

Domenico Scrutinio, Mauro Carone

La medicina riabilitativa e i criteri di appropriatezza: tra cronicità, multimorbilità e complessità

Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS. Pavia. Italy

RIASSUNTO. Negli ultimi due decenni, l'invecchiamento demografico ha portato ad una sostanziale crescita del numero di persone che vivono con moderata o severa disabilità e, conseguentemente, ad un cambiamento della domanda di salute della popolazione anche, e soprattutto, in ambito riabilitativo. Il numero di persone con severa disabilità in Italia è stato stimato in circa 2.8 milioni. Attualmente, l'offerta riabilitativa è insufficiente a soddisfare l'aumentata domanda. È quindi necessario un cambiamento delle dinamiche ed una rimodulazione dell'offerta sanitaria. Sforzi dovrebbero essere dedicati ad allineare l'offerta riabilitativa con l'accresciuta domanda.

Parole chiave: invecchiamento, disabilità, riabilitazione.

ABSTRACT. In the last two decades, population aging has led to a substantial increase in the number of people living with moderate-to-severe disability and, consequently, an increased demand for rehabilitation care. It is estimated that, currently, 2.8 million people live with severe disability in Italy. Although greater access to rehabilitation care is required to meet the needs of disabled patients, the capacity to provide rehabilitation has not changed over the last years and fails to meet current rehabilitation needs. Efforts should be devoted for aligning the capacity to provide rehabilitation care to the increased demand for rehabilitation care.

Key words: aging, disability, rehabilitation.

Negli ultimi due decenni, l'invecchiamento demografico, accompagnato da una parallela crescita di stili di vita non salutari, da un aumento del carico imposto dalle malattie degenerative, e da una riduzione del *case-fatality rate*, ha portato ad una crescita del numero di persone che vivono in condizioni di moderata o severa disabilità e ad un profondo cambiamento della domanda di salute della popolazione (1, 2).

Il Rapporto ISTAT 2018 evidenzia come l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni o più e la popolazione di età 0-14 anni, sia aumentato da 121.5 nel 1998 a 165.3 nel 2017. Nel 2017, l'indice medio di vecchiaia in Europa è stato di 124.8. Si prevede che, nei prossimi due decenni, il rapporto tra popolazione di 65 anni o più e popolazione di 15-64 aumenti da 3.5 a 5.3. In Europa Occidentale, l'aspettativa di vita alla nascita per le donne è aumentata da 79.5 nel 1990 a 84.1 anni nel 2016 (3). Per gli uomini da 72.9 a 79.2 anni (3). Nello stesso anno, l'aspettativa di vita in Italia era pari a 82.8 anni. L'aumentata aspettativa di vita è stata tuttavia associata ad un aumento degli anni vissuti con disabilità (4). Il Rapporto Osservasalute 2017 evidenzia come l'Italia sia seconda in Europa per attesa di vita alla nascita per i maschi, ma solo undicesima per attesa di vita senza limitazioni (5). Analogamente l'Italia è terza in Europa per attesa di vita alla nascita per le donne, ma solo quindicesima per attesa di vita senza limitazioni (5). Lo European Health & Life Expectancy (EHLEiS) Country Reports riporta che la prevalenza di disabilità di grado moderato-severo nei soggetti >65 è aumentata negli anni, raggiungendo più del 50% nei soggetti >75 anni (6). Nel 2016, l'aspettativa di vita per i soggetti >65 anni in Italia, è stata di 22.8 anni per le donne e di 19.2 anni per gli uomini (6). Tuttavia, il 27% degli anni di vita attesi per le donne ed il 23% per gli uomini sono vissuti con disabilità severa (6). Il Rapporto Osservasalute 2017 ha stimato una prevalenza di non autosufficienza pari al 3.5% nei soggetti di età compresa fra i 65 e 74 anni, del 12% nei soggetti di età compresa fra i 75 e 84 anni, e del 36.2% nei soggetti ≥85 anni. Complessivamente, i soggetti non autosufficienti in Italia sono 2,8 milioni (7).

Coerentemente con l'invecchiamento della popolazione, anche la prevalenza di multimorbilità è aumentata. Nei paesi ad alto reddito, in cui l'aspettativa di vita è più alta, la multimorbilità è ormai considerata la regola e non

l'eccezione (8). Nel 2016, in Italia, i pazienti cronici pluri-patologici, definiti anche pazienti cronici "complessi", costituivano il 21% dell'intera popolazione (7). Esiste consolidata evidenza che il numero di condizioni patologiche croniche coesistenti nello stesso individuo aumenti esponenzialmente con l'età, sebbene il trend di crescita tenda a stabilizzarsi o addirittura a ridursi dopo gli 80 anni (8, 9). Sebbene la prevalenza di multimorbilità aumenti con l'età, sarebbe erroneo ritenere che la multimorbilità sia esclusiva della popolazione anziana (10, 11). Molti soggetti con multimorbilità hanno infatti meno di 65 anni (10, 11). Nonostante la grande quantità di studi, permangono diverse aree di incertezza relativamente alla multimorbilità. Esiste ampia eterogeneità nella definizione di multimorbilità in rapporto a: numero, tipologia e definizione delle condizioni patologiche; inclusione dello stato funzionale o altri fattori non relati a malattie (stato socio-economico) nella definizione; metodi di valutazione della severità delle condizioni patologiche; grado di relazione tra le condizioni considerate nella definizione. Questo ha comportato un'ampia variabilità delle stime di prevalenza nei vari studi (8). Ancora non è chiaro, inoltre, quale sia il ruolo dei fattori di rischio modificabili. Mentre alcuni cluster di comorbilità sembrano rappresentare una combinazione casuale di malattie, altri costituiscono una combinazione di malattie che condividono fattori di rischio modificabili. Definire questo aspetto è importante per sviluppare coerenti strategie di prevenzione a livello di popolazione. Sebbene non sia stato ancora definito quali siano i cluster di condizioni patologiche più frequenti e la loro evoluzione nel corso della vita di un individuo e quali siano i cluster di maggiore impatto sullo stato di salute, è evidente che la multimorbilità è altamente eterogenea e può manifestarsi con un amplissimo spettro di combinazioni differenti (8). La multimorbilità contribuisce a promuovere o accelerare il declino funzionale, aggravare il grado di disabilità, peggiorare il senso di benessere e la qualità di vita, aumentare il rischio di ospedalizzazione ed istituzionalizzazione e peggiorare la prognosi *quoad vitam*. La politerapia, caratteristica della multimorbilità, contribuisce ad accrescere il rischio di esiti sfavorevoli. L'impatto negativo della multimorbilità viene esaltato dalla fragilità sociale. In altre parole, la multimorbilità accresce la vulnerabilità dell'individuo. La multimorbilità, inoltre, causa costi incrementali, sia per il paziente che per il Servizio Sanitario Nazionale. Infine, bisogna considerare che non disponiamo di studi d'intervento, o di strategie d'intervento, che abbiano affrontato efficientemente il tema della comorbilità. I dati della ricerca sono frammentati, disomogenei nella definizione di multimorbilità e difficili da interpretare e sintetizzare (8). In una meta-analisi della Cochrane pubblicata sul British Medical Journal nel 2012, gli Autori poterono identificare, complessivamente, solo 10 studi specificamente rivolti a pazienti con multimorbilità (12). In assenza di studi, non è stato quindi possibile sviluppare linee-guida di settore. Anche le linee-guida specifiche di malattia raramente tengono conto della multimorbilità e le raccomandazioni, quando espresse, sono formulate con basso livello di evidenza. In considerazione dell'impatto

sullo stato di salute della popolazione e sui Sistemi Sanitari e delle incertezze che ancora permangono, la multimorbilità è stata riconosciuta come una priorità globale per la ricerca medica (8).

L'invecchiamento demografico non solo ha determinato un incremento della prevalenza delle cronicità e della non autosufficienza, ma anche una variazione della domanda, con aumento del ricorso al ricovero ospedaliero da parte degli anziani. Secondo uno studio del CERGAS-SDA Bocconi presentato dal prof. A. Ricci in occasione del Convegno OASI 2017, nel 2015 sono stati ricoverati 2,1 milioni di anziani >65, per un totale di oltre 3,2 milioni di ricoveri. Di questi 3,2 milioni di ricoveri, il 30% è riferito a pazienti che in 12 mesi rientrano una o più volte in reparti acuti di medicina. Il 90% di questi ricoveri multipli medici non ha previsto alcuna forma di presa in carico strutturata post-dimissione.

A fronte della mutata domanda di salute della popolazione, è evidentemente necessario un cambiamento delle dinamiche ed una rimodulazione dell'offerta sanitaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'allineamento dei Sistemi Sanitari ai mutati bisogni della popolazione anziana come una delle principali priorità in sanità (13). Il sistema, tuttavia, si mostra scarsamente in grado di attivare risposte alla mutata domanda. Il Rapporto OASI 2018 evidenzia una graduale riduzione dell'offerta pubblica in termini di assistenza ospedaliera, una sostanziale stabilità dei volumi di specialistica ambulatoriale, una marcata debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera, ed una crescita della domanda di riabilitazione (7). A fronte della crescita della domanda di riabilitazione, dal 2010 al 2016 l'offerta è rimasta sostanzialmente invariata nel suo complesso. I ricoveri riabilitativi per MDC4 (Apparato respiratorio) e MDC5 (Apparato cardiocircolatorio) si sono ridotti del 9% e del 3%, rispettivamente, mentre quelli per MDC1 (Sistema nervoso) e MDC8 (Sistema muscolo-scheletrico) sono aumentati rispettivamente del 7% e del 14% (14). È pertinente rilevare che i ricoveri acuti ad alta complessità che precedono il percorso ospedaliero riabilitativo sono aumentati significativamente, a fronte di degenze medie in diminuzione (14).

I pazienti intercettati dal percorso di riabilitazione sono ormai in gran parte pazienti cronici "complessi" già disabili che sono andati incontro ad un evento acuto ovvero ad una riacutizzazione di malattia cronica come, ad esempio, lo scompenso cardiaco o la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Sempre più pazienti con aumentati livelli di complessità clinica e severità di malattia vengono ammessi a Reparti Riabilitativi. Conseguentemente, la *mission* della riabilitazione deve evolvere da curare la disabilità, con un approccio meramente fisiatrico, a curare insieme malattia e disabilità, con una forte caratterizzazione internistica, con la finalità ultima di conseguire più anni di vita con meno limitazioni e meno disabilità. Come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, esiste evidenza che la riabilitazione erogata da unità riabilitative specializzate è efficace non solo nel migliorare il grado di indipendenza, ma anche di ridurre il rischio di mortalità ed istituzionalizzazione in pazienti complessi

(15, 16). Inoltre, esiste evidenza che la riabilitazione è efficace nella prevenzione del deterioramento funzionale, e quindi di ulteriore disabilità, in pazienti con malattie croniche severe e/o complesse (15). Questa evidenza di efficacia indica che la riabilitazione dovrebbe essere considerata parte essenziale del continuum della cura e integrata, quindi, in modo più efficiente in tutti i livelli del sistema sanitario (17, 18). Nell'attuale scenario di cronicità, multimorbilità e complessità, l'interazione tra riabilitazione e visione internistica rappresenta un valore aggiunto nel continuum della cura dei pazienti cronici complessi.

Certamente, come in tutte le branche della moderna Medicina, vi sono patologie o condizioni morbose che rendono un ricovero appropriato o non-appropriato, vedasi ad esempio i 108 DRG ad "alto rischio di inappropriatazza" per ricovero in regime ordinario (DPCM 29/11/2001, ripreso dal Patto della Salute 2010-2012 approvato dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni il 3/12/2009).

Questo, teoricamente, varrebbe non solo in ambito di Medicina Interna, e di Chirurgia ma anche di Riabilitazione ospedaliera. Purtroppo, in campo riabilitativo vi è la tendenza, antiquata e non suffragata da evidenze scientifiche o epidemiologiche, a legare l'appropriatezza riabilitativa ad un precedente ricovero in "acuto", identificando quest'ultimo quale "evento indice". Questo tipo di impostazione può, forse, essere logica se si pensa a patologie "acute" quali ictus cerebri, infarto miocardico, lobectomia polmonare, frattura di femore e protesizzazione d'anca, eccetera. Ma questa impostazione non riconosce in alcun modo la vera emergenza che le società occidentali affrontano e dovranno affrontare sempre più: l'invecchiamento della popolazione e la gestione delle patologie croniche, multimorbide e invalidanti quali la BPCO, l'insufficienza respiratoria cronica, lo scompenso cardiaco cronico, la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica, eccetera. Queste sono patologie che, per la storia naturale della malattia, possono avere periodi di risacerbazione della patologia di base o delle comorbilità presenti. In tal caso, generalmente, la condizione clinica del paziente non rappresenta uno di quei quadri per i quali si può prospettare un ricovero per acuto che, al contrario, sarebbe inappropriato. All'opposto, questi pazienti trovano nel setting di ricovero in riabilitazione intensiva codice 56 la risposta clinicamente più adeguata e corretta.

Una impostazione di "medicina di scarico" per la quale in riabilitazione ospedaliera possano accedere solo o prevalentemente pazienti provenienti da precedente ricovero per acuti, oltre che essere scientificamente ed epidemiologicamente scorretta determinerebbe:

- Grave danno clinico ai pazienti con patologia cronica.
- Aumento dei ricoveri inappropriati in acuto e degli accessi impropri in Pronto Soccorso per quei pazienti che, capito il meccanismo, correrebbero in ospedale chiedendo o pretendendo un ricovero in regime per acuti per poi essere accettati in riabilitazione.
- Probabilissimi aggravamenti domiciliari, con conseguenze immaginabili, per quei pazienti che si vedreb-

bero rifiutato il ricovero direttamente in riabilitazione o prima in regime per acuti e poi in riabilitazione.

- Ineguaglianze nell'accesso alle cure riabilitative.
- Conseguente aumento dei costi sociali e sanitari delle patologie croniche.

Al contrario, una condizione clinica deve essere inquadrata per appropriatezza o non-appropriatezza della stessa per ricovero riabilitativo intensivo, come avviene nel setting per acuti coi succitati 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza. Dato che le linee-guida internazionali sulla riabilitazione cardiologica, neurologica e pneumologica evidenziano che il ricovero riabilitativo è di Classe I con evidenza scientifica di tipo A, limitare, ridurre, bloccare l'accesso al ricovero riabilitativo dei pazienti con malattia cronica equivarrebbe al negare un trattamento farmacologico!

Bibliografia

- 1) Rehabilitation 2030: A Call for Action - World Health Organization. Available at http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf. Accessed on September 27, 2018
- 2) World Health Organization. World report on ageing and health. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=18461928F66C6C767238460294BBF9A7?sequence=1. Accessed on September 27, 2018.
- 3) GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1260-1344.
- 4) Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet* 2015; 385: 563-575.
- 5) Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Available at: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017>
- 6) Robine J-M, Van Oyen H, Jeune B, Bronnum-Hanse H, Cambois E, Doblhammer G et al. EHLEIS Technical report 2017_4.1. April 2017. EHLEIS Country Reports Issue 10. Available at http://www.eurohex.eu/ehleis/pdf/CountryReports_Issue10/All_countries.pdf. Accessed on September 27, 2018.
- 7) CERGAS – SDA Bocconi. EXECUTIVE SUMMARY RAPPORTO OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/224a071c-c555-4557-b845-de75277b1ade/Rapporto+OASI+2018_Executive+Summary.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mtVqK6
- 8) The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research. April 2018. Available at <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>. Accessed on May 2, 2019.
- 9) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
- 10) Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3: 223-228.
- 11) Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 111.
- 12) Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ* 2012; 345.
- 13) World Health Organization. Ageing and Health. 5 February 2018. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- 14) Longo F, Petracca F, Ricci A. CERGAS – SDA Bocconi. La riabilitazione ospedaliera: stato dell'arte, flussi informativi e regolazione. Available at: http://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/af267dbc-131e-4422-a923-ecfffc65103/01_Longo_Riab.pdf?MOD=AJPERES&CVID=1-wX6—&CVID=1-wX6—
- 15) Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Accessed on October 7, 2018.
- 16) Scrutinio D, Giardini A, Chiovato L, Spanevello A, Vitacca M, Melazzini M, Giorgi G. The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses. *Eur J Intern Med* 2019; 61:1-8.
- 17) Mills T, Marks E, Reynolds T, Cieza A. Rehabilitation: Essential along the Continuum of Care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017 Nov 27. Chapter 15.
- 18) Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Accessed on October 7, 2018.

Corrispondenza: *Domenico Scrutinio, MD. Istituti Clinici Scientifici Maugeri. IRCCS. 27100 Pavia. Italy. Phone: +39 807814232. Fax: +39 807814380. E-mail: domenico.scrutinio@icsmaugeri.it*