

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

C/O UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327, grusol@grusol.it - www.grusol.it

Aderiscono: Aism Regionale, Alzheimer Marche, Ass. La Meridiana, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Free Woman, Ass. Libera Mente, Ass. Paraplegici Marche, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona

14 febbraio 2007

- Assessore alla salute regione Marche
- Direttore Servizio Salute regione Marche
- Membri giunta regionale

Oggetto: Osservazioni alla bozza di Piano Sanitario 2007 (gennaio 2007).

Le osservazioni che seguono, proposte da un Comitato composto da 14 associazioni di volontariato e di utenti operanti a livello regionale, assumono come prospettiva quella degli interventi rivolti a soggetti in particolare situazione di debolezza che necessitano a diversi livelli di interventi e servizi volti a tutelare il loro stato di salute.

La bozza di PSR è, dal nostro punto di vista, deludente e ci si augura che essa rappresenti soltanto una prima introduzione al Piano. Le indicazioni riferite alla cosiddetta *fragilità* sono per lo più di carattere generale e necessitano di esplicitazione; proprio a partire dalla presa d'atto che la gran parte dei contenuti del PSR 2003-2006 sono state disattese (vedi parte 3.1.6 - 3.1.7 e le schede allegate pag. 121-126) e dunque è richiesto un rinnovato impegno programmatico. Riteniamo però che sia di poca utilità richiamare principi e necessità, del tutto condivisibili, senza fissare chiari obiettivi per il triennio. E' necessario che per i vari settori, all'interno della rete dei servizi sanitari e sociosanitari ospedalieri e territoriali si indichino gli obiettivi da realizzare nel periodo di vigenza del Piano. Una programmazione che sia tale ha il dovere di indicarli con chiarezza; diventa altrimenti difficile capire significato e utilità dello strumento programmatico.

Di seguito pertanto elenchiamo - in estrema sintesi - una serie di punti che il Piano a nostro avviso dovrà assumere con dettaglio, indicando gli obiettivi specifici del triennio. A corredo alleghiamo una nota che fotografa ed analizza la situazione dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari ad integrazione di quanto sotto riportato.

Residenzialità ospedaliera. Vengano indicate le previsioni riguardo i posti per acuti e quelli di riabilitazione e lungodegenza. Se l'obiettivo regionale (DGR 572-06) è quello di avere un standard di 4.5 posti per mille, va chiarito di quale percentuale (nessun atto l'ha definito, neanche la proposta di PO riabilitazione e post acuzie, che peraltro riteniamo debba essere profondamente rivista) debba essere la dotazione riabilitazione lungodegenza. Facendo al contempo - ciò che non è stato fatto nel precedente Piano - chiarezza tra posti letto ospedalieri ed extraospedalieri senza assimilazione dei secondi ai primi. Ricordiamo che attualmente quelli di riabilitazione ospedaliera si attestano intorno allo 0,20 per mille e dunque vi è estrema necessità (come confermano i dati della mobilità extraregionale) di aumentarne la dotazione. A ciò si aggiunga come ancora a febbraio 2007 non si siano fatti passi avanti riguardo la realizzazione della Unità spinale unipolare in programmazione da oltre un decennio.

Continuità terapeutica. Rimane una situazione di forte criticità (come ammesso anche nella proposta di Piano) ed è necessario che vengano ridefiniti gli obiettivi per assicurare una adeguata continuità assistenziale. E' del tutto evidente la necessità della unitarietà del percorso programmatico dalla post acuzie alla residenzialità permanente. Un lavoro sul quale il precedente Piano ha posto le basi ma che, nei fatti, si è arenato. Ricordiamo che la Regione non ha ancora definito lo standard assistenziale delle RSA anziani che per lo più continuano ad accogliere pazienti in post acuzie con una funzione del tutto assimilabile (anche per quanto riguarda i tempi di degenza) a quelle delle lungodegenze o della riabilitazione intensiva extraospedaliera. Una situazione di estrema confusione e di grave incoerenza tra classificazione e funzione che non può essere ulteriormente procrastinata. I posti letto di RSA anziani vengono indicati, sostanzialmente, in aggiunta a quello delle Residenze protette come

residenzialità permanente sociosanitaria. I 1.320 posti previsti nel precedente Piano (che erano stati ridotti di oltre 200 da quello del 1998) non si sono realizzati; ne sono attivi circa 600-700 e come ripetiamo la gran parte con funzione di lungodegenza ospedaliera. Le *residenze protette* attive con lo standard previsto dalla normativa vigente superano di poco i 350 posti a fronte di un fabbisogno stimato dalla regione - solo riferito agli ospiti ricoverati attualmente all'interno delle strutture assistenziali - di circa 4.000 unità.

Sono meno del 10% gli anziani malati non autosufficienti ospiti delle strutture che ricevono l'assistenza prevista. Su questo versante l'obiettivo del precedente Piano - di gran lunga sottostimato - è stato - e ciò è a nostro parere gravissimo - del tutto disatteso. C'è un "bisogno di salute" da soddisfare che non può essere ulteriormente procrastinato; mantenendo queste condizioni il richiamo alla tutela dei soggetti fragili non può che risultare beffardo. Si chiede pertanto che vengano indicati gli obiettivi programmatici da aggiungere entro il 2009 avendo chiaro che è necessario - lo richiedono le condizioni di salute dei malati non autosufficienti - andare oltre la previsione del PSR del 2003 con la chiara volontà di passare dalla previsione alla realizzazione (ovvero garanzia dei diritti). Del tutto ferma è rimasta la risposta diurna e residenziale alla malattia di Alzheimer. Dei nuclei Alzheimer non si è definito ne fabbisogno ne standard assistenziale. Sostanzialmente essi non sono presenti nella nostra Regione. Ribadiamo la richiesta che si preveda la realizzazione di almeno un centro diurno Alzheimer per ogni Zona sanitaria. Il progetto Alzheimer da anni è in attesa di vedere la luce.

Anche sul versante delle **cure a domicilio** è necessario che vengano indicati gli obiettivi del triennio; dati sull'attuale offerta in questo settore sono stati offerti dall'indagine dell'ARS negli anni scorsi; ma è necessario che venga esplicitato come si intende potenziare il sistema delle cure a domicilio. Va ricordato che gran parte del cospicuo fondo ADI continua ad essere utilizzato all'interno delle strutture residenziali per il pagamento delle figure professionali sanitarie (in particolare infermieri). Ciò continua a risultare del tutto inaccettabile. Così come è inaccettabile che vengano riconosciuti - con lo stesso fondo - minutaggi di aiuto alla persona nel caso in cui sia ricoverata e non quando la stessa si trovi a domicilio.

Chiarezza deve inoltre essere fatta riguardo la **residenzialità sanitaria e socio sanitaria riguardante i servizi per la disabilità e la psichiatria**. Nel settore della salute mentale ci sono le indicazioni del precedente Piano e del successivo Progetto Obiettivo, in più esistono ancora strutture autorizzate secondo le indicazioni del PSR 1998-2000 e del successivo Manuale di autorizzazione (DGR 2200/2000) ma non riclassificate dopo il Progetto Obiettivo che ha definito nuove tipologie di strutture. Per quanto riguarda la *disabilità* il percorso previsto dal precedente Piano non si è avviato. E' inoltre opportuno che per le strutture sanitarie e sociosanitarie normate dalla legge 20/2000, si addivenga ad una nuova riscrittura della DGR 2090/2000 su fabbisogno in quanto alcune delle strutture indicate sono state riclassificate o non più previste ed altre strutture sociosanitarie sono state previste (anche se non è stato emanato l'atto di fabbisogno) con legge 20/2002. In questo senso è del tutto opportuno il richiamo all'emanazione di un atto di recepimento del DPCM 14-2-2001 e 29-11-2001 per la parte riguardante l'integrazione sociosanitaria soprattutto tenendo conto che per diverse strutture previste dalla normativa regionale sono in assenza dei criteri di compartecipazione alla spesa (Rsa e RP psichiatria, RP disabili, Cdiurno anziani non autosufficienti e disabili), in altri casi i criteri sono definiti attraverso specifiche DGR (Rsa e Rp anziani, CoSER disabili).

Ma è necessario che ciò venga fatto in fretta; non può essere giustificabile questo ritardo nel momento in cui la stessa regione ha definito con la legge 20/02 nuove strutture sociosanitarie.

Riteniamo, da questa sintetica discrezione, che ce ne sia abbastanza perché il Piano si occupi con particolare approfondimento di tutti questi aspetti è ciò che ci aspettiamo dalle prossime bozze

Cordiali saluti

Per il Comitato
Fabio Ragaini

