

Ancona, li 6 settembre 2006.

Presidente Commissione  
Consiliare sanità  
Dott. Marco Lucchetti  
Regione Marche  
Via Oberdan  
60100 Ancona

Oggetto: invio di osservazioni al "Progetto obiettivo riabilitazione".

Stimato Presidente,

Le invio in allegato le osservazioni della Associazione nazionale degli operatori sociali e sociosanitari alla proposta di deliberazione n. 1627/2005 di competenza del Consiglio regionale concernente "**Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche**".

L'Associazione nazionale degli operatori sociali e sociosanitari si propone quale soggetto tecnico referente delle istituzioni per le tematiche sociali e sociosanitarie nella convinzione di poter dare un utile contributo tecnico e professionale.

Nella speranza di avviare una proficua collaborazione con la Regione Marche si coglie l'occasione per inviare i più cordiali saluti.

Il Presidente  
Dott. Franco Pesaresi

# ASSOCIAZIONE NAZIONALE OPERATORI SOCIALI E SOCIOSANITARI

Via Rossini 16 60021 Camerano (An) E-mail: [fpesaresi@tin.it](mailto:fpesaresi@tin.it)

## OSSERVAZIONI

**ALLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N.1627/2005 DELLA GIUNTA REGIONALE DELLE MARCHE CONCERNENTE:**

**“Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche”.**

**Aree di degenza post-acuzie** (pag. 8-17)

- 1) Viene modificato il termine ufficiale di “lungodegenza post-acuzie” in “Aree di degenza post-acuzie – APA”. Queste modificazione è inutile e crea confusione visto che nelle rilevazioni ufficiali occorrerà comunque riportare la terminologia ufficiale di lungodegenza post-acuzie codice 60. Nel mentre si ricerca una uniformità di linguaggi a livello nazionale con il progetto “Mattoni” la Marche aggiungono un elemento di confusione cambiando nome ad una cosa che il nome ce l’ha.
- 2) la DGR 1119/2004 che era una proposta al Consiglio regionale va sostituita con D.A. del Consiglio regionale n.163 del 19/1/2005. Così come nel testo va sostituito Dipartimento servizi alla persona con Servizio Salute (pag. 15 per esempio).
- 3) L’adempimento più importante scade il 30/12/2005 (pag.9). Va evidentemente rivisto dato che tale termine è già scaduto prima dell’approvazione dell’atto.
- 4) Linee guida. Si riprendono quelle elaborate in regione nel 1999-2000 che mantengono la loro validità e che per motivi sconosciuti non sono mai state approvate. Rispetto a quella stesura si rende più facile la creazione di unità operative complesse. Inoltre non si fa cenno (diversamente dalla vecchia bozza) agli standard organizzativi permettendo quindi moduli di ogni dimensione (in precedenza si diceva almeno 15 p.l.); adesso probabilmente non si dice nulla perché la Regione con il riordino ospedaliero (D.A. 163 del 19/1/2005) ha autorizzato moduli anche di 2 soli posti letto. Una indicazione in questa direzione sarebbe invece utile. GIUDIZIO COMUNQUE POSITIVO.
- 5) I posti letto previsti. Nel PSR 2003-2006 si prevedevano 648 posti letto pari allo 0,44 per mille abitanti rispetto ad uno standard che allora era di 0,5 per mille abitanti. L’atto di

riordino ospedaliero (D.A. 163 del 19/1/2005) ha abbassato la previsione a 487 posti letto pari a 0,32 posti letto per mille abitanti. L'atto di riordino si caratterizza per altri due aspetti negativi: a) ha stabilito la dotazione massima di posti letto; b) ha previsto moduli di lungodegenza che vanno da 2 a 32 posti letto. Evidentemente il modulo da 2 letti o di altre inadeguate dimensioni rappresenta un elemento di confusione e di dequalificazione del sistema ospedaliero. Ad ottobre 2005, i posti letto attivati erano 391 pari a 0,26 posti letto per mille abitanti. A quella data erano state attivate 23 unità operative di lungodegenza di cui due non previste mentre mancavano all'appello 9 unità operative fra quelle previste.

- 6) I posti letto nel Progetto obiettivo. Il Progetto obiettivo rappresenta un passo avanti rispetto a quanto stabilito in precedenza. Si dice infatti che i posti letto stabiliti nel riordino ospedaliero sono minimi e che possono essere aumentati attraverso una procedura che si ripete annualmente. Bisognerebbe collegare questo aumento ad un obiettivo che altro non potrebbe essere che quello posto dal PSR 2003-2006 (che è di 648 p.l.). E' banale ma se non si dice, non c'è nessuno che persegue l'obiettivo.

### **Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare** (pag. 24-35)

Il progetto è molto valido ed innovativo.

### **Il riordino delle strutture di riabilitazione** (pag. 36 e seguenti)

Il progetto obiettivo è ovviamente condizionato dai contenuti del PSR 2003-2006 che sul fronte della riabilitazione soffre di un grave equivoco, che non si è verificato in nessuna altra regione italiana.

In sostanza tutti i piani sanitari italiani, nel rispetto delle linee guida nazionali sulla riabilitazione hanno classificato le unità riabilitative fra ospedaliere e residenziali, semiresidenziali ecc. Questa è la logica dell'organizzazione sanitaria e della riabilitazione in particolare. Per classificare le strutture riabilitative, la regione Marche ha invece utilizzato l'intensività e l'estensività dell'intervento mettendo così insieme cose pregevoli ma che nulla hanno in comune come il Filo d'oro e il reparto ospedaliero di riabilitazione. Questo naturalmente ha contribuito ai disastrosi risultati nella mobilità ospedaliera della riabilitazione. Considerando negli standard dei posti letto (0,5 letti ospedalieri per mille abitanti) anche posti letto extra-ospedalieri si è compressa l'area ospedaliera producendo una offerta inadeguata. Naturalmente, nessuna regione italiana ha fatto questo errore. E' vero che si utilizza il termine intensivo per qualificare una tipologia di residenza riabilitativa ma questa parola qualifica una struttura residenziale che mantiene le caratteristiche di struttura residenziale. Non è un caso che questo equivoco si sta portando così avanti che si prevede la guardia medica all'interno di queste strutture. Così certo le si considera strutture para-ospedaliere.

Bisognerebbe invece tornare alla classificazione corretta delle strutture di riabilitazione separando quelle ospedaliere che hanno i loro standard da quelle residenziali.

Il Piano propone anche altri aspetti curiosi come la collocazione del Filo d'Oro tra le alte specialità ospedaliere e l'invenzione di due nuove Unità per la gravi cerebrolesioni acquisite che si contendono i pazienti perché una, UGCA-URI unità di risveglio destinata ad intervenire "nelle prime fasi di recupero" e l'altra, la UGCA-UNI Unità di terapia intensiva post-critica di neuroriabilitazione destinata ad intervenire "nella fase immediatamente post-acuta". In sostanza tutte e due intervengono nello stesso momento.

La UGCA-UNI Unità di terapia intensiva post-critica di neuroriabilitazione merita particolare attenzione perché nuova e perché contiene aspetti davvero curiosi. Innanzitutto il nome che contiene due termini opposti, la “unità di terapia intensiva” ma anche “post-critica” quando cioè la terapia intensiva non serve più. Ma non basta perché questa nuova unità operativa accoglierebbe craniolesi e mielolesi che come è noto, sono i pazienti delle Unità spinali. E l’Unità spinale che fa? Anche in questo caso, possiamo dire con certezza che nessuna regione italiana ha previsto una simile cosa. I pazienti di riferimento sono assai complessi e molto diversi e richiedono unità dedicate e specializzate.

Che fare? Mantenere le alte specialità, che sono ospedaliere, e prevederle secondo le linee guida nazionali. Questa parte del PSR va ovviamente rivista.

Da questo punto di vista il PO può poco ma quel poco lo utilizza per peggiorare le cose (con quella precisazione sull’URI pag. 37).

Per quel che riguarda le proposte di posti letto del PO (pag. 42 e seguenti) difficile valutare positivamente, vista la confusione che si mantiene fra strutture ospedaliere e strutture residenziali. Non si identificano le iniziative atte a contenere la straordinaria mobilità passiva ospedaliera della riabilitazione.

In realtà di posti letto ospedalieri di riabilitazione se ne contano solo  $218 + 30$  (? alta specialità) = 248 pari a 0,16 posti letto per mille abitanti. In Italia, dove la previsione media è di 0,40 posti letto per mille una sola regione ha una dotazione di riabilitazione ospedaliera più bassa di questa. Una dotazione che appare ingiustificata alla luce della pessima mobilità ospedaliera del settore riabilitativo. Nelle tabelle di pag. 42-45 si parla di proposte di nuovi posti letto (162) ma non essendo precisata né la collocazione né se si tratta di unità ospedaliere non possono essere valutate. Mi chiedo l’utilità pianificatoria di queste tabelle.

Il seminternato a pag.38 viene considerato come attività ambulatoriale, in realtà si tratta di attività semiresidenziale.

#### **Alte specialità** (pag.49 e 50)

Le alte specialità ospedaliere non sono ben delineate e si discostano in modo rilevante dalle linee guida nazionali.

In particolare si propongono diverse alte specialità extra-ospedaliere che le linee guida nazionali non prevedono. In questo senso, appare anomala la previsione delle tre “alte specialità” residenziali denominate “Gravi insufficienze respiratorie” due delle quali con soli 5 posti letto. Nessuna regione ha previsto “alte specialità” extra-ospedaliere e nessuna regione le ha previste per le gravi insufficienze respiratorie che di per sé non giustificano la previsione di una alta specialità.

Le altre alte specialità ospedaliere non sono ben delineate. L’Unità spinale viene prevista con soli 6 posti letto una dimensione davvero inadeguata per una struttura interregionale di qualità. Ma in questo caso la colpa è soprattutto del Piano sanitario regionale. Occorre integrare la proposta per arrivare almeno a 20 posti letto con la previsione di una unità spinale bipolare che veda lo sviluppo dell’assistenza in due poli, uno dei quali si occupa della fase acuta e l’altro della fase post-acuta.

Viene prevista inoltre, come già rilevato, l’unità neuromotoria intensiva (non prevista dalle linee guida nazionali e dalle altre regioni italiane) che assistono sia mielolesi (unità spinale) sia cerebrolesi (unità gravi cerebrolesioni) cosa clinicamente sbagliata.