

La riabilitazione ospedaliera: posti letto, attività e previsioni regionali*

Franco Pesaresi¹ e Marina Simoncelli²

Pur essendosi verificata in questi ultimissimi anni una crescita costante e significativa della presenza della riabilitazione, le regioni e le aziende sanitarie devono fare ancora molto per dotare, in modo omogeneo, tutto il territorio nazionale delle necessarie unità operative di medicina riabilitativa.

Introduzione

L'unità operativa ospedaliera di medicina fisica e riabilitativa rappresenta la struttura organizzativa destinata alla presa in carico omnicomprensiva e ad assistere individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili di varia natura e gravità tale da rendere necessaria una tutela medica e interventi di nursing ad elevata specificità riabilitativa articolati nell'arco delle intere 24 ore, nonché interventi valutativi e terapeutici riabilitativi non erogabili in forma extraospedaliera. Essa deve garantire tramite una sua articolazione organizzativa gli interventi riabilitativi nelle diverse unità operative per acuti dell'ospedale con l'obiettivo di collaborare alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie al trauma, alle terapie praticate ed alle modalità assistenziali utilizzate. È altresì suo compito predisporre idonei percorsi del paziente traumatizzato nell'ambito delle diverse strutture della rete riabilitativa del territorio di riferimento e regionale, attivare le procedure e prendere i contatti necessari per garantire un'adeguata presa in carico del paziente da parte delle stesse una volta trasferito dalle unità operative per acuti (Conf. Stato-Regioni 4/4/2002).

Nel 1985, la legge n. 595 prevedeva una dotazione media di posti letto nell'ambito delle regioni del 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'uno per mille riservato alla riabilitazione. La situazione cambiava però con la legge finanziaria del 1992 in cui si parlava di una dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie (L. 412/1991). Successivamente, con la Finanziaria del 1994 (L. 537/1993) la dotazione è stata fissata in 5,5 posti letto e più recentemente, con il DL 347/2001, in 5 posti letto per mille abitanti di cui uno riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie. Di tale parametro, la norma non ha mai indicato la ripartizione interna di risorse tra riabilitazione e lungodegenza; aspetto quest'ultimo affrontato esclusivamente dalle regioni.

Questo significa che dovremmo attenderci in Italia 57.321 posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, ipotizzando poi una ripartizione a metà tra le due discipline, possiamo pensare a circa 28.660 posti-letto dedicati alla riabilitazione ospedaliera.

Ma quale è la reale situazione in Italia? Le regioni hanno rispettato le indicazioni normative nazionali?

Le previsioni regionali dei posti letto

Le regioni italiane, nei loro piani sanitari, hanno previsto 22.761 posti letto di riabilitazione ospedaliera, pari a 0,40 posti letto per mille abitanti. Tale cifra ricomprende sia i posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56) sia le alte specialità riabilitative (cod. 28 e cod. 75). Si è preferito considerarli tutti insieme in quanto le alte specialità sono sostanzialmente ininfluenti nel determinare il numero complessivo, incidendo solamente per 0,02 posti letto per mille abitanti (Cfr. Tab. 1).

L'obiettivo nazionale di un posto letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie non è stato dunque pienamente ripreso dalle singole regioni, visto che le stesse

Tab. 1 - Previsioni regionali dei posti letto di riabilitazione

Regione	Riferimento normativo	Degenza media o massima (gg.)	Tasso di occupazione	Day hospital	Fabbisogno di p. l. per 1.000 ab	p.l. previsti
Abruzzo	Lr 2/7/99, n.37	Mass.=60	>75%	>10%	0,52	668
Basilicata	Dcr 30/12/96 n. 478	Media=60		10-12%	0,5	310

¹ dirigente servizi sociali, educativi e sanità del comune di Ancona. E.mail: fpesaresi@tin.it

² medico fisiatra, ASL Fano (PU)

Bolzano	Dgp 26/7/99, n. 3145.			30%	0,41	189
Calabria	Lr 3/4/'95, n.9	Media=35 Mass.=60	80%	10%	0,52	1.076
Campania	Lr 26/2/98, n. 2.	Mass.=60		>10%	0,18	1.060
Emilia Romagna	Gruppo di lavoro Assessorato sanità (2000)	Da 15 a 60 secondo l'Mdc		10%	0,11	434
Friuli-V.G.	Lr 27/2/1995, n.13	Media=20 Mass.=40	90%		0,40	475
Lazio	Dcr 31/7/2002, n. 114	Mass.=60	75%	>10%	1 (compresa lungodegenza)	2.632*
Liguria	Dcr 25/2/2000, n. .8	Mass.=60		<10%	0,20	341
Lombardia	Dcr 13/3/2002, n. 462	Da 20 a 100 secondo il Drg		10%	0,54	4.900
Marche	Dcr 30/6/2003, n. 97	Da 15 a 120 secondo l'Mdc	80%	10%	0,25	365**
Molise	D.C.R. 30/12/96, n. .505				1 (compresa lungodegenza)	166*
Piemonte	Dgr 1/3/'00, n. 32-29522	Da 30 a 60 secondo l'Mdc		10%	0,50	1.936
Puglia	Dgr 2/8/2002, n. 1087	Mass.=60		10%	0,37	1.513
Sardegna	Dcr 22/7/98, n.. 33				0,99 (compresa lungodegenza)	819*
Sicilia	Dp 11/5/2000			>10%	1 (compresa lungodegenza)	2.549*
Toscana	Dcr 9/4/2002, n. 60	Da 20 a 30 secondo l'Mdc			0,26	916
Trento	Proposta P.S.P. 2002-2004	Media=16	75%	10%	0,74	353
Umbria	Dcr 1/3/99, n. 647	Mass.=60			0,35-0,42	415
V. d'Aosta	Lr 4/9/2001, n. 18				0,5	60
Veneto	Dgr 8/11/2002, n. 3223	Da 15 a 60 secondo l'Mdc		>10%	0,35	1.565
ITALIA					0,40	22.761

Note: * ipotizzando una ripartizione al 50% fra riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Il fabbisogno di posti letto è comprensivo delle alte specialità. **Stima. Dato che il PSR aggrega i letti intensivi ospedalieri ed extraospedalieri si sono sottratti quelli extraospedalieri esistenti.

Fonte: Pesaresi F., Simoncelli M. (2002).

complessivamente hanno previsto 0,40 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e 0,31 posti letto per la lungodegenza post-acuzie, per un totale dunque di 0,71 posti letto per mille abitanti.

Le differenze poi nelle previsioni delle varie regioni sono notevolissime: da un lato troviamo l'Emilia Romagna che prevede solamente 0,11 posti letto, mentre dall'altro la provincia autonoma di Trento arriva a prevedere nella sua proposta di piano sanitario provinciale 2002-2004, in corso di approvazione, 0,74 posti letto di riabilitazione per mille abitanti.

Nell'ambito di una situazione nazionale che vede tendenzialmente aumentare l'offerta di riabilitazione ospedaliera vale la pena di segnalare un gruppo di regioni con un diverso orientamento. Ad esempio la Liguria con l'atto sulla riorganizzazione della rete ospedaliera 1997-1999, indicava 0,40 p.l. per la riabilitazione, ma poi nel successivo Psr 1999-2001, (forse rendendosi conto del mancato raggiungimento dell'obiettivo) prevede solamente 341 p.l., pari a 0,2 letti per mille abitanti. Dal canto suo la Lombardia nel piano socio-sanitario regionale 2002-2004 prevede di considerare la rete delle strutture riabilitative in uno specifico progetto da approvare a cura della giunta regionale anche al fine di riclassificare le attività ospedaliere ed extraospedaliere in riabilitazione intensiva ed estensiva. Fino all'assunzione di detto provvedimento la giunta lombarda non provvederà all'accreditamento di ulteriori posti nel settore della riabilitazione. Pertanto nel breve periodo l'obiettivo di piano prevede il mantenimento dei letti attuali di riabilitazione ospedaliera pari a circa 4.900 (0,54 posti letto per mille abitanti). Nel medio-lungo periodo si dovrebbe invece registrare una lievissima crescita del settore visto che il piano socio-sanitario lombardo prevede una dotazione di 1,5 posti letto per mille abitanti da ripartire fra i posti letto di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera e di lungodegenza che attualmente (dati 2001) sono complessivamente pari a circa 1,42 posti letto per mille abitanti.

L'Emilia Romagna merita poi una valutazione a parte per la singolarità del modello con cui propone il fabbisogno di posti letto di riabilitazione. In sintesi l'Emilia Romagna prevede:

- posti letto di riabilitazione estensiva o di 1° livello (cod. 60), indicativamente 0,13 p.l. per mille abitanti, da ricomprendere nello 0,7-1 p.l. per mille abitanti destinato alla degenza post-acuzie e riabilitazione;
- posti letto di riabilitazione intensiva di 2° livello (cod. 56), indicativamente 0,11 p.l. per mille abitanti, da ricomprendere nel numero dei 4 p.l. per mille abitanti per acuti (Emilia Romagna, 2000).

Per comprendere adeguatamente tale previsione è necessario considerare che nella normativa dell'Emilia Romagna l'assistenza post-acuzie e la riabilitazione estensiva, funzioni concettualmente distinte ma aventi in comune la possibilità di una durata di degenza protratta, sono assegnate entrambe alla lungodegenza riabilitativa-cod. 60. L'assistenza post-acuzie si rivolge principalmente a soggetti con patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano di assistenza clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa nelle 24 ore, pur con un'intensità assistenziale inferiore a quella dei reparti per acuti. Mentre, la riabilitazione estensiva comprende interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico, di norma diretti alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili ed in soggetti clinicamente stabili, affetti da disabilità croniche evolutive, oppure a soggetti con disabilità a lento recupero che non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo. Dunque la riabilitazione estensiva collocata in unità con cod. 60 ha come obiettivo principale quello di mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti, prevenendone il deterioramento e si caratterizza per:

- un intervento riabilitativo a relativamente bassa complessità e intensità (di norma superiore a 1 ora/die ma inferiore a 3 ore /die);
- la degenza protratta;
- un alto livello di supporto assistenziale infermieristico;
- un'inferiore necessità di sorveglianza medica (non continuativa nelle 24 ore).

La riabilitazione intensiva, invece, interviene precocemente nell'immediata post-acuzie, per il recupero di disabilità importanti e modificabili che richiedono un elevato impegno terapeutico, riferibile a non meno di tre ore giornaliere di terapia specifica per una durata della degenza di norma inferiore a 60 giorni (dgr 1455/1997).

Dalla suddetta distinzione deriva la collocazione formale dell'Emilia Romagna al livello più basso in Italia per quel che riguarda il dimensionamento della riabilitazione ospedaliera relativamente alle unità riabilitative con il cod. 56. Nella sostanza però la realtà è assai più complessa e diversificata come abbiamo appena visto.

Per ultimo si segnala il Piemonte che in un recente atto annuncia 0,7 pl per 1000 abitanti per la riabilitazione, salvo poi prevederne nel dettaglio solo 0,50.

Inoltre è necessario sottolineare che nelle diverse regioni italiane una parte dei posti letto è riservata all'attività di day hospital. L'indicazione generale è quella di riservare almeno il 10% di letti al day hospital, con la sola eccezione della Sicilia che ne indica una quota inferiore.

I posti letto esistenti e l'attività svolta

I posti letto di "recupero e riabilitazione funzionale", dal 1987 al 2001, sono cresciuti del 46% passando da 12.444 a 18.223, pari cioè a 0,32 posti letto per 1.000 abitanti, considerando anche i letti di day hospital.

In realtà, se è vero che nel 1995 i posti letto erano 9.399, solo in questi ultimissimi anni (e cioè nel periodo 1995/2001) si è registrata una crescita consistente del settore di circa 1.500 letti per anno (Ministero della sanità, 1996, 2002). Ma la crescita più importante e significativa ha riguardato i ricoveri che sono addirittura aumentati del 188%, mentre l'aumento delle giornate di degenza è stato più contenuto (+51%) perché nel contempo è crollata la durata della degenza media che è passata da 49 a 25,6 giornate. In particolare, è cresciuta straordinariamente (+141%) la riabilitazione pubblica passata da 3.723 a 8.961 letti (compresi quelli di day hospital), che rappresentano attualmente poco meno della metà (il 49,2%) del totale dei letti di riabilitazione, diversamente dal 1987 quando costituivano solo il 30%.

Tab. 2 – Attività di degenza ordinaria delle unità di recupero e riabilitazione funzionale

	1987	2001	Differenza %
Unità operative pubbliche			
Posti letto	3.723	8.130	+118,4
Degenti	36.392	102.908	+182,8
Giornate di degenza	979.737	2.538.574	+159,1
Degenza media	26,9	24,7	-8,2
Tasso di utilizzo %	72,1	87,3	+21,1
Unità operative private accreditate			
Posti letto	8.721	8.774	+0,6
Degenti	36.629	107.588	+193,7
Giornate di degenza	2.592.162	2.854.203	+10,1
Degenza media	70,8	26,5	-61,4
Tasso di utilizzo %	81,4	91,1	+11,9
Unità operative pubbliche e private accreditate			
Posti letto	12.444	16.904	+35,8
Degenti	73.021	210.496	+188,2
Giornate di degenza	3.571.899	5.392.777	+51,0
Degenza media	48,9	25,6	-47,6
Tasso di utilizzo %	78,6	87,4	+11,2
Posti letto per 1000 ab	0,22	0,30	+36,4

Note: sono definite strutture pubbliche le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta, i policlinici universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli ospedali classificati, gli istituti privati qualificati presidio della Usl. Sono definite strutture private accreditate le case di cura private accreditate presso il SSN.

Fonte: Pesaresi F., Simoncelli M. (2002); Ministero della Salute (2002).

I dati relativi alla degenza ordinaria (esclusi quindi i day hospital) ci dicono che anche altri indici di attività della riabilitazione negli ospedali pubblici sono positivi: sono più che raddoppiati i degenti (+183%) e le giornate di degenza ordinaria (+159%), è cresciuto fino all'87% il tasso di utilizzo delle unità operative, mentre la degenza media si è ridotta da 26,9 a 24,7 giornate. La riabilitazione nelle strutture ospedaliere private ha prima ridotto i propri posti letto rispetto al 1987, per poi, in questi ultimi anni recuperare i letti raggiungendo quegli stessi livelli. Tali strutture hanno diminuito di due terzi la degenza media (da 71 a 26,5 giornate) ed hanno aumentato in modo assai consistente (+164%) il numero dei ricoveri (Cfr. Tab. 2).

Ancora insufficiente appare l'attività di day hospital, che si attesta attorno all'7,2%; da sottolineare però la rapida crescita nel breve periodo 1995/2001 durante il quale i letti dedicati sono aumentati del 144% e l'attività di ricovero diurno sono triplicate (Cfr. Tab. 3).

Tab. 3 – Attività di day hospital delle unità di recupero e riabilitazione funzionale pubbliche e private accreditate per regione. Anni 1995/2001.

Day hospital	Pubblico			Privato		
	1995	1997	2001	1995	1997	2001
Reparti	68	111	208	5	14	37
Posti letto	368	545	831	173	163	488
gg. dd.	112.740	155.730	283.086	38.926	49.652	187.799

Fonte: Pesaresi F., Simoncelli M. (2002), Ministero della Salute (2002).

Dai dati del 2001 del Ministero della sanità, emerge una grande variabilità da una regione all'altra nella distribuzione dei posti letto di recupero e riabilitazione funzionale. Infatti, si passa dalla Valle d'Aosta con 0,01 letti, alla provincia autonoma di Trento con 0,79 posti letto per mille abitanti. Le regioni che si

avvicinano di più agli standard nazionali sono il Piemonte, la Lombardia, e il Molise, rispettivamente con 0,59, 0,54 e 0,54 posti letto per mille abitanti (Cfr. Tab. 4).

Generalmente i letti sono organizzati in unità operative di buona dimensione, mediamente pari a 33 letti nel settore pubblico ed a 47 letti nel settore privato.

Tab. 4 – Posti letto e dimensione delle unità di recupero e riabilitazione funzionale pubbliche e private accreditate per regione. Anno 2001.

Regione	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto day hospital	Posti letto totali	Posti letto totali per 1000 abit.
Piemonte	2.381	67	2.448	0,59
Valle d'Aosta	0	1	1	0,01
Lombardia	4.567	295	4.862	0,54
Prov. a. Bolzano	165	0	165	0,36
Prov. aut. Trento	301	76	377	0,79
Veneto	1.253	127	1.380	0,31
Friuli-V. G.	259	2	261	0,22
Liguria	272	4	276	0,18
Emilia Romagna	1.053	148	1.201	0,30
Toscana	561	42	603	0,17
Umbria	87	9	96	0,12
Marche	231	4	235	0,16
Lazio	3.042	282	3.324	0,67
Abruzzo	208	5	213	0,17
Molise	171	0	171	0,54
Campania	1.193	162	1.355	0,24
Puglia	506	35	541	0,14
Basilicata	104	7	111	0,19
Calabria	484	8	492	0,25
Sicilia	513	20	533	0,11
Sardegna	35	7	42	0,03
ITALIA	17.386	1.301	18.687	0,33

Fonte: Ministero della Salute, Istat Censimento 2001.

Inoltre, per comprendere compiutamente la situazione della riabilitazione italiana non bisogna dimenticare che un numero consistente di letti di riabilitazione specialistica, secondo il “progetto riabilitazione” del Ministero della sanità, nel 1995 erano collocati in unità operative diverse da quelle di recupero e riabilitazione funzionale. Precisamente, 304 si trovavano nelle cardiologie, 366 nelle neurologie, 204 nelle ortopedie, 236 nelle pneumologie e 761 in altri reparti, per un totale di 1.871 posti letto ed è pertanto presumibile che un certo numero di questi abbiano continuato ad erogare attività di riabilitazione. Su questi aspetti, purtroppo, non esistono dati nazionali aggiornati.

Il rapporto pubblico/privato vede prevalere per presenza la riabilitazione ospedaliera pubblica nel nord e quella privata nel centro-sud d'Italia. Le distinzioni sono invece meno nette per quel che riguarda la degenza media, che nel settore privato è mediamente più lunga a livello nazionale, ma non in metà circa delle regioni italiane. Il numero delle unità operative pubbliche di recupero e riabilitazione funzionale sono superiori a quelle del settore privato: rispettivamente 176 contro 129, per un totale di 305 unità operative.

Nel 1995 le unità operative di recupero e riabilitazione funzionale erano soltanto 236 (Ministero sanità, 1996), per cui la crescita nel triennio 1995/97 è stata repentina, pari a 33 unità operative per anno, di cui la maggioranza (il 56%) nel settore pubblico (Cfr. Tab. 5).

Tab. 5 – Attività di degenza delle unità di recupero e riabilitazione funzionale pubbliche private accreditate per regione. Anno 1997.

Regione	Ospedali pubblici				Ospedali privati			
	Posti letto	Degenza media	Strutture rilevate	Strutture esistenti*	Posti letto	Degenza media	Strutture rilevate	Strutture esistenti*
Piemonte	729	26,7	21	27	667	32,5	14	15
V. d'Aosta	-	-	-	1	-	-	-	-
Lombardia	1.900	21,1	42	42	1.417	19,4	40	41

P. Bolzano	40	15,3	2	2	48	26,1	1	2
P. Trento	234	17,5	4	5	130	20,0	1	1
Veneto	796	18,8	23	24	78	14,9	3	5
Friuli-V. G	248	27,7	5	5	90	27,3	1	1
Liguria	177	27,1	6	6	-	-	-	-
E. Romagna	354	26,3	15	23	227	19,5	7	10
Toscana	219	18,8	7	7	384	26,5	11	11
Umbria	23	20,4	1	2	15	8,0	1	1
Marche	54	23,9	3	3	170	50,7	2	2
Lazio	528	38,5	7	7	1.510	37,7	14	14
Abruzzo	52	13,6	3	3	179	21,0	2	2
Molise	45	32,8	1	1	-	-	-	-
Campania	73	13,4	5	6	592	35,1	4	6
Puglia	61	15,8	3	4	140	48,4	3	5
Basilicata	16	17,7	1	1	-	-	-	-
Calabria	47	18,5	3	3	310	20,2	9	9
Sicilia	114	22,3	3	3	95	16,2	3	4
Sardegna	20	57,9	1	1	-	-	-	-
ITALIA	5.730	22,5	156	176	6.052	26,3	116	129

Nota: *le strutture esistenti sono quelle che hanno dichiarato di avere reparti della disciplina.

Fonte: Pesaresi F., Simoncelli M. (2002).

Sempre nel 1995, i servizi di riabilitazione ospedalieri (senza letti di degenza) erano invece 209 nel settore pubblico e 3 nel settore privato. Questo significa che, su un totale di 969 ospedali pubblici, le unità di degenza di recupero e riabilitazione funzionale erano presenti nel 14% degli ospedali e i servizi di riabilitazione erano invece presenti nel 21,6% degli ospedali. Benché la situazione stia cambiando, resta comunque il fatto che nel 1995 in due terzi degli ospedali pubblici non esistevano delle unità operative di riabilitazione. La presenza della riabilitazione risultava ancora più modesta nel settore privato accreditato, dove le unità operative di riabilitazione erano presenti solo nel 15% degli ospedali.

Conclusioni

La riabilitazione è una disciplina ospedaliera giovane sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista organizzativo. Sotto questo secondo aspetto la sua connotazione normativa si è definita in modo compiuto solo nell'ultimo decennio, precisamente è stata avviata con la determinazione del suo consistente dimensionamento avvenuta nel 1993 (L. 537/1993) e si è perfezionata nel 1998 con l'approvazione delle linee guida nazionali sulla riabilitazione.

L'Italia, anche rispetto ad altre nazioni, giunge a questo appuntamento con ritardo soprattutto se pensiamo che vivono, nel nostro paese, circa tre milioni di disabili e che sin dalla riforma sanitaria del 1978 l'assistenza sanitaria prevedeva gli aspetti preventivi, di cura e di riabilitazione. Nonostante questo ritardo la riabilitazione ha saputo consolidare la propria presenza e migliorare la qualità della propria organizzazione e delle performance, pur registrando preoccupanti disomogeneità e, in qualche caso, consistenti carenze nei vari territori regionali. L'analisi compiuta, a questo proposito, induce a sottolineare i seguenti aspetti meritevoli di attenta riflessione e di ulteriori interventi ai vari livelli di responsabilità.

- La presenza della riabilitazione ospedaliera è ancora insufficiente. Nonostante la legislazione nazionale preveda 1 posto letto per ogni 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nel 2001 si registravano per la riabilitazione solamente 0,32 posti letto per mille abitanti (nel 1987 erano 0,22) che diventano 0,34 se aggiungiamo le alte specialità riabilitative. Dunque pur essendosi verificata in questi ultimissimi anni una crescita costante e significativa della presenza della riabilitazione, le regioni e le aziende sanitarie devono fare ancora molto per dotare, in modo omogeneo, tutto il territorio nazionale delle necessarie unità operative di medicina riabilitativa, anche per sopperire ad una mobilità ospedaliera interregionale elevatissima.
- Le regioni italiane, nei loro piani sanitari, hanno previsto l'attivazione di 0,40 posti letto per mille abitanti. Il dato, seppure insoddisfacente, in questa fase è sicuramente accettabile se visto come obiettivo intermedio. Ciò che colpisce è la grande disomogeneità regionale, quasi mai motivata esplicitamente, che si registra in queste previsioni e che meriterebbe qualche ulteriore riflessione, anche a livello di ricerca

sui servizi sanitari, per arrivare a definire quella rete essenziale minima di strutture riabilitative ospedaliere atte a soddisfare sufficientemente ogni territorio.

- L'aspetto che caratterizza fortemente l'organizzazione della riabilitazione nelle varie regioni italiane è la grande disomogeneità. In proposito colpiscono gli standard di personale che in un caso prevedono sostanzialmente la metà del personale che viene indicato da altre regioni, inoltre anche le soglie di degenza ordinaria variano notevolmente a seconda delle regioni, passando da 15 a 60 giorni. Infine, una grande eterogeneità si rileva anche nel sistema tariffario. La diversità fra regioni non deve sorprendere poiché il federalismo sanitario può portare in questa direzione, deve però far riflettere il fatto che le differenze regionali più rilevanti altro non sono che la rappresentazione di differenti modi di concepire la riabilitazione ospedaliera, il suo ruolo, e le sue reali possibilità di far fronte in modo qualificato alle necessità assistenziali nelle varie situazioni. Non tutti i modelli identificati sono condivisibili e compatibili con un moderno ospedale dove l'assistenza riabilitativa ai degenti viene erogata in modo qualificato ed intensivo.

Bibliografia

Pesaresi F., Simoncelli M., (2002), *La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano.

Ministero della sanità dipartimento della programmazione (2002), *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. e aziende ospedaliere - anno 2001*, Ministero della sanità, Roma.

* In “**Appunti sulle politiche sociali**”, n. 6/2003.

Per ricevere la rivista: Abbonamento € 17.00 per sei numeri di 32 pagine; su ccp 10878601 intestato a Gruppo Solidarietà, Via Calcinaro 15, 60031 Castelplanio. L'abbonamento decorre dal primo numero successivo all'abbonamento. Una copia 3,00 €. **Per informazioni:** Gruppo Solidarietà, Via S. D'acquisto 7, 60030 Moie di Maiolati (AN). Tel e fax 0731.703327, e-mail: grusol@grusol.it, sito internet: www.grusol.it