

Riflessioni e domande sulla riorganizzazione della rete ospedaliera dopo il Piano socio sanitario 2012-14

La Dgr 1137/2012, modificando in parte le indicazioni del Piano socio sanitario 2012-14, ridisegna in questo modo l'offerta ospedaliera

		Regione	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5	
Popolazione		1.565.335	366.963	494.522	311.868	177.914	214.068	
Acuti	Totale attuale	5.825	912	2.171	1.039	436	1.767	Attuale
	PL x 1.000 abitanti	3,72	2,49	4,39	3,33	2,45	3,58	Attuale
	Proposta PL per acuti	4.737	852	1.956	852	411	666	Proposta
	PL x 1.000 abitanti	3,03	2,32	3,96	2,73	2,31	3,11	Proposta
	Totale acuti	-588	-60	-215	-187	-25	-101	Δ
Lungodegenza / riabilitazione	Totale attuale	936	171	386	248	127	104	Attuale
	PL x 1.000 abitanti	0,60	0,47	0,78	0,78	0,71	0,49	Attuale
	Proposta PL per lungodegenza / riabilitazione	1.365	225	484	384	109	163	Proposta
	PL x 1.000 abitanti	0,87	0,61	0,98	1,23	0,61	0,76	Proposta
	Totale Lungodegenza / Riabilitazione	429	54	98	136	82	59	Δ
Totale Regione	Totale attuale	6.761	1.083	2.557	1.287	563	1.871	
	Totale proposta	6.102	1.077	2.440	1.236	520	829	
	PL x 1.000 abitanti	3,90	2,93	4,93	3,96	2,92	3,87	
Saldo Posti letto totale		-588	-6	-117	-51	57	-42	

L'offerta complessiva diventa di 3,9 posti per mille abitanti. Di questi il 3,03 per acuti e lo 0,87 per la post acuzie. I posti complessivi diventano 6.102 (contro gli attuali 6.262). Cambia invece la composizione interna dell'offerta. I posti per acuti diminuiscono di 588, quelli per la post acuzie aumentano di 429.

Il quadro (numero posti complessivi e per mille abitanti) diventa il seguente

Previsione Posti letto ospedalieri

Acuti	Post acuzie	Totale
4.737	1.365	6.102
3.03	0,87	3.90

Come è noto il Patto per la salute 2010-2012 prevedeva un'offerta ospedaliera del 4 per mille ripartita in 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione/lungodegenza. Successivamente la legge 135/2012 approvata lo scorso 7 agosto (spending review) ha previsto la riduzione dei posti ospedalieri al 3,7 (3 per acuti e 0,7 per riabilitazione lungodegenza).

Considerata l'attenzione che il Piano prima e la dgr 1137-2012, successivamente, pone al tema della riqualificazione dell'offerta ed in particolare nel trasferimento di un cospicuo

numero di posti dall'area dell'acuzie sa quella della riabilitazione lungodegenza, pare importante andare a vedere quali sono le indicazioni sul punto. La post acuzie (vedi tabella) passa dallo 0,60 (936) allo 0,87 (1365) per mille con un aumento di 429 posti.

Quanta riabilitazione e quanta lungodegenza e con quale modello organizzativo?

Nessuna indicazione viene, però, fornita circa la composizione dell'offerta complessiva della post acuzie. I 429 nuovi posti in quale numero afferirà alla riabilitazione e alla lungodegenza? Una ripartizione al 50% determinerebbe un'offerta di circa 680 posti per ogni tipologia. Va inoltre tenuta presente la discrepanza tra i dati del Piano e quelli della successiva dgr 1137, che non è di poco conto. Secondo il Piano l'offerta era di 858, per la delibera 936.

La ripartizione per tipologia dovrebbe essere la seguente:

- I posti attivi di lungodegenza (codice 60), anche se il dato non viene fornito, dovrebbero aggirarsi sui 550 (andrebbe valutato inoltre, quanti ancora, afferiscono all'area della psichiatria);

- quelli di riabilitazione (codice 56) sono poco più di 350 (qui, ad esempio, sono conteggiati anche posti di riabilitazione alcolica).

Alcune considerazioni al riguardo:

a) le due funzioni sono diverse ed è pertanto indispensabile definirne per ciascuna la quantificazione;

b) i posti ospedalieri di riabilitazione sono collocati soprattutto in alcune aree della regione, per questi motivi è presente una importante mobilità passiva;

c) la Regione non ha definito alcun modello organizzativo né per la lungodegenza, né per la riabilitazione. Ad esempio non è stato stabilito alcun "modulo minimo" di degenza;

d) il Progetto obiettivo riabilitazione-lungodegenza non è stato approvato;

e) per quanto riguarda la lungodegenza, la frammentata offerta, vede moduli anche di poche unità, attigui a reparti di medicina. Difficile pensare che per quei posti si riesca improvvisamente ad abbandonare un modello ospedaliero centrato esclusivamente su diagnosi, cura farmacologia e degenza a letto. Senza un lavoro volto al mantenimento o al recupero della massima autonomia, le post acuzie rischiano di trasformarsi in un'area di sosta;

f) le tariffe riconosciute alle case di cura private per il codice 60 sono di circa 170 euro/giorno; con abbattimento del 40% dopo 60 giorni sia per la riabilitazione che la lungodegenza;

g) il modello organizzativo della riabilitazione è completamente diverso da quello della lungodegenza; nel primo caso cambiano le figure professionali e sono necessari importanti adeguamenti strutturali (palestre); nel secondo le figure professionali (ridotte), rimangono le stesse. Per quanto riguarda la riabilitazione ospedaliera, l'abbattimento della tariffa pone problemi in relazione ai tempi di recupero. Ragione, che motiva spesso l'invio direttamente alla riabilitazione intensiva extraospedaliera o in strutture accreditate che hanno moduli sia ospedalieri che extra ospedalieri;

h) permane grande ambiguità rispetto alla funzione, non definita, dei posti di riabilitazione estensiva (RSR) extraospedaliera, che da residenzialità permanente per disabili gravi si stanno trasformando in presidi di riabilitazione a termine per soggetti che necessitano di un trattamento non intensivo.

Appare, dunque, indispensabile che una adeguata programmazione indichi la previsione di posti dell'una e dell'altra funzione, la loro collocazione e il modello organizzativo.

Sembra, invece, del tutto preponderante l'attenzione al dato quantitativo (trasferimento dall'acuzie alla post acuzie) a scapito di quello qualitativo. Una post acuzie che non funziona in maniera adeguata, oltre a non determinare benefici per i malati ricoverati produce prolungamenti di ospedalizzazione (ricoveri ripetuti) vanificando anche l'obiettivo, cui sembra più si tenga, della riduzione dei costi.

Quale modello extraospedaliero?

Il Piano e le successive indicazioni all'ASUR (dgr 1137-2012) ai fini della applicazione, assegna – in funzione della riduzione dei posti per acuti – un fondamentale ruolo ai servizi extraospedalieri. Purtroppo, vedi gli approfondimenti in nota, si tratta di un'area (dal residenziale al domiciliare) fortemente trascurata in questi anni: ci riferiamo:

- all'assenza di un modello organizzativo delle cure domiciliari. Per mantenere le persone a casa occorrono risorse ed organizzazione. In questi anni non si è investito né nell'uno né nell'altra;
- l'area della valutazione (UVI) continua a non essere oggetto di attenzione; anche in questo caso, sia a riguardo di risorse che di modello organizzativo;
- le RSA (circa 900 posti) che dovrebbero essere un altro elemento centrale della riconversione e del potenziamento dei servizi territoriali, continuano, in assenza di indicazioni regionali, ad operare in maniera del tutto difforme da struttura a struttura (da interventi intensivi fino a quelli di mantenimento).

Dunque il passaggio successivo alla rideterminazione quantitativa dell'offerta, non può che passare per la definizione di coerenti modelli organizzativi. Nella certezza, che laddove si lavora male o in maniera incoerente, il risultato (in questo caso di salute) non è buono ed i cittadini ne pagano le conseguenze. E quando si lavora male, ci può essere un risparmio sul breve periodo, ma non sul lungo. Cose ben note ad ogni buon programmatore.

Per approfondire

- [Marche. Piano sociosanitario 2012-2014](#) (vedi, in particolare, il dato di pag. 48)
- [Marche. Attuazione Piano sociosanitario regionale 2012-2014](#)
- [Nodi irrisolti e omissioni del Piano sociosanitario della Marche](#)
- [Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)
- [Campagna "Trasparenza e diritti". Le motivazioni e gli obiettivi](#)
- [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#)

23 agosto 2012