

LA RIABILITAZIONE IN SARDEGNA: ANALISI, CRITICITÀ E PROPOSTE (SINTESI DEL DOCUMENTO)

1. PREMESSA
2. ALCUNI NUMERI SULLA RIABILITAZIONE
3. GLI OBIETTIVI DA CONDIVIDERE
4. SITUAZIONE DI FATTO
5. CONDIZIONI PER IL RIORDINO E PROPOSTE DELLA CISL

1) PREMESSA

L'azione di governo e di programmazione del sistema socio-sanitario regionale deve dare risposte concrete - secondo la CISL regionale, la FNP, la FPS e la CISL MEDICI - ai bisogni di salute dei cittadini sardi. Oggi così non è, perché continuano a permanere irrisolti molti problemi strutturali della sanità sarda.

Uno, in particolare, riguarda la riabilitazione, problema fondamentale per i sardi, determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione e da un crescente aumento delle disabilità, soprattutto quelle temporanee che richiedono una maggiore capacità di intervento, per garantire il recupero funzionale e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone interessate.

2) ALCUNI NUMERI SULLA RIABILITAZIONE

Un'indagine effettuata dalla Regione (cfr. deliberazione della Giunta regionale 53/8 del 23 dicembre 2007) sui pazienti inseriti nei centri pubblici e privati della rete territoriale ci consegna i seguenti dati, su un'utenza censita pari a 7.597 assistiti:

- Il 47,8% dei casi è inserita in regime ambulatoriale. Il regime ambulatoriale, indicato come un solo tipo di trattamento all'utente, è presente in tutte le fasce di età.
- Il 40,4% in regime domiciliare. Il regime domiciliare è molto rappresentato come utenza con quote progressivamente crescenti nelle fasce più anziane. Nella fascia di età 19/55 gli utenti in regime domiciliare sono affetti da sclerosi multiple, mentre nelle fasce 66/oltre 75 le tipologie si riferiscono soprattutto a patologie vascolari e al morbo di Parkinson.
- Il 6,5% in regime di seminternato. Il seminternato è un regime quasi esclusivamente riservato alle fasce di età 13/55, quasi tutti soggetti con diagnosi connesse a quadri deficitari.
- Il 5,3% in regime internato. L'internato è un regime in prevalenza utilizzato da utenti con bisogni definibili come socio-sanitari e spesso come socio-assistenziali.

RISPETTO ALLE PATOLOGIE SI EVIDENZIANO LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE:

- Il 30% ha problematiche congenite (circa il 40% degli assistiti presenta caratteristiche di alto impegno riabilitativo).
- Il 20% ha problematiche neurologiche di tipo degenerativo (patologie prevalenti la sclerosi multipla e la sindrome di Parkinson).
- Il 25% ha danni neurologici di tipo vascolare.

I dati, infine, relativi alla distribuzione dell'utenza, in linea con i valori della spesa pro capite nelle diverse ASL, attestano una non uniforme distribuzione delle attività di riabilitazione sul territorio regionale.

L'assistenza ai 7597 utenti della riabilitazione avviene soprattutto nel privato, perché l'85% dei centri riabilitativi è privato.

L'OFFERTA PRIVATA SECONDO LA RICERCA DELLA REGIONE HA LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

- Elevata disponibilità di posti letto: 1.587 nel 2006 (94 posti letto per 100.000 abitanti contro 49 dell'Italia).
- Elevata dotazione di personale per posto letto, in particolare medici (nel 2003 risultavano 1,74 unità per posto letto (media nazionale 1,43).
- Basso numero di utenti trattati (90 utenti per 100 mila abitanti; in Italia 135 utenti per 100 mila abitanti), ma per un periodo di tempo più lungo: 135 giorni nelle strutture residenziali (media nazionale: 91 giorni); 145 giorni nelle strutture semiresidenziali (media nazionale 90 giorni).

SI HA QUESTA SITUAZIONE PERCHÉ:

- La Sardegna ha la più bassa dotazione di posti letto ospedalieri di tutta l'Italia: 0,03 posti letto ogni 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0,39.

Conseguenza secondo la Regione:

- Maggior ricorso al ricovero in posti letto per acuti o residenze sanitarie assistenziali.
- Più alta mobilità extraregionale.

- Qualità dell'assistenza insoddisfacente.

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Secondo la Regione, in base ai dati del 2005, il numero di prestazioni, per 1000 abitanti, erogate in Sardegna in regime ambulatoriale, è superiore dell'80% rispetto alla media nazionale.

3) GLI OBIETTIVI DA CONDIVIDERE

La Regione nel suo programma vuole:

- Qualificare la rete delle strutture di riabilitazione.
- Rendere omogenea l'offerta di prestazione su tutto il territorio.
- Introdurre nuovi sistemi di accertamento delle disabilità.
- Integrare le attività di riabilitazione ospedaliere, residenziali e distrettuali.
- Privilegiare il distretto come ambito operativo.

4) SITUAZIONE DI FATTO

La Regione procede a colpi di delibere nel tentativo di riordinare il sistema riabilitativo, determinando alcuni effetti preoccupanti. Infatti:

- Anziché privilegiare la costruzione della nuova rete regionale della riabilitazione, «sfronda» economicamente i servizi esistenti.
- Costringe i privati, per ragioni esclusivamente economiche, a ridurre drasticamente le prestazioni senza avere pronte quelle sostitutive.
- Crea disoccupazione nel settore.
- Dà la sensazione di voler abbattere i costi operando esclusivamente sulla leva del personale convenzionato.

5) CONDIZIONI PER IL RIORDINO E PROPOSTE DELLA CISL

Il riordino nel settore della riabilitazione deve avvenire, per la CISL regionale la FNP la FPS e la CISL MEDICI, alle seguenti condizioni:

- Continuità e miglioramento dei servizi esistenti e offerti all'utenza.
- Tutela dei posti di lavoro presenti nel settore.
- Eliminazione delle liste d'attesa.
- Dislocazione territoriale dei servizi.
- Elaborazione di un piano industriale sanitario specifico per la riabilitazione, contenente rete dei servizi, personale addetto, tipologia dei servizi offerti, etc.

Pertanto la CISL regionale, la FNP, la FPS e la CISL medici ribadiscono la necessità di affrontare compiutamente i problemi e propongono:

- **Un tavolo permanente di concertazione sulle politiche di attuazione del sistema integrato socio-sanitario.**
- **La riorganizzazione del sistema pubblico e privato, riqualificando le prestazioni socio-sanitarie e riabilitative, implementando le condotte assistenziali basate sulla definizione di aspetti di buona pratica e non di efficienza economica.**
- **La creazione di linee guida e percorsi terapeutici per uniformare l'assistenza in tutto il territorio regionale.**
- **L'aumento delle risorse economiche e umane, con particolare riguardo alle attività di programmazione della formazione delle figure professionali carenti.**
- **La creazione di centri pilota di riferimento, in ambito ospedaliero, con team riabilitativi completi.**
- **L'avvio reale dei distretti.**
- **Una cabina di regia regionale deputata a monitorare i cambiamenti del processo assistenziale e rendere attuativi, in tempi reali, i miglioramenti ritenuti di volta in volta opportuni.**