”. Non si capiva perché non potesse essere così, dato che a livello internazionale la riabilitazione polmonare è gestita direttamente da colleghi che si occupano di pneumologia e di terapia intensiva respiratoria; che i massimi esperti internazionali

e nazionali di riabilitazione polmonare sono pneumologi e, sicuramente, sono quelli che in tale campo hanno un H-index di tutto rilievo; che le linee guida italiane, europee e americane più citate siano quelle scritte da pneumologi.

Nonostante questa piccola “apertura”, il Piano d’indirizzo è comunque un documento fermo al passato, con una visione della riabilitazione legata al mondo “neurofisiologico” e non certamente alla complessità di patologie severe e croniche cardio-respiratorie. Sebbene più volte chiesto dal mondo pneumologico, per esempio, non è mai stato affrontato il tema dei pazienti tracheo-ventilati provenienti da rianimazioni o terapie intensive respiratorie. Non è sufficiente classificarli come codice 56 complesso in quanto, secondo l’Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO-ITS), questi pazienti sono estremamente complessi e necessitano di una quantità di risorse e assistenza che dovrebbero essere classificati similmente ai “codici 75 neurologici”.

Una impostazione ancora generalista e non specialistica sulla riabilitazione, un po’ troppo fisiologico-centrica e un po’ slegata dalla reale complessità clinica l’abbiamo rivista nel D.M. “Linee di indirizzo per l’individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” e relativo allegato “Percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” del 2019. Il documento è stato recepito nel mese di agosto 2021 dalla “Conferenza Stato-Regioni” e dovrà essere oggetto di una sperimentazione su base regionale della durata di 12 mesi <sup>7</sup>.

AIPO-ITS però, insieme ad altre Società Scientifiche e Associazioni Pazienti, ne aveva contestato parte dell’impostazione. In particolare, quella che tendeva a limitare al 20% la possibilità di ricovero riabilitativo per pazienti provenienti da domicilio (definiti “ricoveri non conseguenti ad evento acuto”). Probabilmente una limitazione percentuale potrebbe essere sensata in campo di riabilitazione neuro-motoria, laddove l’evento indice è molto più frequentemente ospedaliero (ictus, chirurgia ortopedica, ecc.). In campo pneumologico, invece non è così: un paziente cronico può avere peggioramenti clinici che non necessitano di ricovero in acuto (non sono appropriati in acuto) e non sono gestibili al domicilio; il ricovero in pneumologia riabilitativa è allora il mezzo per ridurre i ricoveri in regime ordinario e gli inutili aggravamenti delle patologie respiratorie che, spesso, causano ricovero in Rianimazione o regime intensivistico o, addirittura, il decesso del paziente. Il D.M. prevede che tale 20% sia “tendenziale” e calcolato sulla totalità dei ricoveri riabilitativi di residenti nella regione stessa. Sarà però importante vigilare su base regionale per evitare che vi siano interpretazioni locali che limitano l’accesso al ricovero riabilitativo, non su una media globale regio-

nale, ma su una media calcolata sul singolo reparto accettante.

Se così fosse, gli unici pazienti che avrebbero limitazione di opportunità di ricovero riabilitativo sarebbero esclusivamente quelli affetti da malattie respiratorie croniche. Pertanto, reputiamo un eventuale sbarramento dei ricoveri provenienti da domicilio clinicamente errato e pericoloso per la salute della popolazione in quanto:

- non è basato su dati clinici o epidemiologici;
- limiterebbe fortemente la possibilità di accesso alle cure riabilitative;
- determinerebbe un significativo problema di equità e di eguale diritto alle cure tra cittadini, discriminando pazienti con eguali condizioni cliniche in base al fatto che rientrino o meno nella suddetta soglia percentuale;
- aumenterebbe i ricoveri acuti inappropriati e gli accessi impropri in ambiente di emergenza/urgenza venendo meno la possibilità di accesso in un appropriato percorso riabilitativo.

Al contrario, una corretta individuazione dei percorsi nella rete di riabilitazione dovrebbe far sì che i criteri di accesso ai ricoveri in riabilitazione siano sinergici all'obiettivo di riduzione dei ricoveri in acuto e degli accessi in PS/DEA per situazioni cliniche adeguatamente gestibili nei *setting* clinici di pneumologia riabilitativa (ma anche di cardiologia riabilitativa), con conseguente riduzione e ottimizzazione della spesa sanitaria<sup>8</sup>.

La inappropriata in riabilitazione polmonare potrebbe essere gestita in modo analogo a quanto a suo tempo previsto per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriata dei ricoveri acuti: un ricovero riabilitativo è appropriato o inappropriato in dipendenza dalla diagnosi, dalla condizione clinica, dagli indici funzionali e sintomatologici e dalle comorbidità; non certo a seconda che il paziente provenga da reparto per acuti (appropriato) o da domicilio (inappropriato).

Altro punto fortemente critico del succitato D.M. è quello che stabilisce che il paziente che deve essere ricoverato in regime di riabilitazione intensiva venga valutato da un medico riabilitatore dell'ospedale o dell'ASL/ATS inviante. Oltre al fatto AIPO-ITS ha più volte ribadito che, come per ogni branca della medicina, deve essere il medico accettante dell'ospedale ricevente a valutare l'appropriatezza della proposta di ricovero. Peraltro, non ci devono essere timori di ricoveri "inappropriati", in quanto ogni ricovero accettato in difformità dalle

regole del D.M. sarebbe poi "bocciato" ex-post dagli ispettori dell'ASL/ATS (dipende dalle Regioni, definiti come NOCS, UVAR, UVAR, etc.) con danno economico nei confronti del reparto riabilitativo.

Infine, come su citato, il D.M. non ha affrontato il tema dei pazienti respiratori più gravi, quali ad esempio quelli tracheo-ventilati provenienti da Rianimazione o Terapia Intensiva, istituendo semplicemente tre differenti sottocodici 56: il 56a che rappresenta i pazienti complessi, il 56b per i pazienti "normali", il 56c per i pazienti che necessitano di riabilitazione meno complessa estensiva. Orbene, il codice 56a non può comprendere i veri pazienti "gravi", altrimenti non si capirebbe perché rimangono attivi i codici 28 (mielolesione) e 75 (gravi cerebrolesioni acquisite) e non confluiscono tutti quanti nel 56a. AIPO-ITS continuerà, dunque, a sollecitare i Tavoli Tecnici ministeriali affinché si stratifichi meglio la gravità dei pazienti affetti da patologie respiratorie di interesse riabilitativo.

## Bibliografia

- 1 Policies EooHsa: State of Health in the EU. Italia Profilo della Sanità 2017.
- 2 Rampatige R, Mikkelsen L, Hernandez B, et al. Systematic review of statistics on causes of deaths in hospitals: strengthening the evidence for policy-makers. *Bull World Health Organ* 2014;92:807-816. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137935>
- 3 Polastri M, Nava S, Clini E, et al. COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three. *Eur Respir J* 2020;55:2001822. <https://doi.org/10.1183/13993003.01822-2020>
- 4 Vitacca M, Carone M, Clini EM, et al. Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis: the Italian Position Paper. *Respiration* 2020;99:493-499. <https://doi.org/10.1159/000508399>
- 5 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la Riabilitazione". *Gazzetta Ufficiale* n.50, 2 marzo 2011. pp. 163-183.
- 6 Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderni del Ministero della Salute, n.8 marzo-aprile 2011.
- 7 Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome. <http://www.regioni.it/conferenze/idconf-614832/>
- 8 Vitacca M, Lazzeri M, Guffanti E, et al. Italian suggestions for pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients recovering from acute respiratory failure: results of a Delphi process. *Monaldi Arch Chest Dis* 2020;90. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1444>