



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

Audizione Informale presso la XII Commissione Permanente Affari Sociali della Camera dei Deputati su: Schema di Decreto “Nuova Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria” – 23 NOVEMBRE 2013

**Documento della SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
(SIMFER)**

Ill.mo On. Presidente, Ill.ma On. Relatrice ed Ill.mi On. Componenti della Commissione,

La Riabilitazione è un settore dell'assistenza che assume rilievo crescente in tutti i paesi, come recentemente sottolineato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, visti gli attuali scenari connotati dall'aumento delle patologie disabilitanti a decorso cronico e del numero di persone con disabilità a lunga aspettativa di vita.

Anche nel nostro Paese 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.

Nel quadro dell'attuale processo di revisione normativa che investe il settore sanitario e sociosanitario, e che trova un elemento fondamentale nella ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, il ruolo della riabilitazione deve essere pertanto adeguatamente considerato e valorizzato.

Va detto che gli interventi riabilitativi non vanno considerati solo come un onere che la collettività si assume per rispondere con equità ed efficacia ai bisogni di persone in condizioni di malattia o disabilità. Nell'attuale difficile contingenza economica, vogliamo ricordare evidenze scientifiche sul fatto che la riabilitazione, se condotta con metodi adeguati, è un fattore di recupero di risorse per la collettività, grazie al contenimento delle conseguenze disabilitanti delle malattie, ed al supporto che fornisce a tutti gli altri settori dell'assistenza.

La Medicina Fisica e Riabilitativa costituisce la principale disciplina medica di riferimento nel contesto più generale dell'assistenza riabilitativa.

La Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) è l'Associazione Scientifica che riunisce i laureati in Medicina e Chirurgia che in Italia svolgono la loro attività in tale area, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, territoriale e domiciliare.

La SIMFER ha già espresso in diverse sedi istituzionali le proprie osservazioni su diversi punti dello Schema di Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza, e ritiene necessario che sia portato a compimento in tempi brevi un processo di revisione normativa da tempo atteso dai cittadini e dal mondo dei professionisti. Riconosce lo sforzo compiuto per introdurre nella normativa elementi di innovazione e di adeguamento ai nuovi bisogni ed all'evoluzione tecnologica e scientifica. La valutazione della SIMFER in merito allo Schema di Decreto è pertanto complessivamente positiva per quanto attiene agli aspetti di competenza, specie tenendo conto dei vincoli che il particolare contesto socio economico impone quando si voglia perseguire lo scopo di un livello qualitativo adeguato dei servizi in condizioni sostenibili.

Ciò premesso, vi sono alcune osservazioni e condizioni che la SIMFER ritiene opportuno presentare in questa sede, con intento propositivo e costruttivo.

A) In relazione all'area **dell'Assistenza Distrettuale**, di cui al Capo III dello Schema di Decreto, si ritiene corretto ed appropriato il riferimento al Progetto Riabilitativo Individuale che viene citato agli artt. 22 e 34, in quanto strumento a garanzia di una coerente integrazione degli interventi.



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

Stante tuttavia il fatto che interventi riabilitativi si possono rendere necessari anche in altri settori descritti al Capo III, si propone di inserire anche in questi il riferimento al PRI.

In particolare, all'art 22 comma 2 si propone di inserire la frase "ovvero di un Progetto Riabilitativo Individuale" (PRI), dopo il citato "Progetto di assistenza individuale" (PAI).

Analoga proposta si formula per l'art. 27, ove al capo b) in luogo della dizione "programma terapeutico e riabilitativo" si propone "programma terapeutico e, ove necessario, Progetto Riabilitativo Individuale", ed all'art. 23 in relazione alle cure palliative domiciliari, al capo b) del comma 1 oltre a "definiti dal progetto di assistenza individuale" inserire "e ove necessario dal Progetto Riabilitativo Individuale".

Tale ultimo riferimento alle attività riabilitative nel contesto delle cure domiciliari palliative, che a tutta prima potrebbe sembrare inadeguata, trova giustificazione in prassi ormai consolidate in diverse realtà del nostro Paese, ove l'équipe riabilitativa opera in sinergia con gli altri operatori al fine di contrastare fin dove sia possibile la disabilità conseguente alla malattia, supportare il contesto familiare e favorire il mantenimento di una dignitosa qualità di vita. Va altresì considerato che il campo di intervento delle cure palliative non si limita solo alle situazioni di malattia oncologica, pur estremamente rilevanti, ma va giustamente estendendosi anche alle condizioni di grave evolutività di molte alte diverse malattie disabilitanti, a favore di persone che di norma sono state prese in carico già in precedenza dai servizi di riabilitazione (a titolo di esempio, persone affette da Sclerosi Multipla o altre patologie degenerative disabilitanti).

B) Sempre nell'area **dell'Assistenza Distrettuale**, ed in particolare dell'Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale delle persone con disabilità di cui all'art 34 dello Schema di Decreto, si segnala la necessità che vengano specificati requisiti dell'assistenza riabilitativa erogata, tali da:

- Offrire garanzia di corretta erogazione dei trattamenti in conformità al Progetto Riabilitativo Individuale;
- Offrire garanzia di appropriata continuità ed integrazione rispetto agli altri interventi riabilitativi erogati in regime di assistenza ospedaliera o territoriale;
- Differenziarsi opportunamente rispetto ai trattamenti riabilitativi intensivi od estensivi erogati in regime di assistenza ospedaliera.

Si ritiene pertanto adeguato e corretto il riferimento al Progetto Riabilitativo Individuale già presente; si propone altresì di inserire anche il concetto di "Progetto Riabilitativo di Struttura" come elemento necessario e qualificante ai fini dell'accreditamento delle Unità di offerta per questa tipologia di servizi, ed in particolare per le strutture eroganti i trattamenti di cui al comma 1 lettera a) e b) e al comma 3 lettera a) che sono previsti a totale carico del SSN, inserendo in tali commi la dizione "in strutture dotate di un idoneo Progetto Riabilitativo di Struttura"

Tale dizione si conforma al Piano di Indirizzo per le attività di Riabilitazione del 2011, che cita: *Progetto Riabilitativo di Struttura, in cui ciascuna struttura (reparto, setting, centro, ambulatorio, etc.) definisce "ex ante" le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità e le vocazioni operative, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/ dimissione e di relazione con altre strutture, in modo da realizzare un flusso trasparente ed appropriato dei pazienti verso l'utilizzo più congruo delle risorse disponibili.*

C) Per quanto riguarda **l'Assistenza Ospedaliera**, si riscontra positivamente l'introduzione di una logica di percorso, che definisce la necessità di una precisa individuazione dei setting adeguati alla presa in carico della persona dopo la fase acuta, ed il successivo collegamento con i servizi necessari per la fase successiva alla dimissione.



S. I. M. F. E. R.
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

Ai fini del perseguimento di una compiuta copertura del fabbisogno clinico delle persone accolte nelle unità di ricovero ordinario per acuti, di cui all'art 38, si sottolinea la necessità di prevedere anche la garanzia di prestazioni intervento riabilitativo ove necessario. Tale proposta trova giustificazione nella dimostrata efficacia delle misure di "early rehabilitation" svolte nelle fase acuta del percorso ospedaliero, in termini di riduzione delle complicanze, riacquisizione o mantenimento di autonomia, e migliore continuità di presa in carico in fase successiva. Si tratta di una prassi diffusa e consolidata in molte realtà, ma la cui garanzia non è al momento estesa alla generalità del sistema ospedaliero.

A tal proposito, si propone di inserire al comma 2 dell'art 38, dopo la frase "inclusa la terapia del dolore e le cure palliative" la frase "e gli interventi riabilitativi".

Sempre nell'area **dell'Assistenza Ospedaliera**, nella definizione dell'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione di cui all'art. 45, si segnala che il requisito di appropriatezza dovrebbe ragionevolmente applicarsi alle diverse tipologie di ricovero ospedaliero (ordinario o diurno), così come previsto in base all'intesa Stato Regioni del 2 luglio 2015 ed ai sensi della legge 6 agosto 2015 n.125. Il testo del citato art 45 sembra individuare requisiti di appropriatezza solo per il ricovero ordinario, per cui se ne propone la modifica secondo questa formulazione:

"Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari o diurni in riabilitazione di pazienti che non possono essere presi in carico in ambito extraospedaliero con identico..."

D) In relazione **all'Assistenza Protesica**, la SIMFER valuta positivamente diversi elementi innovativi contenuti nello schema di Decreto, quali l'inclusione di alcuni dispositivi ad elevato contenuto tecnologico (in particolare per la comunicazione) o per la vita quotidiana, e l'estensione dell'erogabilità ad alcune categorie dei destinatari precedentemente esclusi.

Si segnala altresì una criticità, relativa ai percorsi di fornitura di alcuni dispositivi che il Decreto colloca nel novero dei dispositivi di serie (all.2A e 2B) il cui acquisto viene disciplinato da pubbliche procedure. Si tratta di dispositivi che per le loro caratteristiche e per le specifiche necessità dell'utenza cui sono destinati dovrebbero poter disporre di un percorso prescrittivo non vincolato alla inevitabile standardizzazione dei prodotti che vengono acquisiti con procedure di gara. Tali dispositivi sono elencati in calce al presente documento

In questi casi, per una corretta individuazione della soluzione assistiva, e per evitare il rischio di forniture non rispondenti alle necessità (con conseguente prolungamento dei tempi di erogazione, inefficienze e possibili contenziosi), il prescrittore ha necessità di operare una scelta ragionata fra diversi modelli, pur appartenenti alla medesima o alle medesime tipologie.

Si propone pertanto di prevedere per tale ridotta gamma di ausili una categorizzazione specifica, non assimilandoli ai dispositivi su misura né a quelli in serie soggetti a procedura di acquisto, ma individuandoli come dispositivi necessitanti di un percorso di fornitura individualizzato, eventualmente prevedendo per essi un sistema di monitoraggio specifico dell'appropriatezza prescrittiva.

Un altro rilievo in tema di assistenza protesica riguarda la necessità di addivenire al più presto ad una revisione del sistema di individuazione dei presidi erogabili a carico del SSN, istituendo un sistema basato su un repertorio periodicamente aggiornabile, come già previsto dalla l. 266/2005, le cui indicazioni sono a tutt'oggi disattese.

Come ultima considerazione, lo Schema di Decreto richiama in più punti il ruolo e la responsabilità del medico specialista prescrittore, e dell'equipe multidisciplinare, nel garantire un corretto percorso di fornitura dei dispositivi protesici. La SIMFER ritiene corretto questo richiamo, e sottolinea che le attività connesse alla prescrizione degli ausili hanno una rilevanza cruciale sul piano clinico. Un percorso prescrittivo corretto, con una adeguata analisi dei bisogni e l'inserimento della



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

soluzione assistiva in un progetto riabilitativo complessivo, sono essenziali per uscire da logiche di tipo risarcitorio ed ottenere i migliori risultati dalle tecnologie. E' necessario adottare sistemi diffusi ed omogenei per garantire e mantenere un adeguato livello di qualificazione dei prescrittori, attraverso azioni di formazione/aggiornamento ed accreditamento, ispirandosi a realtà già presenti in diversi contesti. La SIMFER ritiene di poter offrire un contributo rilevante in questo ambito.

E) In relazione all'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, di cui all'art 15 dello Schema di Decreto, ed al relativo nomenclatore di cui all'all.4, la SIMFER prende atto del riscontro complessivamente positivo alle osservazioni inviate nel febbraio 2015 al Dipartimento della Programmazione, relative alla richiesta motivata di inclusione nella branca specialistica di Medicina Fisica e Riabilitativa di alcune prestazioni che rientrano già nella comune attività ambulatoriale del medico fisiatra.

Un aspetto generale da sottolineare relativo alla branca della "Medicina Fisica e Riabilitazione", che, a quanto dato di valutare, non si rileva in modo così marcato nelle altre branche specialistiche, è il fatto che il nuovo nomenclatore presenta rilevanti e sostanziali modificazioni rispetto al precedente sia dal punto di vista della descrizione di singole prestazioni già esistenti, sia per l'introduzione di nuove prestazioni, alcune delle quali includono contenuti che dovranno necessariamente essere precisati in funzione di una definizione più articolata delle modalità erogative.

La SIMFER ritiene che l'attuale strutturazione del nomenclatore possa aprire prospettive per connotare le attività ambulatoriali in modo più correttamente orientato alla presa in carico complessiva del paziente e non all'erogazione di singole prestazioni, di tipo unitario o ciclico.

A tal proposito, ritiene opportuno inserire un richiamo nella Legenda al termine dell'allegato 4 ed in calce all'ultimo paragrafo relativo alla Medicina Fisica e Riabilitazione, che reciti:

"Per le prestazioni valutative e terapeutiche della branca "Medicina Fisica e Riabilitazione" va prevista la possibilità di riconoscere raggruppamenti prestazionali definiti in funzione delle caratteristiche cliniche e dei bisogni dell'assistito, in forma di "pacchetti" o modalità analoghe, che possano offrire risposta unitaria secondo un Progetto Riabilitativo Individuale"

Si sottolinea altresì la necessità di individuare criteri tariffari congrui per tali prestazioni, in funzione di parametri di complessità clinica e di dotazioni tecnologiche, di specie considerando che, date le notevoli differenze rispetto al precedente Nomenclatore, risulta difficilmente proponibile un'operazione di semplice transcodifica.

Come considerazione generale e conclusiva, la SIMFER ritiene che per coniugare appropriatezza, efficacia e sostenibilità dell'assistenza riabilitativa, sia necessario adottare una prospettiva unitaria, che valorizzi i concetti di percorso di cura, continuità di presa in carico, di integrazione fra le attività svolte nelle diverse fasi e sedi del percorso riabilitativo: strutture ospedaliere per acuti, ospedaliere di riabilitazione, ambulatoriali, setting domiciliari e di residenzialità protetta extraospedaliera. Tali aspetti, già esplicitati in riferimenti normativi quali le "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione" del 1998, ed il più recente "Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 2011, vanno adeguatamente valorizzati nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e in questo senso vi sono elementi già presenti nello schema di Decreto all'esame della Commissione-

Rileva peraltro che i LEA, per la loro stessa natura, non sono sufficienti a delineare compiutamente il modo con cui l'assistenza sanitaria si va a declinare nei contesti operativi concreti. E' indispensabile far riferimento anche ad altri strumenti normativi, e ovviamente prevedere il forte contributo della componente professionale, in termini scientifici ed organizzativi, se si vuole tradurli in



S. I. M. F. E. R.
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

pratica dando risposta adeguata ai nuovi bisogni di salute.

Il documento LEA, essendo organizzato per distinti settori assistenziali, non risulta adatto a descrivere i servizi secondo una prospettiva sistemica, che tenga conto delle reciproche interazioni fra le diverse aree di attività. Questo aspetto è particolarmente percepibile nell'ambito della Riabilitazione, attività che interseca quasi tutti i nodi della rete dei servizi sanitari, e che non a caso viene richiamata in molti punti diversi del documento e della relazione tecnica.

Una delle conseguenze più evidenti sul settore della Riabilitazione di questa visione dell'assistenza, è la difficoltà a individuare una prospettiva unitaria che valorizzi i concetti di percorso di cura, continuità di presa in carico, di integrazione fra le attività svolte nelle diverse fasi del percorso riabilitativo: strutture ospedaliere per acuti, ospedaliere di riabilitazione, ambulatoriali, setting domiciliari e di residenzialità protetta.

La SIMFER ritiene quindi che vada compiuto uno sforzo per estendere ulteriormente le logiche e gli strumenti di continuità in ambito riabilitativo, specie nei delicati punti di transizione ospedale-territorio; (meglio forse sarebbe usare la locuzione "territorio-ospedale"), e si mette a disposizione delle istituzioni per il perseguimento di tali obiettivi.

Il Presidente SIMFER
Paolo Boldrini



S. I. M. F. E. R.
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitative Medicine

ALLEGATO –

Dispositivi di Assistenza Protesica che per le loro caratteristiche e per le specifiche necessità dell'utenza cui sono destinati debbono disporre di un percorso prescrittivo individualizzato

Carrozze

- Carrozzina ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, superleggera, a telaio rigido.
- Carrozzina ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, superleggera, a telaio pieghevole
- Carrozzina a spinta con telaio basculante e sistema di supporto posturale a configurazione regolabile
- Carrozzina pieghevole, leggera, verticalizzazione manuale, oppure verticalizzazione elettrica
- Carrozzina elettronica a prevalente uso interno
- Carrozzina elettronica a prevalente uso esterno

Unità posturali

- Unità posturale per capo
- Unità posturale per bacino
- Unità posturale per tronco
- Unità posturale per tronco/bacino

Seggioloni

- Seggiolone a configurazione fissa
- Seggiolone a configurazione regolabile

Stabilizzatori

- Stabilizzatore per statica prona/eretta – modello per assistiti in età evolutiva
- Stabilizzatore mobile per statica eretta
- Stabilizzatore mobile per statica supina, con inclinazione regolabile

Passeggini

- Passeggino riducibile

Emulatori di mouse

- Emulatore di mouse a Joystick
- Emulatore di mouse con il capo
- Emulatore di mouse con lo sguardo