

QUALCHE SPUNTO DI RIFLESSIONE SULLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA NELLE MARCHE

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Le Marche, come molte altre regioni sta ridisegnando l'offerta ospedaliera. La riflessione, valuta la coerenza di questo percorso a partire, oltre al dato numerico delle riconversioni, dal modello organizzativo che si intende assumere. Una prospettiva che non sembra assunta dalla Regione con la necessaria consapevolezza e coerenza

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

tano di 429. Il quadro (numero posti complessivi e per mille abitanti) è riportato in fondo a questa pagina.

		Regione
	Popolazione	1.565.335
Acuti	Totale attuale	5325
	PL x 1.000 abitanti	3,40
	Proposta PL per acuti	4.737
	PL x 1.000 abitanti	3,03
	Totale acuti	- 588
Lungodegenza/ riabilitazione	Totale attuale	936
	PL x 1.000 abitanti	0,60
	Proposta PL per Lungodegenza/riabilitazione	1.365
	PL x 1.000 abitanti	0,87
	Totale Lungodegenza/riabilitazione	429
Totali Regione	Totale attuale	6.261
	PL x 1.000 abitanti	4,00
	Totale proposta	6.102
	PL x 1.000 abitanti	3,90
	Saldo posti letto totale	-159

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 aumen-

QUANTA RIABILITAZIONE, QUANTA LUNGODEGENZA, QUALE MODELLO ORGANIZZATIVO?

Previsione Posti letto ospedalieri		
Acuti	Post acuzie	Totale
4.737	1.365	6.102
3,03	0,87	3,90

Nessuna indicazione viene, però, fornita circa la composizione dell'offerta complessiva della post acuzie. I 429 nuovi posti in quale numero afferiranno alla riabilitazione e alla lungodegenza? Una riparti-

zione 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 alcolologica). 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 farmacologica 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;

Occupazione, crescita e diritti

Se nel 1960 gli occupati rappresentavano il 40 % della popolazione, 20 milioni su 50 milioni di abitanti; nel 2011 erano il 38%, 23 milioni su 50 milioni di abitanti. Dimostrazione pratica che per creare occupazione, dovremmo avere un tasso di crescita fuori da ogni prospettiva economica e ambientale. La situazione è così chiara che la capirebbe perfino un bambino. Chi invece non la capisce, o forse fa finta di non capirla, sono i sacerdoti del sistema: economisti, imprenditori, politici, editorialisti, perfino sindacalisti, continuano a dirci che la soluzione dei nostri mali è la crescita, che però non viene da sola. La strada per raggiungerla è la competitività, la disponibilità ad abbassare le mutande per indurre le imprese a correrci dietro. Questa è la logica di un governo come quello Monti, che ha come unico obiettivo l'aumento del Pil, prima ancora che per creare occupazione per aumentare la ricchezza da mettere a disposizione dello Stato affinché possa onorare i suoi debiti. L'interesse finanziario è preminente rispetto all'interesse sociale. E siccome viviamo in un'economia globale, per ottenere la crescita bisogna creare le condizioni affinché gli investitori presenti in Italia non scappino più e anzi ne arrivino di nuovi, magari cinesi o sudcoreani, non per produrre ciò che serve agli italiani, ma per competere nel grande mercato globale. E come fare per spronare i capitalisti, quei pochi che ancora investono in attività produttive, a investire da noi invece che in Polonia o in Ungheria? Garantendo un contesto allettante: basse tasse, basse regole ambientali, mano d'opera facilmente licenziabile. Di qui provvedimenti come la modifica dell'articolo 18, il decreto liberalizzazione, le esenzioni fiscali alle imprese e tutte le altre misure previste dal progetto "Cresci Italia". Logica disarmante quella di chi prima ha messo in libertà il capitale globale, permettendogli di seminare il terrore, ed è poi costretto ad adeguarsi ai suoi diktat per avere salva la vita. Ma è solo un'illusione. Questa strada porterà solo alla distruzione dei diritti, dell'ambiente e alla fine del sistema stesso, perché continuando a ridurre la massa salariale e la capacità di spesa dello Stato, la domanda sarà sempre più bassa. Di conseguenza la produzione invece di crescere si contrarrà.

Francesco Gesualdi, in, *Facciamo da soli*, Altreconomia, 2012

- 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

- F. Ragaini, Servizi socio sanitari e livelli essenziali nelle Marche, In "Appunti sulle politiche sociali", n. 3-4/2012, p. 1;
- Gruppo Solidarietà (2011) *La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nella regione Marche*, Castelplanio
- Gruppo Solidarietà (2010) *I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche*, Castelplanio