

NOVITÀ DAL CONSIGLIO DI PRESIDENZA

Dai documenti ministeriali sull'appropriatezza alla SDO-R

Paolo BOLDRINI

Segretario Generale della Società Europea di Medicina Fisica e Riabilitativa (ESPRM)
Già Presidente della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)

Introduzione

Questo articolo illustra l'iter di elaborazione dei provvedimenti normativi nazionali degli ultimi anni in tema di appropriatezza dell'assistenza riabilitativa e di aggiornamento dei sistemi di registrazione e codifica di tali attività, attraverso i flussi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Si tratta di due percorsi fra loro intersecati, che hanno preso l'avvio dopo l'approvazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011. Alcune fasi si sono già concluse con l'approvazione di atti normativi, mentre altre sono tuttora in corso. Si descrivono le fasi di interlocuzione fra vari soggetti istituzionali preposti alle politiche sanitarie e la SIMFER, ed i contributi forniti dalla Società nel corso dello sviluppo dei provvedimenti.

Appropriatezza in riabilitazione: gli sviluppi normativi dal piano di indirizzo del 2011 al DM 5 agosto 2021

In ambito sanitario, l'appropriatezza può essere sinteticamente intesa come "fare la cosa giusta per la persona giusta al momento giusto". Dietro a questa espressione, apparentemente semplice, si cela un concetto complesso e multidimensionale, di cui sono state proposte molte diverse definizioni a livello internazionale (1). In genere, a livello programmatico si fa riferimento a due principali dimensioni di appropriatezza: clinica ed organizzativa. Nel nostro Paese, il termine "appropriatezza" ha acquisito rilevanza nor-

mativa in ambito sanitario a partire dalla fine del secolo scorso, quando divenne uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99).

Anche nel settore della Riabilitazione, la maggior parte dei dispositivi nazionali e regionali degli ultimi anni fa riferimento esplicito a questo concetto; infatti, mentre questo termine non compare nelle Linee Guida sulle Attività di Riabilitazione" del 1998 (2), il "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011 (3) ne fa uno dei principi di riferimento per l'organizzazione dei servizi.

Perché tale principio trovi concreta applicazione vanno definiti strumenti e metodi operativi per distinguere ciò che è appropriato da ciò che non lo è; oppure – come proposto da alcuni Autori - per classificare lungo un continuum livelli di maggiore o minore appropriatezza delle specifiche attività (si tratti di procedure terapeutiche, di individuazione di setting di cura o di altri aspetti dell'assistenza).

Le fonti informative relative ai diversi settori dell'assistenza sono la base di dati sui cui elaborare le metodologie di valutazione dell'appropriatezza.

Una delle principali fonti di dati del SSN è il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera, che dal 1991 è lo "strumento ordinario per la raccolta delle informazioni di tipo anagrafico-sanitarie relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale" (4). La SDO ha diverse finalità, non solo di carattere amministrativo e giuridico, ma anche clinico ed epidemiologico. Purtroppo, specie nel settore della riabilitazione, non ne vengono sfruttate appieno le potenzialità informative per il miglio-

ramento dei servizi, in termini di appropriatezza, equità di accesso, valutazione degli esiti. La sua compilazione viene ancora vista per lo più in funzione della valorizzazione economica degli episodi di ricovero e della documentazione del rispetto di norme amministrative. Ciò è dovuto in buona parte alla sua inadeguatezza a rappresentare gli aspetti realmente importanti delle attività riabilitative, come verrà meglio illustrato in seguito.

Malgrado questi limiti, è comprensibile che l'approccio alla valutazione di appropriatezza dell'assistenza riabilitativa abbia preso le mosse dall'analisi dei flussi SDO, in quanto unico strumento disponibile con copertura nazionale per il settore della degenza.

Un primo contributo importante in questa direzione, che ha fornito elementi per lo sviluppo del Decreto "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera" - approvato il 5 agosto 2021 (5) dopo un lungo iter di elaborazione – è il documento finale del prodotto nel 2012 dal "Tavolo Tecnico per la Definizione dei Criteri/Parametri di Appropriatezza dei Ricoveri Post Acuti" (6). Il tavolo è stato istituito su iniziativa del Dipartimento della Programmazione del SSN, presso il Sistema Nazionale di Verifica e controllo sull'assistenza Sanitaria (SiVeAS). Molti dei componenti del Tavolo Tecnico avevano collaborato allo sviluppo del Piano di Indirizzo 2011 e molti di essi erano fisiatristi appartenenti alla SIMFER.

Il documento riporta i risultati di un'analisi effettuata sui dati provenienti dai Flussi SDO relativa ai ricoveri

ordinari e diurni nell'anno 2010 di persone di età <17aa. presso le strutture riabilitative intensive codd. 56,28 e 75 per le MDC 1,4,5, ed 8. La casistica è stata analizzata secondo tre principali criteri: potenziale inappropriata clinica, potenziale inappropriata organizzativa e potenziale inefficienza.

Un importante aspetto del documento è la definizione di criteri temporali, di percorso e di tipo clinico ai fini della determinazione dell'appropriatezza, che troverà poi riscontro nel citato DM 5 agosto 2021.

Va sottolineato che i ricoveri che non rispondono ai criteri/parametri di appropriatezza ed efficienza definiti non sono stati considerati inappropriati in assoluto ma "potenzialmente inappropriati" o "a rischio di inappropriata".

Ciò è dovuto anche alla riconosciuta inadeguatezza dei flussi SDO, nella loro configurazione attuale, a rappresentare in modo sufficiente le caratteristiche dell'episodio di ricovero.

Il documento infatti riporta: "...il contenuto informativo (diagnosi di dimissione, correlazione della diagnosi con il ricovero acuto precedente, diagnosi secondarie e procedure) può essere utilizzato solo parzialmente per rappresentare e quantificare la potenziale inappropriata dei ricoveri di riabilitazione. La SDO, infatti, non consente di rilevare alcuni parametri quali stato funzionale e multimorbilità dei pazienti, variazione dello stato di salute all'inizio ed alla fine ricovero, outcome dell'intervento riabilitativo, prestazioni erogate..."

Il documento sottolinea pertanto la necessità di aggiornare il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera per il settore della Riabilitazione, con lo sviluppo di una SDO con caratteristiche specifiche.

Negli anni successivi, diversi atti normativi hanno richiamato la necessità di definire criteri di appropriatezza per il settore della riabilitazione, come l'intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente "Patto per la salute 2014-2016" (7), e l'Intesa Stato-Regioni 2 luglio 2015, che riporta:

"In coerenza e a sviluppo di quanto previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 10 febbraio 2011, e in linea con i principi di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera contenuti nel suddetto

Piano, si conviene sulla necessità di definire entro sei mesi dalla stipula del presente Patto, un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa."

Il Decreto legge 19 giugno 2015, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125, riporta(8): *"Ai sensi di quanto convenuto al punto B.2, comma 1, dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, con decreto del Ministro della Salute... sono individuati i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, 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"*.

Come si vede, la definizione di criteri di appropriatezza, inizialmente prevista per tutti i diversi setting erogativi dell'assistenza riabilitativa, si è poi concentrata specificamente sul setting della degenza.

In ottemperanza a tali indicazioni ha preso il via l'elaborazione della proposta di Decreto sui "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera".

Lo schema di Decreto predisposto nel 2015 dal Dipartimento della Programmazione faceva riferimento ai criteri del citato documento SiVeAS del 2012. Nel 2016 il testo venne inviato per parere al Consiglio Superiore di Sanità, che istituì un gruppo tecnico per la raccolta di osservazioni ed organizzò una serie di confronti con le Società Scientifiche, inclusa la SIMFER. In quelle sedi vennero rilevati, come elementi positivi, la presenza di alcune definizioni operative univoche ("conseguente ad evento acuto", "correlazione clinica", "intervallo temporale" "congruenza diagnostica"), per favorire una classificazione più omogenea degli episodi di ricovero, e l'inserimento della dimensione "complessità" nel sistema di codifica.

Si evidenziavano peraltro diversi importanti elementi di criticità; fra questi, una definizione dei criteri di ap-

propriatezza basata essenzialmente sull'uso dei codici ICD, senz'altro insufficienti a descrivere il quadro clinico ai fini riabilitativi, e la mancanza di qualsiasi riferimento agli aspetti funzionali, fondamentali per la valutazione dei fabbisogni in questo settore. In quella sede, la SIMFER ribadì la necessità di sviluppare flussi informativi più adeguati, attraverso la modifica della SDO.

Questa necessità fu espressa dalla SIMFER anche in altre sedi di confronto istituzionale, (Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, AGENAS...). Riprendendo la proposta del documento SiVeAS, la SIMFER proponeva nel breve termine l'inserimento in SDO almeno una variabile caratterizzante il livello funzionale, e nel medio-lungo termine lo sviluppo di una SDO riabilitativa (SDOr) propriamente detta.

Negli anni successivi, lo schema di decreto subì varie modificazioni, a seguito di confronti con diversi interlocutori (società scientifiche, associazioni di categoria, rappresentanti degli utenti). Molte delle osservazioni e delle proposte della SIMFER sono state recepite nel corso delle varie revisioni, comprese osservazioni critiche su alcuni aspetti non condivisibili e su aspetti che risultavano affrontati in modo carente o non aggiornato. Questa azione di stimolo ha portato a risultati che - pur non ottimali, viste le citate criticità di fondo - rappresentano una tappa importante e necessaria verso una descrizione omogenea delle attività a livello nazionale. Questo a fronte di una eccessiva e non più tollerabile diversità di comportamenti delle varie realtà regionali, che contravviene ai criteri di trasparenza ed equità delle cure.

Nello stesso periodo proseguiva l'iter di sviluppo di un altro documento elaborato dal Dipartimento della Programmazione su "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione", presentato una prima volta alle Società Scientifiche di settore nel 2018.

Esso costituisce una "linea di indirizzo nazionale da utilizzare come supporto per la programmazione, riorganizzazione e potenziamento dei modelli assistenziali e

dei servizi sanitari e socio sanitari a livello regionale o locale” e indica criteri generali per lo sviluppo dei percorsi riabilitativi, in una prospettiva di continuità, dalla fase acuta di insorgenza della condizione disabilitante, alla fase ospedaliera, a quella territoriale/domiciliare. Sono importanti i riferimenti alla logica di una rete integrata di servizi riabilitativi e l’esplicito richiamo al Piano di Indirizzo 2011; aspetti più critici riguardano il minore approfondimento della fase territoriale e la mancanza di riferimenti alle problematiche dell’età evolutiva.

Anche su questo documento la SIMFER ha avuto diversi momenti di confronto istituzionale, ed ha contribuito ad introdurre alcuni aspetti innovativi, come la previsione di un “Piano Locale dell’Assistenza Riabilitativa” ed uno specifico riferimento alla SDO riabilitativa.

Nel 2020 lo schema di Decreto sull’Appropriatezza venne ulteriormente sottoposto al CSS, che espresse un parere dopo consultazione con le Società Scientifiche ed altri portatori di interesse. In tale occasione, la SIMFER ribadì ancora una volta la necessità di prevedere nel Decreto il riferimento all’adeguamento dei flussi informativi, con l’inserimento di variabili funzionali nella SDO.

Questa proposta è stata finalmente recepita nell’ultima versione del Decreto, approvato il 5 agosto 2021 (5) dopo ulteriori modifiche e parere favorevole della Conferenza Stato Regioni. Nella stessa data è stato raggiunto l’accordo anche sul documento relativo alle Linee di Indirizzo (9).

Un aspetto cruciale del DM 5 agosto 2021 è il fatto che esso vincola la sua applicazione ad un periodo di sperimentazione che prevede l’adozione di una SDO riabilitativa. Essa include indicatori di livello funzionale e di complessità assistenziale-riabilitativa, espressi attraverso scale validate.

Lo sviluppo della SDO riabilitativa: un percorso ancora in essere

Nel paragrafo precedente sono state illustrate diverse fasi del percorso di revisione ed aggiornamento dei flussi SDO per renderli più idonei alla descrizione degli episodi di degenza riabilitativa.

Un’altra tappa importante è stata l’attivazione, nel luglio 2019, di una serie di incontri tecnici, organizzati dal Dipartimento di Programmazione del Ministero della Salute, cui furono invitate diverse società Scientifiche ed Organizzazioni di Categoria del settore, con lo scopo di proporre indicatori per monitoraggio e la valutazione sistematica delle attività di riabilitazione ospedaliera.

Il gruppo di lavoro ha operato nella prospettiva di un’estensione del tracciato della SDO, con aggiunta di nuovi campi in grado di fornire le informazioni necessarie e sufficienti per una descrizione soddisfacente dell’episodio di ricovero.

Il risultato fu la individuazione di una serie di indicatori di disabilità e complessità, basati anche su scale di valutazione validate, utili a definire il fabbisogno riabilitativo nei diversi setting di erogazione (cod. 28,56,e 75) e per le MDC 1,4,5, ed 8, e l’elaborazione di una prima proposta di linee guida per la codifica.

Questi elementi furono ripresi dopo l’approvazione del DM 5 agosto 2021, che - come ricordato - prevede un periodo di sperimentazione con l’uso di indicatori specifici. La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha pertanto costituito un Gruppo Tecnico per definire le modalità operative della sperimentazione. Del gruppo fanno parte tecnici del Dipartimento della Programmazione, esperti nominati dal Ministero e rappresentanti delle Regioni.

I lavori del gruppo sono tuttora in corso e sono finalizzati alla individuazione definitiva delle scale di valutazione da utilizzare nella sperimentazione, alla formazione degli operatori regionali per la codifica alla luce dei nuovi flussi SDO, alla definizione dei criteri di analisi dei dati provenienti dalla sperimentazione. La fase di sperimentazione dovrebbe concludersi entro l’anno, secondo quanto disposto dal DM 5 agosto.

Conclusioni

L’iter dei provvedimenti sull’appropriatezza di accesso alla degenza riabilitativa e sulla SDO riabilitativa è comprensibilmente complesso, data la rilevanza dell’argomento per le

politiche sanitarie, la molteplicità dei soggetti coinvolti con le loro diverse prospettive ed interessi, nonché le implicazioni di carattere economico e sociale.

Pur con le difficoltà ed i limiti già descritti, i provvedimenti rappresentano una prima risposta ad esigenze non più rinviabili, quali una maggiore omogeneità e trasparenza dei criteri di accesso ai servizi ed una più aggiornata e corretta descrizione del fabbisogno riabilitativo, delle prestazioni erogate e degli esiti. L’auspicio è che possano anche contribuire a ridurre l’eccessiva difformità di comportamenti a livello regionale.

Tali necessità appaiono ancor più impellenti a seguito della pandemia di COVID19, che sta confermando il ruolo cruciale dell’assistenza riabilitativa, purtroppo pesantemente penalizzata negli ultimi due anni, con gravi ripercussioni sulla risposta sia alle persone che abitualmente si rivolgono a questi servizi che alle nuove e crescenti esigenze riabilitative connesse alla malattia da SARS Cov2.

L’introduzione di indicatori specifici del livello funzionale e della complessità riabilitativa, con l’adozione di scale validate e specifiche per tali aspetti, rappresenta una svolta di grande importanza per il settore della riabilitazione, che ha sempre lamentato l’inadeguatezza di flussi informativi troppo modellati sul settore dell’acuzie medica e chirurgica.

Questa evoluzione normativa rappresenta una sfida ed un’opportunità per i clinici. Per quanto riguarda il medico fisiatra, pone la responsabilità di documentare adeguatamente le condizioni cliniche ai fini dell’appropriatezza, ma anche la possibilità di descrivere in modo più preciso e corretto il fabbisogno delle persone prese in carico, le prestazioni erogate e gli esiti.

Tutto questo presuppone che il clinico conosca bene dispositivi normativi che non sono semplici né di agevole lettura, e che sappia utilizzare gli strumenti di valutazione in modo preciso e rigoroso.

Sarà quindi necessario uno sforzo di aggiornamento per il quale la SIMFER è disponibile ad offrire il massimo supporto, nella consapevolezza

che per il fisiatra si tratti di un'ulteriore occasione per rispondere con professionalità e competenza ai bisogni delle persone che siamo chiamati ad aiutare.

Bibliografia

1. Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale -Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - *Manuale di Formazione per il Governo Clinico: Appropriatazza - 2012*
2. Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di Riabilitazione approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 1998, G.U. n. 124 del 30 maggio 1998 n. 124
3. Piano di Indirizzo per la Riabilitazione
 - Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR
 4. DM 28 Dicembre 1991 - *Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera* Gazzetta Ufficiale 17 gennaio 1992 n. 13
 5. DM 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera"
 6. Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria -*Riabilitazione Ospedaliera Evidenze Aggiornamento Relazione Finale Risultati del Tavolo Tecnico per la Definizione dei Criteri/Parametri di Appropriatazza dei Ricoveri Post-acuti Analisi dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera - 31 Ottobre 2012*
 7. Intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2033, n.31 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016. Rep n. 82/CSR del 10 luglio 2014
 8. LEGGE 6 agosto 2015, n. 125 *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.* GU Serie Generale n.188 del 14.08.2015 – Suppl. Ord. n.49
 9. Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione." Rep. Atti n. 124/CSR del 4 agosto 2021