

GIULIANO COZZAGLIO ^(*)

LA RIABILITAZIONE TROVA COLLOCAZIONE NELL'OSPEDALE PER ACUTI?

1. *Premessa*

Il vertiginoso procedere della tecnologia, grazie anche all'applicazione, sia in ambito diagnostico che terapeutico, di nuove metodiche di cui solo l'applicazione dell'informatica ha permesso lo sviluppo, la superspecializzazione delle competenze mediche, l'uso sempre più diffuso di materiali "disposable" e, di conseguenza, il lievitare dei costi di gestione hanno stravolto, negli ultimi venti anni, la realtà ospedaliera.

A questo punto, forse è lecito chiedersi se si è modificata anche la funzione ospedaliera: i clienti-pazienti dell'ospedale sono o devono essere gli stessi di venti anni fa?

Non dimenticando che in questi anni la storia naturale della malattia, in virtù dei migliorati approcci diagnostico-terapeutici, si è spesso modificata, ma non sempre è differente da quella di venti anni fa.

Ad esempio, la consuetudine, frequente soprattutto nelle grandi città, ma anche nei centri di provincia, di ricoverare pazienti anziani affetti da patologia minore o stagionale non è più una soluzione proponibile nel contesto di un moderno ospedale per acuti.

Così pure il ricovero diagnostico ed il *check-up* risultano condizioni in cui un eventuale ricovero si configura come inappropriato, in quanto tutta la fase diagnostica deve, o meglio dovrebbe, svolgersi in sede ambulatoriale e/o di *day-hospital*.

Non si può dimenticare, infine, che da sempre l'ospedale non ha smesso di svolgere la funzione che lo collega alla sua origine: l'ospitalità, per periodi più o meno brevi, di pazienti affetti da condizioni di "disagio", che può essere soggettivo o sociale o familiare.

^(*) *Direttore sanitario, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia.*

È certo che un moderno ospedale per acuti offra dei circuiti diagnostici e terapeutici veloci, efficaci ed efficienti, ma esso non può rivolgersi ad ogni tipo di patologia o condizione di malattia e soltanto una reale integrazione con altre realtà, sia di ricovero che territoriali, permette di ipotizzare un corretto approccio alla malattia.

Un'ulteriore considerazione è relativa alla presenza, merito dei progressi avvenuti soprattutto in ambito oncologico, cardiovascolare, neuromotorio e traumatologico, di pazienti, non necessariamente anziani, che in tempi non remoti non sarebbero sopravvissuti all'evento acuto, e che una parte di loro, seppur necessitante di cure, non è collocabile nell'ospedale per acuti.

Nei moderni sistemi sanitari si profilano due poli opposti: da un verso l'ospedale ipertecnologico e dall'altro tutte le strategie che consentono la deospedalizzazione (ambulatori, *day-hospital*, assistenza domiciliare integrata); tra questi due estremi resta un vuoto che se non colmato impedisce la strutturazione di un sistema sanitario completo.

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

L'inquadramento non risulta realizzabile utilizzando il codice Icd (*International Classification of Diseases*) che di fatto permette di inquadrare la più parte delle malattie, bensì necessita di un'integrazione con il codice Icidh (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) dell'Oms.

Nel problema della riabilitazione 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, 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 della 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.

In questa disamina si ritiene utile non prendere in considerazione, oltre alla 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 molto si allontanano da qualsivoglia concezione di ospedale o di ricovero ospedaliero.

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 e, infine, in che contesto si colloca la post-acuzie.

La prima considerazione 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 cerebrali, 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" e, infine, un eventuale reinserimento lavorativo in tempi lunghi.

Negli ultimi anni, sia per l'introduzione del sistema di remunerazione a Drg, 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.

La tendenza odierna sembra quindi orientata a prevedere ospedali per acuti intesi come contenitori di tecnologia con un numero di letti non elevato, ma con un'importante prevalenza di letti ipermedicalizzati (intensivi e subintensivi). Un ospedale di questo tipo oltre che presupporre la presenza di un notevole numero di medici ed operatori sanitari di tipo "intensivistico" prevede degenze estremamente brevi, ma di contro elevatissimi costi/*die*.

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 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 sessanta 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.

Un altro esempio può essere quello degli interventi cardiocirurgici: il paziente, se non presenta complicanze, dopo aver trascorso 24 ore dall’intervento in Terapia Intensiva cardiocirurgica ed essere poi trasferito per un periodo di 3 – 4 giorni in reparto non trova più giovamento in un ambito dedicato all’acuzie, in quanto non è più un malato affetto da una patologia: il problema che l’ha condotto all’intervento è risolto! Una riabilitazione cardiologica può, invece, permettergli un più pronto recupero sia sotto il profilo motorio, che respiratorio che, soprattutto, psicologico. Sotto il profilo della sicurezza clinica, inoltre, in un centro riabilitativo è presente un controllo di tutte le possibili complicanze.

Questi esempi danno il senso del mutare dell'evoluzione della storia naturale della malattia e, forse, rendono 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 immediatamente successivo all'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.

Presupposto indispensabile perchè si possa parlare di miglioramento è che esso sia obbiettivabile: ad esempio, in ambito neuromotorio la scala Fim consente di assegnare dei punteggi di scores multiplo all'accettazione in reparto del paziente da raffrontare 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 perché deve trascorrere un periodo allettato, o perché necessitante di riabilitazione a lento recupero o perché 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 collocazione 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: poiché

l'obiettivo 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 Asl, 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 Asl e gli ospedali di Asl che mantengono un contatto più stretto con il territorio di riferimento, anche perché, 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 il territorio e 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 Asl 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 Asl e quindi lo *hiatus* tra ospedale e territorio può ulteriormente aumentare.

In tal senso, il superamento di queste sovrapposizioni può passare soltanto, da un verso, per la formulazione, anche in rapporto con quanto previsto dalle principali Società scientifiche, di comuni linee guida e, dall'altro, con una serie di "consensus conference" che stabiliscano, nell'ambito dei medici specialisti nella medesima area e nello stesso contesto territoriale, delle comuni modalità operative. L'Asl in virtù del ruolo di erogatrice della spesa sanitaria, e conseguentemente con il compito di modularla, dovrebbe avere il compito di organizzare questa integrazione. Ma l'ultima considerazione in tale senso, ultima non per importanza, è quella che per realizzare un ospedale "del futuro" che sia ponte tra l'alta tecnologia ospedaliera e la "buona medicina" esercitata da un "practitioner" il ruolo ed il coinvolgimento del medico di medicina generale risulta assolutamente essenziale.

2. *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 elefantache, e strutture piccole, talora fatiscenti, scollegate dai centri ospedalieri di riferimento e, 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 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.

3. 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 Dea 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.

4. 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 “contenito-

re” di alta tecnologia, con percorsi diagnostici/terapeutici sempre più brevi: tutto è improntato a criteri di efficienza, i Drg 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 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*:

- Rsa

- 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 Dea 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 Rsa, presidi che offrono livelli “medi” di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e livelli “alti” di tutela assistenziale, dedicate 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 e, in parte, dalla riconversione in toto di strutture spesso già parzialmente dedicate alla riabilitazione. Esse dovrebbero essere dedicate sia a malati non autosufficienti che necessitano 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 Rsa), 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 (Adi).

– *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 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 Dea di II° livello.

5. Conclusioni

Un modello di questo tipo consente di “alleggerire” i grandi ospedali di un congruo numero di posti letto tale sia da consentir loro di adeguarsi al Dpr del 14 gennaio 1997 – Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private – e al D.lgs n°626 del 19 settembre 1994 e succ. – Attuazione delle direttive riguardanti il miglioramento

della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro – (leggi il cui rispetto risulta peraltro prerequisito per l’accreditamento) rendendo le strutture più agili e rispettose delle norme: è inutile infatti parlare di ospedali “high-tech” quando, seppur in presenza di alte ed altissime tecnologie, vi sono cameroni a 10-12 letti, spesso privi di servizi!

Inoltre, permette di riutilizzare razionalmente una parte del patrimonio ospedaliero pubblico e privato.

Seppur questo modello è quello che si ritiene più valido, non si possono non riconoscere alcuni pregi del modello opposto: grandi ospedali dotati di settori sia per acuti che per la riabilitazione, in cui si ha una maggiore integrazione tra i due settori, consentendo ai pazienti ricoverati in riabilitazione la possibilità di sfruttare competenze iperspecialistiche.

Ma poiché qualunque modello proposto deve necessariamente confrontarsi con la realtà esistente ed il nostro attuale sistema sanitario è “a risorse limitate” non si ritiene realistico proporre un modello che offra posti letto ad alto costo anche in ambito riabilitativo (presupponendo che al paziente in fase riabilitativa infrequentemente necessitano competenze iperspecialistiche) e che, infine, renda improponibile l’utilizzo di una grande fetta del patrimonio ospedaliero presente sul territorio.