

## **Osservazioni alla Proposta di Progetto Obiettivo Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post acuzie nelle Marche**

Riportiamo di seguito le note del 18 ottobre e 22 gennaio 2006 inviate dal Gruppo Solidarietà alla V Commissione Consiliare (sanità e servizi sociali) in merito alla proposta di Progetto Obiettivo *sulla riabilitazione e della post acuzie nelle Marche*. L'offerta residenziale extraospedaliera ed ospedaliera è strettamente collegata. Senza un intervento di sistema complessivo ogni ipotesi di riordino non può che risultare contraddittoria e incompleta.

---

### **Nota del 18 ottobre 2006**

Considerato che nei giorni scorsi la V Commissione ha ripreso l'esame del provvedimento alleghiamo nuovamente le osservazioni formulate lo scorso 22 gennaio. Di seguito riportiamo una sintesi dei punti - nel caso il Progetto Obiettivo venisse approvato così come deliberato dalla giunta - che riteniamo opportuno modificare. Ci auguriamo fermamente che la Commissione analizzi con l'attenzione dovuta un atto di estrema importanza. Da molto tempo il testo è stato elaborato (ne sono una dimostrazione i vari refusi presenti nel testo deliberato dalla giunta). Non può, però, essere questa una ragione sufficiente per approvarlo senza le adeguate modifiche.

### **Lungodegenza**

- a) **Dotazione di posti letto.** Il PSR 2003-2006 prevedeva la realizzazione di 648 p.l. (0,50 per mille abitanti). La delibera 163 ha ridotto i posti portandoli a 487 (0,32 per mille abitanti). Riteniamo che le indicazioni del Piano debbano essere mantenute (riportando nel contempo alla funzione prevista molte delle attuali RSA anziani funzionanti che impropriamente svolgono funzioni assimilabili a quelle della lungodegenza). Se però la regione intende ridurre tale dotazione deve essere esplicitamente affermata.
- b) **Numero minimo di posti letto.** Non identificando un numero minimo di posti letto (noi indichiamo almeno 15), si permetterà di avere posti classificati come lungodegenza, ma non di essere in presenza di "reparti" di lungodegenza. Ciò significa che sostanzialmente cambierà solo la classificazione dei posti (da acuti a post acuti). Nulla cambierà per i malati che non si accorgeranno di essere passati da un reparto per acuti ad uno di lungodegenza.

### **Riabilitazione**

- a) **Prestazioni ambulatoriale e domiciliari delle strutture private.** Le tariffe per prestazioni intermedie non risulta siano mai state emanate.
- b) **Riabilitazione in regime ADI.** Il PO non fa alcun riferimento alla erogazione di queste prestazioni in regime ADI. Ricordiamo che tali prestazioni - molto importanti - non sono erogate in tutte le Zone sanitarie. Il PO dovrebbe prevederne l'obbligatorietà dell'erogazione.
- c) **Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera intensiva.** Il PO - se non modificato - lascerà la grande ambiguità della mancata distinzione tra prestazioni - non assimilabili - come quelle erogate in ambito ospedaliero ed extraospedaliero. Invece di correggere le sbagliate indicazioni del Piano sanitario le si conferma.
- d) **I posti letto.** La grande carenza di posti letto è suffragato dall'alto tasso di mobilità ospedaliera per motivi di riabilitazione. Il Piano non offre indicazioni precise rispetto ai posti letto ospedalieri (attualmente sono 287, con 4 Zone sanitarie che non dispongono di posti letto e 2 che hanno 4 posti ciascuna. Se si prendono le indicazioni del PSR (0.50 per mille) ne mancano oltre 400) che si vogliono realizzare e purtroppo non specifica neanche dove. Si tratta di una carenza molto grave. Così come grave è la non previsione di un modulo minimo. Vale il discorso fatto per la lungodegenza.

- e) **Alta specialità ospedaliera in strutture extraospedaliere.** Si arriverà addirittura alla contraddizione terminologica che l'alta specialità ospedaliera potrà essere realizzata in strutture extraospedaliere.
- f) **Ancora nulla sulla Unità Spinale.** Questo servizio è atteso da anni; previsto in tutti gli atti di programmazione. Il PO non aggiunge nulla alla situazione esistente. Grave inoltre che la UGCA-UNI sia destinata anche al trattamento dei *mielolesi* che invece dovrebbero afferire alle Unità spinali.
- g) **Comi persistenti e le Gravi insufficienze respiratorie.** Anche in questo non esiste indicazione di un modulo minimo. Si prevedono dotazioni da 5 posti letto.
- h) **Rsa disabili.** Si veda documento E' davvero indecoroso, che si possano attivare tali strutture all'interno di strutture assistenziali per anziani.
- i) **Riabilitazione in età evolutiva.** Non ne viene fatto cenno.

Per tutti questi motivi chiediamo che vengano apportate le opportune modifiche al provvedimento. Atteso da anni, in via di predisposizione nella precedente legislatura non merita che venga approvato con questa formulazione.

---

### **Documento del 22 gennaio 2006**

In premessa si segnalano alcuni errori.

- a) Il riferimento alla DGR 1119/2004 (la proposta di giunta) che è stata approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 163 del 19/1/2005 da p. 7 in avanti;
- b) la scadenza al punto 10 di p. 9, al 31.12.2005;
- c) a pag. 15 l'indicazione del "Dipartimento servizi alla persona" invece del "Servizio salute";
- d) a pag. 23, il riferimento è all'Accordo 2004. Il 12.12.05 è stato firmato l'accordo 2005, si vedano le conseguenti indicazioni temporali e gli impegni del DSPC ora "Servizio salute".

**Linee guida lungodegenza** (p.10-17). Un primo aspetto riguarda **il numero di posti letto e la dotazione minima di un modulo**. Va segnalato che la dotazione dei letti previsti nel PSR 2003-2006 (648) che rispettava l'indicazione dei 0,5 p.l. (ricomprendendo se pur impropriamente gli 87 di Hospice che sono posti letto extraospedaliere) per 1000 abitanti è stata fortemente diminuita dalla D.A n.163, che riduce i p.l. di 161 unità (487 invece di 648). Una riduzione che può essere giustificata solo con l'improprio mantenimento della funzione di lungodegenza anche di gran parte delle strutture classificate come RSA anziani. Sarebbe pertanto opportuno mantenere come obiettivo le indicazioni del PSR e destinare le RSA alla funzione prevista dalla normativa vigente (gestione di malati non autosufficienti stabilizzati non assistibili a domicilio che richiedono un'intensità assistenziale alta a causa della patologia cronica multiproblematica).

Riguardo la dotazione minima appare inconcepibile che un atto di programmazione possa prevedere (p. 17) 2, 5, 6 posti letto (ovvero 1-2 camere). Un'idea che nasconde una concezione di questo servizio assolutamente da respingere. Tali dotazioni segnalano l'assenza di un modello di riferimento della L.G. post acuzie. Si ricorda che precedenti bozze di L.G. indicavano moduli minimi da 15 posti letto.

Si chiede pertanto che nell'atto debba essere definito un modulo minimo di lungodegenza (si ritiene inoltre poco utile, se non per aumentare la confusione, che tale dizione sia modificata con l'utilizzo di Area di degenza post acuzie) con conseguente definizione degli standard di personale assegnato. Si segnala inoltre che seppur al punto d) di pag. 12 si indica tra i problemi di esclusione "paziente in fase post acuta per il quale prevale l'esigenza di un'assistenza di tipo riabilitativo"; in Zone nelle quali sono attivati posti di LG (ed in carenza di posti letto di riabilitazione) gli stessi vengono concepiti come "Lungodegenza riabilitativa" e ad essa inviati i soggetti sopra indicati.

Proprio in riferimento alla lungodegenza nei mesi scorsi così scrivevamo alla regione, e alla luce del PO non possiamo che confermare, "Riteniamo che debba essere contestuale all'avvio

della lungodegenza la definizione di modello che non può prescindere da un numero minimo di posti letto e soprattutto dalla modalità con cui vengono gestiti. Un automatico passaggio dalla funzione di medicina generale a quella di lungodegenza gestita con lo stesso personale è probabile che produca solo uno spostamento statistico dai letti per acuti a quelli della post acuzie con ben pochi benefici per i malati ricoverati”.

Al punto 2.2.2. *Criteri di esclusione*. Si indica il “paziente per il quale si prevede una degenza di durata superiore a tre mesi”. Riteniamo che tale criterio rischi comunque di penalizzare soggetti che necessitano di interventi che non possono essere erogati in altra sede. Peraltro l’abbattimento del 30% della tariffa al 60° giorno di degenza con conseguenti dimissioni entro tale data (se è funzionale a scoraggiare abusi da parte delle strutture) determina molti problemi in termini di garanzia delle cure a soggetti che anche dopo tale periodo necessitano di assistenza non erogabile in regime extraospedaliero.

**Nuovi modelli organizzativi nelle attività di medicina riabilitativa** (p. 18-35) e **II riordino delle strutture di riabilitazione** (da p. 36). A p. 23 si fa riferimento a prestazioni *intermedie* distinte da *quelle complesse*. In realtà non pare che attualmente esista un tariffario per le prestazioni “intermedie” (si veda l’accordo 2005 tra regione e strutture di riabilitazione, DGR 1593/2005). Rimane inoltre il problema della carenze nelle Zone territoriali delle prestazioni riabilitative all’interno dell’ADI, che determina la non fruizione di interventi riabilitativi domiciliari. In questo senso non ci sono indicazioni nel PO.

Per quanto riguarda il riordino delle strutture di riabilitazione non si possono che confermare i rilievi critici formulati in occasione della predisposizione del PSR.

Il PO riprende le indicazioni del PSR 2003-2006 che in maniera fuorviante non distingue tra riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera operando invece la distinzione tra “intensivo” ed “estensivo”. Come avevamo più volte fatto notare si è trattato di una operazione subdola volta allo scopo di far figurare il raggiungimento dei 0,5 p.l. per mille abitanti (744), mantenendo di fatto inalterata l’offerta ospedaliera di circa 200 posti aggiungendone altri 470 dati dalla somma di posti letto extraospedalieri intensivi (circa 240) ed estensivi (circa 230).

La richiesta è dunque quella di distinguere la riabilitazione ospedaliera da quella extraospedaliera (distinta in intensiva ed estensiva) definendo con chiarezza standard e funzione delle une e delle altre.

Per quanto riguarda la prima funzione l’attuale offerta è del tutto carente; fuorviante è pure l’indicazione contenuta a p. 18, quando si stima in 80 i p.l. necessari per “coprire” l’utenza che si rivolge al di fuori della regione Marche. Tale numero non andrebbe confuso con il numero di posti ospedalieri di riabilitazione necessari nell’intero territorio regionale. Molti utenti, infatti, che avrebbero i requisiti per un trattamento riabilitativo ospedaliero, in carenza di posti, viene attualmente inviato in strutture extraospedaliere (anche estensive) o rimandato al domicilio con il supporto, quando presente, di riabilitazione domiciliare.

La situazione attuale (confermata ora dal PO) non produce altro che confusione tra i vari livelli con una assimilazione di funzioni tra servizi diversi (riabilitazione ospedaliera e intensiva extraospedaliera). Va segnalata inoltre la contraddittorietà della previsione di funzioni di alta specialità riabilitativa in strutture extraospedaliere (vedi pag. 37 e seguenti).

Sempre riprendendo i contenuti del PSR, il PO colloca l’intervento residenziale della Lega del Filo d’Oro tra le alte specialità ospedaliere; si prevedono poi (p. 37) le *Unità per la gravi cerebrolesioni acquisite* distinte in: 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”. Non sembra esserci distinzione tra le due Unità.

Pochissimo spazio il PO dedica invece alla Unità Spinale la cui realizzazione si attende da anni con gravi ricadute per le persone con lesione spinale costrette a ricorrere a strutture fuori regione o ad effettuare gli interventi in strutture inadeguate del territorio regionale. Si fa presente inoltre che la UGCA-UNI è destinata anche al trattamento di *craniolesi e mielolesi* che invece dovrebbero afferire alle Unità spinali.

Anche riguardo le “Alte specialità”, “Comi persistenti e le Gravi insufficienze respiratorie” valgono le considerazioni della dotazione minima per la lungodegenza e la riabilitazione ospedaliera, con la previsione di soli 5 posti letto (oltre alla considerazione dell’inserimento di queste Unità nell’alta specialità).

Nei p.l. di riabilitazione (come per la lungodegenza) si prevedono dotazioni di p.l. da 4, 5. Non si può che ribadire la richiesta che anche per la riabilitazione ospedaliera venga definito un modulo minimo (che può essere di almeno 15) con il relativo personale di riferimento. La possibilità di assegnare p.l. di riabilitazione all'interno di altri reparti contraddice la specificità dell'intervento riabilitativo che non può prescindere da una impostazione riabilitativa *di struttura*. Rispetto alle tabelle di pag. 42-45, non vengono indicate nelle proposte per area vasta la collocazione, il numero dei posti per struttura e se si tratta di riabilitazione ospedaliera o extraospedaliera. Sono pertanto di scarsa utilità.

**RSA Disabili**. La tabella di p. 47 non risulta corretta. La Struttura di Serra S. Quirico non è una RSA disabili (rientra nel progetto "dopo di noi" ed ha un'autorizzazione sociale). A Pesaro esiste la struttura *RSA Tomasello* che dovrebbe aver una autorizzazione come RSA disabili. Inoltre nessun lavoro è stato avviato rispetto alle indicazioni del Piano (differenziazione dei moduli assistenziali RSA/RP) e soprattutto per le RSA disabili non si è proceduto alla definizione di alcun modello di riferimento. Con la stessa classificazione esistono strutture completamente differenti. Da ultimo sono stati autorizzati 32 p.l. presso la Struttura "Casa Mia", struttura che ha sempre ospitato e continua ad ospitare soggetti anziani. Questa carenza è molto grave perché denota una totale mancanza di programmazione. Alcune di queste strutture nulla hanno di riabilitativo ed ospitano un'utenza assimilabile a quella delle residenze sociosanitarie previste nella legge 20/2002 (Comunità socio educativa riabilitativa e residenza protetta). Anche in questo caso non si capisce dalle proposte dove dovrebbero essere collocate le nuove RSA.

Si segnala infine che il PO non contiene alcuna indicazione rispetto alle problematiche della riabilitazione in età evolutiva.