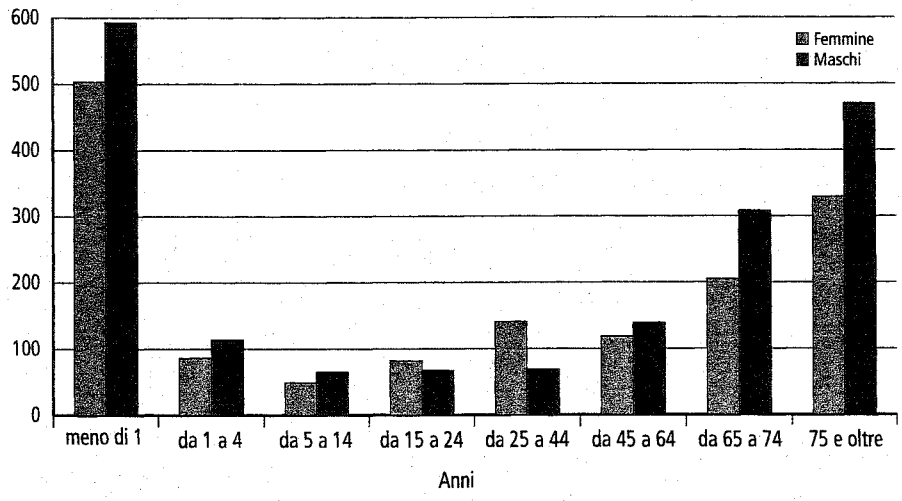


Fonte: Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera

Figura 3 Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso. Ricoveri per acuti in regime ordinario - Anno 2003 (dati per 1.000 abitanti).

dotta negli ultimi anni, passando da 7,1 giorni nel 1998 a 6,7 nel 2002 e nel 2003. In particolare, nelle discipline per acuti in regime ordinario i valori più bassi si registrano nell'area meridionale del Paese (5,4 in Campania, 5,6 in Sicilia e 5,9 in Puglia) (**Tabella 3**). A livello internazionale l'Italia si colloca in una posizione intermedia, insieme alla Germania e al Portogallo.

4.4 Valutazione critica

Dai dati illustrati si rileva una sostanziale tendenza alla riduzione del ricovero ordinario sia per un potenziamento del ricovero diurno sia per un aumento della cura extraospedaliera di quelle patologie (in particolare croniche), che possono essere adeguatamente trattate in sede ambulatoriale o domiciliare. È importante riqualificare il ruolo dell'Ospedale come centro per la cura delle patologie acute più complesse, affiancando allo stesso una rete di servizi territoriali che può rispondere in modo adeguato alle esigenze di assistenza socio-sanitaria, quali ad esempio la cura del paziente anziano, affetto da diverse patologie di tipo cronico. L'obiettivo, in questo ambito, è quello di completare il processo di riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, convertire la funzione di alcuni Ospedali minori, attivare l'ospedalità a domicilio e portare l'Ospedale alla funzione di centro di alta specializzazione e di eccellenza.

Altro tema che emerge è la necessità di una ricerca accurata ed approfondita all'appropriatezza organizzativa, ossia della individuazione della sede più idonea per il trattamento sanitario necessario. Andranno promosse indicazioni condivise sui percorsi di cura e sulle sedi allocative delle prestazioni sanitarie. Passi in avanti sono stati già fatti con l'*Accordo Stato Regioni*

Tabella 3 **Degenza media regime ordinario - Acuti - Strutture publiche e private accreditate**

Regione	2000 Indicatore	2002 Indicatore	2003 Indicatore
Piemonte	8,2	8,0	7,9
Valle d'Aosta	9,1	9,3	8,8
Lombardia	7,0	6,6	6,5
P.A. Bolzano	6,9	6,9	6,6
P.A. Trento	7,1	7,2	7,6
Veneto	8,1	7,9	7,9
Friuli Venezia Giulia	7,6	7,6	7,7
Liguria	7,9	7,7	7,8
Emilia Romagna	7,0	6,9	6,7
Toscana	7,5	7,4	7,4
Umbria	6,3	6,4	6,4
Marche	7,1	6,9	7,0
Lazio	7,7	7,6	7,6
Abruzzo	6,6	6,2	6,0
Molise	6,9	6,8	7,0
Campania	5,8	5,4	5,4
Puglia	5,8	5,8	5,9
Basilicata	6,3	6,6	6,7
Calabria	6,2	6,1	6,1
Sicilia	5,8	5,6	5,6
Sardegna	6,8	6,7	6,7
ITALIA	**7,0**	**6,7**	**6,7**

Fonte: Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera

dell'1 agosto 2002 che ha emanato Linee guida per le attività di day surgery, e con il *D.P.C.M. 29 novembre 2001* di definizione dei livelli essenziali di assistenza.

4.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

La rete ospedaliera è organizzata dalla Regione, sulla base di standard nazionali fissati, in particolare, dall'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come modificato, da ultimo, dall'art. 3, comma 4, della decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria". Gli standard vigenti riguardano, in particolare l'obbligo di una dotazione media, regionale, di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie, nonché il tasso di utilizzazione dei posti letto delle singole unità operative non inferiore al 75%, e il tasso di ospedalizzazione del 160 per mille abitanti. È prevista, inoltre, l'organizzazione dipartimentale delle strutture ospedaliere. Normativa di riferimento per la riorganizzazione della rete ospedaliera.

• **Decreto del Presidente della Repubblica** 20 ottobre 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali". Stabilisce le finalità dell'assistenza diurna ospedaliera e indirizza le Regioni ad istituire nelle diverse unità operative ospedaliere un numero di posti di degenza diurna non inferiore al 10% del numero di posti letto di dotazione ordinaria. Sono inoltre indicati, per eventuali provvedimenti in termini organizzativi, gli indici ottimali di attività: indice di rotazione compreso tra 1 e 2, funzionamento per non meno di 250 giorni l'anno, tasso di occupazione tendenzialmente vicino al 100%.

• **Legge 18 luglio 1996 n. 382**, di modifica della legge 28 dicembre 1995, n. 549. Incarica le Regioni di emanare un apposito atto programmatorio di carattere generale sulla ristrutturazione della rete ospedaliera al fine di definire le misure atte al raggiungimento degli standard nazionali. La norma fornisce indicazioni per effettuare le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti, le riconversioni e le disattivazioni necessarie con criteri di economicità ed efficienza di gestione. Il legislatore riconosce piena autonomia alle Regioni nell'individuazione dei singoli interventi relativi alle strutture ospedaliere, nel rispetto degli standard complessivi dettati a livello nazionale.

• **Legge 23 dicembre 1996 n. 662**. Stabilisce che i direttori generali delle aziende devono procedere alla disattivazione dei posti letto che negli ultimi 3 anni hanno registrato mediamente un tasso di occupazione inferiore al 75%, fatta eccezione per la terapia intensiva, la rianimazione, le malattie infettive, le unità spinali, le attività di trapianto. La legge prevede inoltre uno standard di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti per il tasso di ospedalizzazione.

• **Decreto legge 18 settembre 2001 n. 347**, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria". Ha rideterminato lo standard dei posti letto per acuti riducendolo a 4 per 1.000 abitanti in dotazione media regionale annua, riconfermando 1 posto letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

• **Linee guida n.1/1996** sull'attività di emergenza. Prevedono un parametro orientativo per i posti letto di terapia intensiva (terapia intensiva, unità coronaria, terapia intensiva neonatale, centro ustioni) pari al 3% del totale dei posti letto disponibili.

• **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000**. Nel capitolo sulle strategie per il cambiamento, considera prioritario il riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria, sia nell'assistenza sia nella allocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale). A tal fine prevede: di potenziare il ricovero diurno; sviluppare gli interventi di riabilitazione e lungodegenza in ambito residenziale e domiciliare, elaborare programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa; adottare misure per garantire l'appropriatezza della sede allocativa degli interventi.

• **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005**. Ha, tra gli obiettivi strategici, la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera, in particolare mirata alla funzione di alcuni Ospedali che dovrebbero essere destinati al primo soccorso e alla diagnosi di base. Obiettivi strategici sono quelli di:
– sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare Centri avanzati di Eccellenza;
– attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i

cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie;
– concordare con le Regioni una metodologia di misura della qualità degli erogatori dei servizi sanitari.

4.6 Indicazioni per la programmazione

Dai dati illustrati si rileva una sostanziale tendenza alla riduzione del ricovero ordinario sia per il potenziamento del ricovero diurno, sia per un aumento della cura extraospedaliera di quelle patologie, che possono essere adeguatamente trattate in sede ambulatoriale o domiciliare (in particolare quelle croniche). Tale tendenza risponde sia all'evoluzione della medicina sia alle stesse esigenze di umanizzazione dell'assistenza. È, infatti, importante riqualificare il ruolo dell'Ospedale come centro per la cura delle patologie acute più complesse, affiancando allo stesso una rete di servizi territoriali. Solo tale rete può rispondere in modo adeguato, coordinandosi con l'Ospedale, alle esigenze di assistenza socio-sanitaria, quali ad esempio la cura del paziente anziano affetto da diverse patologie di tipo cronico, delegate, in passato, all'Ospedale. L'obiettivo, in questo ambito, è quello di completare il processo di riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e portare l'ospedale alla funzione di centro di alta specializzazione e di eccellenza.
Altro tema che emerge è la necessità di una ricerca accurata ed approfondita all'appropriatezza allocativa, ossia alla individuazione della sede più idonea per il trattamento sanitario necessario. Non è possibile, infatti, che semplici operazioni chirurgiche, come la decompressione del tunnel carpale o la legatura e stripping delle vene, possano essere ancora effettuate in ricovero ordinario. Vanno, quindi, sviluppate indicazioni condivise sui percorsi di cura e sulle sedi allocative delle prestazioni sanitarie. Un primo passo in avanti è stato già fatto con l'*Accordo Stato Regioni dell'1 agosto 2002* che ha emanato Linee guida per le attività di day surgery. L'allegato dell'Accordo identifica oltre 700 interventi chirurgici e procedure eseguibili, previo giudizio clinico, in regime di day surgery in alternativa al regime ordinario.
Se queste sono le tendenze che si rilevano, è importante che vi siano indirizzi programmatori finalizzati a guidare e favorire l'ulteriore sviluppo della deospedalizzazione e dell'appropriatezza allocativa. Questi indirizzi sono, infatti, contenuti sia nel *D.P.C.M. 29 novembre 2001* di definizione dei livelli essenziali di assistenza, sia nell'ambito degli strumenti di monitoraggio del sistema di garanzia degli stessi livelli.

5 Assistenza ospedaliera riabilitativa e lungodegenza

5.1 Introduzione

L'aumento dei gravi traumatismi accidentali, assieme ad una maggiore sopravvivenza resa possibile dai progressi avvenuto in campo medico, produce ed evidenzia una crescente domanda di prestazioni riabilitative.
Già nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, si indicava lo sviluppo degli interventi di riabilitazione come obiettivo prioritario per il triennio e si evidenziava l'approccio multidimensionale e plurispecialistico dell'attività riabilitativa. Il Piano sollecitava l'importanza dell'intervento in fase precoce, che facilita il recupero di competenze funzionali e lo sviluppo di competenze sostitutive, al fine del raggiungimento della massima autonomia possibile, in particolare nell'età evolutiva, negli anziani e nei neurolesi post-traumatici.
A conferma di ciò, anche il Piano Sanitario nazionale 2003-2005 tra i suoi obiettivi generali insiste sulla necessità di sviluppare la riabilitazione con attivazione di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, funzionamento in rete dei servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalità di offerta (ospedaliera, extraospedaliera, residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

5.2 Presentazione dei dati

L'attività ospedaliera erogata nelle discipline di recupero e riabilitazione funzionale, neuroriabilitazione, lungodegenza e unità spinale è in sensibile crescita negli anni recenti, e viene effettuata in circa 31.000 posti letto equamente distribuiti tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. L'ammontare dei posti letto, per degenza ordinaria e per day hospital, è cresciuto – sia in termini assoluti che in rapporto all'offerta ospedaliera nel complesso (posti letto totali), superando la quota dell'8%.
La disponibilità di posti letto sulla popolazione residente si attesta sullo 0,5‰, e perciò, nonostante l'incremento verificatosi negli ultimi anni, lo standard previsto dalle normative nazionali (1 per 1.000) rimane ancora lontano. Nel complesso nell'anno 2002 ci sono stati circa 392.000 ricoveri per riabilitazione e lungodegenza con oltre 10,0 milioni di giornate di degenza. I ricoveri ospedalieri nelle discipline di riabilitazione e lungodegenza rappresentano circa il 3% dell'ammontare complessivo dei ricoveri.
Il tasso di ospedalizzazione è in crescita negli ultimi anni e nel 2002 è pari al 5,7 per 1.000. Si registrano sostanziali differenze a livello regionale: i valori minimi si trovano in Sardegna (1,0 per 1.000) e in Sicilia (2,1) e i valori massimi in Abruzzo (9,2), in Emilia Romagna (9,3) e nella Provincia Autonoma di Trento (13) (**Tabella 1**).

Tabella 1 **Tassi di ospedalizzazione per discipline di riabilitazione e lungodegenza**

Regione di erogazione	Tasso di ospedalizzazione (x1000)	
	2001	2002
Piemonte	7,11	8,02
Valle d'Aosta	2,4	2,71
Lombardia	7,94	9,07
P.A. Bolzano	4,62	5,79
P.A. Trento	13,57	12,98
Veneto	7,19	7,3
Friuli Venezia Giulia	3,38	3,22
Liguria	2,79	4,26
Emilia Romagna	8,74	9,33
Toscana	2,75	3,32
Umbria	1,92	2,43
Marche	3,06	4,22
Lazio	4,73	5,81
Abruzzo	7,34	9,2
Molise	3,15	3,98
Campania	3,03	4,46
Puglia	2,72	2,82
Basilicata	2,35	2,67
Calabria	3,58	4,73
Sicilia	1,53	2,15
Sardegna	0,83	1,01
ITALIA	**4,94**	**5,75**

Fonte: Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera

Nel ricovero ordinario l'indicatore di permanenza media nella strutture è pari a 26,3 giorni ed è sostanzialmente stabile da alcuni anni, anche se riflette situazioni diversificate tra settore pubblico, in aumento, e settore privato, in diminuzione (**Tabella 2**).

Le cause più frequenti di ricovero nelle discipline di riabilitazione sono attribuibili alle malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, alle malattie del sistema nervoso e alle malattie dell'apparato circolatorio.

L'assistenza riabilitativa viene erogata in strutture e servizi sanitari collocati a diversi livelli: ospedaliero (in ricovero ordinario e diurno) distrettuale (ambulatoriale e domiciliare) ed extraospedaliero residenziale (a ciclo continuativo o diurno, ad esempio in strutture specifiche di riabilitazione).

In ambito ospedaliero gli interventi vengono realizzati in reparti autonomi muniti di posti letto oppure in servizi di recupero e riabilitazione funzionale afferenti alle diverse unità operative ed in lungodegenze. Nei reparti ad alta specialità riabilitativa (unità spinali, reparti per gravi T.C.E. e cerebrolesioni acquisite) la riabilitazione è parte integrante dell'organizzazione di tali unità operative.

Tabella 2 Degenza media nei reparti di riabilitazione

Regione	2002 Ordinario	2002 Diurno
Piemonte	30,1	30,2
Valle d'Aosta	–	–
Lombardia	20,8	21,1
P.A. Bolzano	27,7	28,3
P.A. Trento	18,6	18,4
Veneto	21,3	22,5
Friuli Venezia Giulia	28,3	25,2
Liguria	26,4	21,5
Emilia Romagna	26,2	29,0
Toscana	26,4	22,9
Umbria	19,5	18,5
Marche	38,7	37,7
Lazio	42,4	42,8
Abruzzo	20,9	17,0
Molise	35,0	37,4
Campania	30,5	30,6
Puglia	22,9	26,8
Basilicata	26,1	27,4
Calabria	23,6	27,1
Sicilia	32,5	28,1
Sardegna	61,5	39,1
ITALIA	**26,3**	**26,3**

Fonte: Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera

Per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni riabilitative in ambito territoriale sono previsti i seguenti modelli organizzativi.

- Centri ambulatoriali di riabilitazione: vi si svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità, con un apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva.
- Presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo: dove si interviene nella fase immediatamente post-acuta per il recupero degli esiti di episodi acuti e di funzioni lese o menomate.
- Residenze sanitarie assistenziali: dove ai soggetti non autosufficienti con esiti stabilizzati di patologie fisiche, psichiche, sensoriali e miste non assistibili a domicilio viene prestata un'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa di medio livello, accompagnata da un livello alto di tutela assistenziale ed alberghiera.

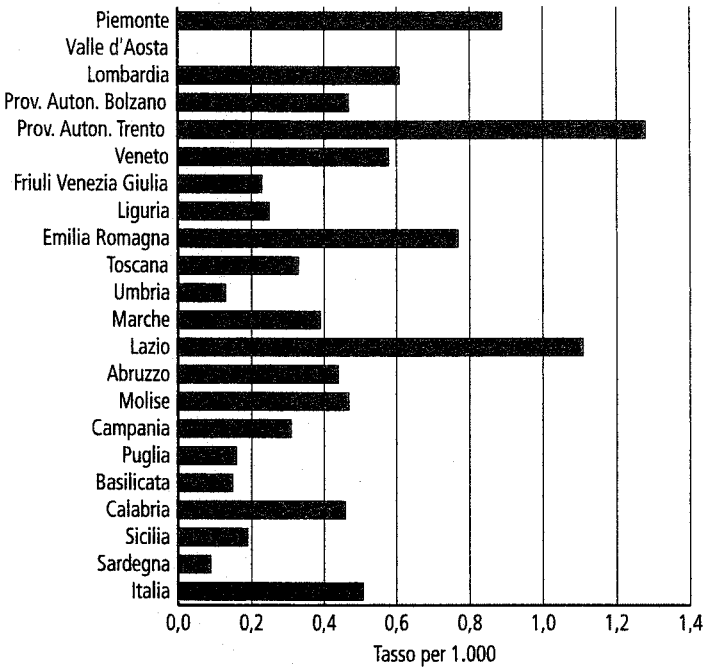
5.3 Analisi quantitativa

A livello regionale si riflettono situazioni alquanto diversificate: in Veneto, Liguria, Umbria, Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia si evidenzia una palese predominanza del settore pubblico su quello privato, mentre nel Lazio, in Campania e in Calabria la predominanza è a favore del settore privato. D'altra parte l'impegno pubblico si va concentrando, con il costante aumento della percentuale di strutture ospedaliere che svolgono esclusivamente attività di riabilitazione (passate dal 3,6% del 1998 al 5,8% del 2003).

Escludendo la Valle d'Aosta, che non ha posti letto dedicati alla riabilitazione ospedaliera, le regioni centro-meridionali (con l'eccezione del Lazio) si caratterizzano per un valore dell'indicatore inferiore allo 0,5‰. La Provincia Autonoma di Trento, il Piemonte, l'Emilia Romagna ed il Lazio superano lo 0,7‰ (**Figura 1**).

L'attività di riabilitazione, neuroriabilitazione ed unità spinale viene erogata quasi esclusivamente in regime di degenza ordinaria. Poco meno del 10% dei posti, pari a circa 2.100 su 21.400, sono dedicati alle prestazioni in modalità diurna. Oltre alla Valle d'Aosta e alla Provincia Autonoma di Bolzano anche il Friuli Venezia Giulia, le Marche, la Basilicata e la Sardegna hanno un numero pressoché nullo di posti dedicati al ricovero diurno.

I reparti di riabilitazione dispongono di circa 20.000 posti letto, pari allo 0,3 per 1.000 abi-



Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

Figura 1 Posti letto per 1.000 abitanti. Nei reparti di riabilitazione, neuroriabilitazione, lungodegenza e unità spinale - Anno 2002.

Tabella 3 **Posti nei centri di riabilitazione ex art. 26 - Anno 2003**

Regioni	Posti in centri di riabilitazione ex art. 26	Posti in centri di riabilitazione ex art. 26 convenzionati	Totale posti	Posti per 100.000 abitanti
Piemonte	154	45	199	4,7
Valle d'Aosta	0	0	0	0,0
Lombardia	5.137	1.676	6.813	74,8
P.A. Bolzano	131	6	137	29,3
P.A. Trento	87	11	98	20,3
Veneto	321	470	791	17,3
Friuli Venezia Giulia	156	350	506	42,5
Liguria	358	177	535	34,0
Emilia Romagna	349	35	384	9,5
Toscana	847	790	1.637	46,6
Umbria	20	28	48	5,8
Marche	663	173	836	56,3
Lazio	1.848	2.330	4.178	81,2
Abruzzo	758	503	1.261	99,0
Molise	273	20	293	91,3
Campania	1.403	2.628	4.031	70,4
Puglia	810	468	1.278	31,8
Basilicata	450	0	450	75,4
Calabria	735	170	905	45,1
Sicilia	757	1.273	2.030	40,8
Sardegna	679	801	1.480	90,4
ITALIA	**15.936**	**11.954**	**27.890**	**48,7**

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

tanti, ed i reparti per l'unità spinale offrono 423 posti letto, per lo più ubicati nelle regioni settentrionali del Paese (110 in Lombardia, 65 in Veneto, 60 in Emilia Romagna e 50 in Toscana). Per il settore della lungodegenza ci sono oltre 9.500 posti letto, corrispondenti allo 0,17 ogni 1.000 abitanti. I valori più alti dell'indicatore si registrano in Veneto, in Emilia Romagna e nel Lazio.

I centri di riabilitazione ex art. 26 L.833/1978 sono strutture extraospedaliere che erogano prestazioni riabilitative in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Non sono completamente dedicati all'assistenza riabilitativa dei soggetti disabili in quanto, in alcune realtà, forniscono assistenza riabilitativa territoriale anche nei confronti di pazienti appena dimessi dalle strutture ospedaliere che necessitano di assistenza in fase post-acuzie.

Sono 775 su tutto il territorio nazionale, di cui il 25% pubblici, e dispongono di quasi 16.000 posti letto per l'attività residenziale e quasi 12.000 posti letto per l'attività semiresidenziale. La dislocazione regionale è particolarmente disomogenea: l'indicatore di posti letto per attività residenziale e semiresidenziale, espresso sulla popolazione residente, a fronte di un valore medio nazionale di 48,7 per 100.000 abitanti, varia dal 4,7 della regione Piemonte al 99 della regione Abruzzo. La regione Valle d'Aosta non dispone di strutture di riabilitazione e la regione Basilicata non eroga prestazioni di tipo semiresidenziale (**Tabella 3**).

Considerando le diverse tipologie di assistenza, si evidenzia che la dinamica delle attività svolte ambulatoriamente è stata nell'ultimo quinquennio in costante e deciso aumento, mentre quella a carattere residenziale e semiresidenziale è sostanzialmente stabile (**Tabella 4**).

Al loro interno il peso maggiore lo hanno rispettivamente, la riabilitazione neurologica, di neuropsichiatria infantile e motoria, per il regime ambulatoriale, e la riabilitazione motoria e neurologica per il regime di assistenza residenziale e semiresidenziale.

5.4 Valutazione critica

Dall'analisi complessiva dei dati emerge una situazione alquanto insoddisfacente dal punto di vista della dotazione di risorse dedicate alla riabilitazione e lungodegenza ospedaliera.

Per un confronto più accurato della variabilità regionale nelle dotazioni strutturali e nelle attività erogate soprattutto per quanto attiene l'as-

Tabella 4 **Dinamica delle diverse tipologie di assistenza negli anni 1998-2003**

Anno							
Utenti in regime di assistenza residenziale e semiresidenziale (per 100.000 abitanti)							
1998	28,19	3,86	33,01	33,03	13,55	2,39	10,41
1999	26,75	3,68	41,07	42,17	12,09	5,77	14,12
2000	26,40	4,03	38,09	29,04	10,34	4,15	10,10
2001	26,85	5,12	43,02	30,54	16,89	5,02	12,96
2002	43,50	4,90	40,24	32,10	12,45	4,47	10,84
2003	25,94	5,34	39,04	32,32	11,82	4,46	10,53
Accessi ambulatoriali (per 100.000 abitanti)							
1998	664,37	34,60	2.061,41	2.423,71	2.193,84	55,92	870,27
1999	956,20	50,61	2.233,71	2.497,70	2.508,28	82,98	982,17
2000	1.090,47	37,86	2.258,20	2.489,01	2.667,92	99,22	1.395,44
2001	1.194,70	23,97	3.830,29	3.155,60	3.056,72	79,25	1.043,10
2002	1.458,04	38,48	2.540,83	4.128,08	3.663,97	63,17	1.298,55
2003	1.147,39	63,19	2.720,22	9.580,72	3.612,74	65,50	1.326,12

Fonte: Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario

sistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale si è in attesa di disporre di un sistema informativo sanitario più completo e puntuale.

5.5 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

Assistenza ospedaliera riabilitativa

I riferimenti normativi riportano, già dalla legge n. 549/1995, lo standard di dotazione media regionale di 1 posto letto ospedaliero per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

• Provvedimento della Conferenza Stato Regioni del 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione", nelle quali si distinguono gli interventi di riabilitazione nelle fasi intensive ed estensive, e stabiliscono la necessità di un progetto riabilitativo individuale. Individuano, inoltre, i diversi nodi della rete dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri coinvolti.

• Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, capitolo relativo alle strategie per il cambiamento. Il piano considera prioritario il riequilibrio tra i livelli di assistenza sanitaria, sia nell'assistenza sia nella allocazione delle risorse (dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale). Sugli interventi di riabilitazione pone una serie di obiettivi generali: garantire la continuità assistenziale; assicurare l'efficacia delle prestazioni; articolare i livelli di intensità delle prestazioni tenuto conto della natura dei bisogni.

• Decreto legge 18 settembre 2001 n. 347 convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria". Ha stabilito lo standard dei posti letto per acuti a 4 per 1.000 abitanti in dotazione media regionale annua e 1 per 1.000 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

• Accordo 4 aprile 2002 tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome concernente "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni (SIAT)", mirato a fornire indicazioni per l'organizzazione del sistema, nell'ambito delle unità spinali, dei centri trauma, dei presidi ospedalieri che afferiscono al SIAT, e anche a definire il percorso di cura, nella fase dell'emergenza extraospedaliera, fase acuta ospedaliera, fase post-acuta, fase degli esiti.

• Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Nella seconda parte, tra gli obiettivi generali, nomina "sviluppare la riabilitazione" e sottolinea per il soggetto gravemente traumatizzato l'importanza della tempestività di trattamento già durante il ricovero nelle strutture di emergenza. Indica inoltre la necessità della presa in carico del paziente da parte delle unità operative di alta specialità riabilitativa per assicurare la continuità del processo terapeutico assistenziale.

Assistenza extraospedaliera riabilitativa

Le fonti normative che disciplinano l'attività di riabilitazione dei confronti dei soggetti disabili, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, di-

sciplinano i modelli organizzativi adottati dalle Regioni e sottolineano l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria.

• A partire dall'art. 26 della Legge 833/1978, dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), dalle Linee guida per l'attività di riabilitazione del 1998, e dalla legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, fino ad arrivare al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) ed al D.P.C.M. 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, gli aspetti della "diversificazione dell'offerta" di servizio e dell'integrazione socio-sanitaria nella conduzione del progetto terapeutico individuale sono costantemente messi in rilievo. La presa in carico globale del paziente che tiene conto, oltre che della tipologia e gravità della menomazione e della conseguente disabilità anche dello specifico ambiente familiare, scolastico, lavorativo e sociale del soggetto, mira a ridurre le limitazioni e ad amplificare le risorse presenti nel contesto, in vista dell'obiettivo di portare la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative.

• Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2005 sottolinea gli obiettivi da perseguire quali la garanzia dell'unitarietà dell'intervento riabilitativo mediante un approccio multidisciplinare e la predisposizione di un progetto riabilitativo personalizzato, al fine di consentire il livello massimo di autonomia fisica, psichica e sensoriale. Ciò implica l'attivazione di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, funzionamento in rete di servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalità di offerta (ospedaliera, extraospedaliera, residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

5.6 Indicazioni per la programmazione

Dai dati riportati, si evince che l'attuale dotazione di posti letto ospedalieri dedicati all'assistenza riabilitativa rimane al di sotto degli standard stabiliti dalla normativa. In realtà, in quest'ambito l'invecchiamento demografico e lo sviluppo degli strumenti tecnologici rendono del tutto insufficiente individuare nell'Ospedale la sede elettiva delle attività riabilitative. Vanno pertanto sviluppate reti integrate, di servizi a valenza plurispecialistica, finalizzate alla continuità e all'efficacia assistenziale, nonché alla specifica differenziazione in ordine ai problemi di salute. Per le disabilità più gravi o croniche, occorre individuare percorsi socio-sanitari.

Le indicazioni della programmazione prevedono, pertanto, lo sviluppo della rete riabilitativa, diversificata in ordine ai vari bisogni di salute, nonché la creazione di percorsi di cura integrati ed appropriati.

I lavori preparatori del D.P.C.M. 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza hanno messo in luce la difficoltà di individuare e denominare le specifiche attività e prestazioni svolte all'interno dell'area della riabilitazione extraospedaliera e l'esigenza di affinare l'attuale livello di analisi, soprattutto ai fini della verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi.

Uno sforzo in questa direzione va fatto per individuare un confine tra l'attività sanitaria e quella socio-assistenziale che rappresenta, in ogni caso, un primo ed irrinunciabile passo per classificare in modo omogeneo le strutture di offerta, per dare un nome ed una qualificazione alle attività effettivamente svolte e per interrogarsi sulla loro reale funzione ed utilità. Considerato il rilievo che il settore sta assumendo e assumerà nel prossimo futuro, in relazione al peso crescente della popolazione anziana, in termini di domanda di prestazioni, di organizzazione dei servizi e di impegno economico, le strutture e gli enti del SSN, e in primo luogo il Ministero della Salute e le Regioni, dovranno predisporre nuovi strumenti conoscitivi (rilevazione dei dati strutturali, di attività, di costo e di risultato) e di intervento (sulle procedure di accesso, sui percorsi terapeutici appropriati, sulla valutazione degli outcome, sulla remunerazione degli erogatori) che consentano di fornire una risposta adeguata sotto il profilo sia quantitativo sia, soprattutto, qualitativo.