

Persone malate non autosufficienti e servizi residenziali nelle Marche

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Quale appropriatezza?

Il tema dell'appropriatezza nei servizi e della loro offerta è al centro delle discussioni e degli approfondimenti a ogni livello (politico, tecnico, amministrativo); troppo spesso, purtroppo, non si scinde appropriatezza e risorse; quasi che la prima debba ricercarsi solo in periodi di difficoltà economiche. Si ha l'impressione inoltre che essa venga ricercata solo in alcune circostanze, tanto da farla apparire strumentale. La si ricerca con tenacia quando ha l'obiettivo di produrre economie del sistema; quando invece non le determina, chiedendo anzi più risorse o un diverso impiego delle stesse, allora la sua ricerca sembra improvvisamente affievolirsi o scomparire del tutto. Ciò accade molto spesso quando si è in presenza di utenti (oramai diventati clienti) dei servizi sociosanitari che pur presentando bisogni ed esigenze molto forti sono portatori di interessi molto deboli; pari alla loro fragilità.

Queste amare considerazioni si basano sull'analisi dell'attuale sistema dei servizi rivolto agli anziani cronici non autosufficienti, non curabili a domicilio e comunque a tutti quei soggetti adulti con malattie molto gravi ed esiti permanenti e totale dipendenza.

Le riflessioni che seguono partono dall'analisi della situazione dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti nel territorio della regione Marche. Una regione che in due anni ha ridotto drasticamente il suo deficit sanitario (da 156 milioni di euro nel 2003 a 47 milioni nel 2005) ma che non è riuscita e non riesce ad offrire una dignitosa rete di servizi socio sanitari per soggetti non autosufficienti, spesso gravemente malati, non curabili a domicilio.

Questa situazione, mi sembra, abbia più ragioni. Certamente un problema, per i più, di consapevolezza. Una scarsa coscienza riguardo esigenze e diritti. Ciò accomuna comunità locali, amministratori, operatori. Ci sono poi gli addetti ai lavori, chi ha il compito della programmazione e organizzazione dei servizi. In questo caso, nella maggioranza degli episodi, non si tratta di scarsa consapevolezza o coscienza della situazione, ma della difficoltà di riordinare un sistema nel quale ci sono interessi forti (vedi nella gran parte di casi la difficoltà estrema a ridurre l'eccessiva l'offerta ospedaliera per acuti, oltre 1.000 posti nel 2001), spesso veri e propri privilegi che non si ha la forza o il coraggio di combattere. E' evidente che a pagarne le conseguenze saranno quei soggetti, non capaci di tutelarsi, i cui diritti vengono declassati ad esigenze. Non si tratta, quindi, più di rispettare dei diritti, ma di impegnarsi a soddisfare dei bisogni.

Queste considerazioni nascono a partire dall'analisi del sistema dei servizi sanitari e sociosanitari della regione Marche. Alcuni dati riescono meglio a far comprendere il quadro dell'offerta dei servizi sociosanitari e in particolare di quella residenziale. Pare inoltre importante ricordare che il vigente Piano sanitario regionale (1) indica proprio nella *tutela dei soggetti fragili* un obiettivo fondamentale della politica sanitaria regionale "Il porre queste aree di fragilità al centro degli interventi di tutela della salute rappresenta l'impegno etico primario della regione (..) In un sistema sanitario universalistico e solidaristico, una discriminazione nell'accesso alle cure appare ingiustificabile. L'obiettivo del servizio sanitario regionale non è quello di offrire cure uguali per tutti, cure estese ugualmente a tutti, ma cure tali per cui tutti risultano avere uguali probabilità di godere di buona salute. Se il sistema sanitario regionale fallisse questo obiettivo, ne verrebbe meno il motivo di esistere".

L'offerta e il fabbisogno

Il PSR prevede di realizzare nel triennio 2003-2006, 3820 posti letto dati dalla somma di 1320 posti di RSA e di 2500 posti di residenze protette derivanti dalla riconversione di molte delle case di Riposo presenti nel territorio regionale.

In una recente delibera (2) la regione ha fornito i seguenti dati sull'offerta residenziale sociosanitaria e sociale. Risulterebbero attivi i seguenti posti letto: 909 di RSA anziani, 365 di Residenza Protetta (con 100-120 minuti di assistenza sociosanitaria), 6259 di Casa di riposo distribuiti in 143 strutture nelle quali sono ospitati 3.626 anziani non autosufficienti secondo l'indagine ISTAT/SIS e 4.484 secondo la sperimentazione regionale del sistema RUG. Ciò a fronte di una popolazione ultrasessantacinquenne di circa 335.000 persone.

Nella regione Marche gli anziani non autosufficienti con disabilità totale, tali da necessitare di struttura residenziale, sarebbero il 2% della popolazione ultrasessantacinquenne (6.700); invece sono circa 26.000, il 7,8%, quelli con disabilità riscontrata in almeno tre ADL (Mengani, 2003).

Il dato sulle Residenze protette è importante perché la regione Marche a più riprese aveva indicato un numero di posti pari a circa 700. Quello sulle RSA è, a nostro avviso, sovrastimato, considerando che precedenti dati regionali indicavano in circa 700 i p.l. letto attivati; ma soprattutto deve essere ricordato che la stragrande maggioranza di queste strutture (in particolare quelle derivanti dalla riconversione ospedaliera) al di là della loro classificazione funziona a tutti gli effetti come lungodegenze ospedaliere (gestione a termine di malati in post acuzie) in conseguenza dei pochissimi posti letto attivati nel territorio regionale. Ad esempio nel territorio della Zona territoriale 5 di Jesi (100.000 abitanti) sono presenti 3 RSA per complessivi 60 p.l. con una degenza media di 51 giorni (dati del 2004). Non è un caso a questo proposito, che la regione Marche non abbia definito con chiarezza lo standard assistenziale di queste strutture, funzionale ad un utilizzo diverso dalla classificazione ricevuta.

In conclusione l'attuale offerta di residenzialità permanente per adulti e anziani non autosufficienti, data dalla somma dei posti letto di RSA e RP non supera (tenendo conto dello scorretto utilizzo con funzioni di lungodegenza delle RSA) i 600-700 posti letto. Si può stimare in almeno 4.000 il numero di anziani non autosufficienti - ricoverato impropriamente e illegittimamente - nelle strutture assistenziali per autosufficienti della nostra regione.

Dalla DGR n. 289/2005 si possono ricavare questi dati riferiti al 31 dicembre 2003. Sono attivi 365 p.l. di Residenze protette (per lo più moduli all'interno di case di Riposo) con uno standard (assistenza e infermieristica) di 100 minuti nel caso di anziani non autosufficienti e di 120 minuti in caso di soggetti con forme di demenza. Nelle Case di riposo - con finanziamento attraverso il fondo dell'assistenza domiciliare integrata, il costo medio giornaliero per paziente è pari a 6 € (3) - 1398 anziani non autosufficienti ricevono un'assistenza (compresa l'infermieristica) inferiore ai 50 minuti al giorno (ma non è specificata la cifra esatta); altri 2186 anziani non autosufficienti ricevono un'assistenza (compresa l'infermieristica) pari a 12 minuti al giorno.

Secondo la rilevazione della regione Marche, effettuata con il sistema RUG, all'interno delle Case di Riposo risulta che circa 1500 anziani, a causa delle loro condizioni, dovrebbero essere ricoverati in RSA.

La Regione si è data per il 31.12.2005 i seguenti obiettivi (DGR n. 289/2005): mantenimento dei 365 p.l. di residenza protetta; riguardo i soggetti non autosufficienti ricoverati presso le case di riposo per autosufficienti, garanzia di 50 minuti di assistenza al giorno a 2135 ospiti; assistenza inferiore a 50 minuti a 574 ospiti; infine 12 minuti a 978 ospiti. Tale innalzamento dello standard assistenziale ha una previsione di costo di 10 milioni di €. Ad oggi (ottobre 2005) l'assistenza residenziale all'interno delle case di Riposo è rimasta immutata (4).

Nei 365 posti di residenze protette la retta complessiva prevede una compartecipazione di costi tra settore sanitario e settore sociale; in tutti gli altri posti, a parte il rimborso dei minuti di assistenza infermieristica e in alcuni casi di piccolissimi minutaggi di aiuto alla persona, le rette sono completamente a carico degli utenti e dei loro familiari.

Come si vede questi dati sono ben lontani dagli impegni assunti con il Piano sanitario regionale nel triennio 2003-2006; previsioni peraltro largamente insufficienti rispetto ai bisogni evidenziati dai dati sopra riportati.

A fronte di questi dati, pare importante riprendere il discorso riguardante l'appropriatezza strumentale. Ci si chiede se la ricerca dell'appropriatezza è la guida, il riferimento al quale un sistema sanitario orientato alla salute si dirige, come possono conciliarsi situazioni come quelle sopra indicate? Come è possibile che all'interno delle case di riposo ci siano oltre 1500 persone che avrebbero bisogno di una assistenza da RSA? Come è possibile che vengano dimessi dai reparti per acuti, dalle lungodegenze, dalle RSA, soggetti gravemente malati e non autosufficienti e inviati in strutture assistenziali - peraltro non autorizzate per la gestione di soggetti non autosufficienti - con presenza infermieristica non superiore alle 5-6 ore giornaliere e con assistenza tutelare di 10-40 minuti al giorno? Ci si chiede come operano le Unità Valutative distrettuali che secondo la normativa regionale devono stilare, dopo una valutazione multidimensionale, un progetto sulla persona e definire il percorso di assistenza e di cura? Valutano i pazienti o si limitano ad una mera funzione certificativa di invio - nel caso non sia possibile la permanenza al domicilio - nelle strutture presenti anche quando lo standard assistenziale erogato è incompatibile con i bisogni della persona? Si pongono qualche problema sapendo che queste strutture non hanno legittimità per l'accoglienza di persone malate e

non autosufficienti? Che significato ha l'adozione del sistema RUG da parte della regione Marche? E' evidente che esso sembra assumere una valenza esclusivamente statistica e non essere utilizzato come strumento per la definizione dei percorsi assistenziali.

Appare chiaro che per mantenere inalterata questa situazione, per evitare l'insorgere di conflittualità e contenziosi, per non subire l'accusa, così grave per chi ha la responsabilità della tutela della salute dei cittadini, di non rispettare le leggi vigenti, di sapere e tacere, il sistema ha necessità di utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione.

Il primo è quello della mancata informazione ai cittadini sui tipi di servizio, sui percorsi per l'accesso, sull'utenza accolta, sulle modalità di ammissione, ecc...; c'è poi la prassi del razionamento occulto; il bisogno viene compresso o negato, il diritto sconosciuto.

Nei giorni scorsi il Presidente della regione Marche, rispondendo ad una sollecitazione dei sindacati sul ritardo negli adeguamenti negli standard di personale nelle strutture, ha dichiarato che "la sicurezza dei cittadini e in particolare di coloro che vivono situazioni di sofferenze, marginalità e non autosufficienza rappresenta un'attenzione prioritaria di questo governo regionale. La concreta integrazione delle politiche sanitarie e sociali si indirizza specificatamente a questo obiettivo. Siamo tra le prime regioni d'Italia per quantità e qualità di spesa con riferimento a queste azioni".

La situazione sopra illustrata non sembra confermare quanto affermato dal presidente Spacca. Ma a legislatura appena iniziata ha tutto il tempo per rimediare e dimostrare con i fatti (e dunque con i finanziamenti) che l'obiettivo della tutela dei soggetti fragili è davvero irrinunciabile, che come affermato nel PSR in "un sistema sanitario universalistico e solidaristico, una discriminazione nell'accesso alle cure appare ingiustificabile". Un primo impegno può essere quello di rispettare, a riguardo dell'offerta residenziale, le pur insufficienti previsioni del Piano sanitario regionale 2003-06 e di prevedere per gli anni a venire finanziamenti adeguati per assicurare dignitose prestazioni a tutti gli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali.

Note

(1) Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, *Piano sanitario regionale 2003-2006* (B.U.R. n., 60 del 10 luglio 2003); Sulle strutture sociosanitarie a titolarità sociale: Regolamento Regionale n. 1 del 25 febbraio 2004, *Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale* (B.U.R., n. 28 del 18 marzo 2004). Il Regolamento è in attuazione della legge regionale 20/2002, *Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale* (B.U.R., n. 120 del 14 novembre 2002). Le domande di autorizzazione per le strutture operanti sono state rinviate al 31.12.2005. Nelle Residenze Protette lo standard assistenziale previsto è di 100 minuti al giorno per anziani non autosufficienti e 120 per anziani con forme di demenza (in entrambi i casi 20 minuti sono di assistenza infermieristica). I testi sono consultabili nel sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it.

(2) DGR n. 289/2005, "Approvazione della ripartizione dei posti letto in RSA e Residenza protetta e allocazione delle risorse aggiuntive in area vasta", BUR n. 75 del 23.8.2005;

(3) Cfr., C. Politi e F. Di Stanislao, *Modelli di simulazione per le scelte di programmazione regionale: l'esperienza della Regione Marche nella valutazione di impatto sulla spesa sanitaria dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti*, Politiche sanitarie, n. 1/2004, p. 43.

(4) Per ulteriori approfondimenti si rimanda ai volumi curati dal Gruppo Solidarietà. *Politiche e servizi sociosanitari. Esigenze e diritti 2005*; *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*, 2003; *Dalla riforma dei servizi sociali ai livelli essenziali di assistenza*, 2002. Ulteriore documentazione è rinvenibile nel sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it. Per comunicazioni: grusol@grusol.it

17 ottobre 2005