

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

il Comitato

Sistema sanitario nelle Marche e soggetti deboli. In merito all'indagine della Corte dei Conti sulla sanità regionale*

L'indagine della Corte dei Conti (1), offre moltissimi spunti di riflessione. Questo lavoro, seguendo l'ordine dell'indagine, intende analizzare nello specifico lo stato di realizzazione degli interventi rivolti alle fasce più deboli cercando, nel contempo, di avere una prospettiva di sistema.

Il sistema residenziale ospedaliero ed extraospedaliero

La rete ospedaliera. L'indicazione della regione Marche (p. 7) è quella di prevedere uno standard di posti letto per acuti pari al 3.82 per mille abitanti (circa 5.730 posti). Indicazione confermata dalla DGR 572/2006 che da attuazione ad alcune indicazioni (art. 4) dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005. Considerato che l'obiettivo regionale (vedi DGR 2592 del 12.12.2005), sempre in attuazione dell'Intesa, è quello di avere uno standard non superiore ai 4,5 per mille posti letto, ne consegue che l'obiettivo seppur non indicato in specifici atti è quello di dedicare al sistema riabilitazione lungodegenza non più l'1 per mille (circa 1500 posti) - come previsto dal PSR 2003-2006 - ma lo 0,68 (circa 1.020 posti) - con una riduzione dello 0,32 (480 posti) - . Se mantenuta, l'indicazione della divisione al 50% tra riabilitazione e lungodegenza, si tratterebbe dello 0,34 (510 posti) per ogni funzione. Complessivamente, dunque, la dotazione ospedaliera dovrebbe essere di 6.750 (5.730 + 1020). D'altra parte la deliberazione 163/2005 ha già provveduto a modificare le indicazioni del Piano passando, per quanto riguarda la lungodegenza, dai 648 previsti a 487, con una riduzione di 161 posti e portando, quindi, allo 0,32 per mille la dotazione dei posti letto.

La Corte (p. 21), richiama le indicazioni del PSR 2003 che, riguardo la riabilitazione lungodegenza, prevedeva la realizzazione rispettivamente di 744 e 735 (2).

Le strutture residenziali. L'indagine della Corte (segnaliamo l'errore a p. 19 che indica come regolamento attuativo della legge 20/2000 il Regolamento 1/2004, che invece da attuazione alla legge 20/2002), richiamando la normativa regionale riguardo le strutture sociosanitarie per anziani, ricorda le indicazioni contenute (p. 21) nel PSR (totale 3820 posti: 1.320 Rsa, 2.500 Residenze protette) e ricorda che "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 di malati non stabilizzati, dovrebbero essere ricoverati in RSA" (p.22).

La Corte (p. 25) formula le seguenti considerazioni "*Dall'esame dei dati messi a disposizione dall'amministrazione, risulta che tutti gli obiettivi stabiliti dal Piano sanitario regionale 2003-2006 in materia di assistenza territoriale residenziale appaiono di difficile realizzazione. E, infatti, come già evidenziato nei precedenti paragrafi, al 31 dicembre 2005, sono stati realizzati: - solo 909 posti letto in Rsa rispetto all'obiettivo del Piano sanitario regionale 2003-2006 di 1320 posti letto; - solo 333 posti letto in residenza protetta rispetto all'obiettivo di 2.500. Per un totale di 1242 posti letto su un totale programmato di 3820 posti letto. Parimenti, al 31 dicembre 2005, i posti letto per la lungodegenza sono pari a 427 (per una percentuale del 58,09% rispetto all'obiettivo di 735 posti letto); i posti letto per la riabilitazione ammontano a 287 (per una percentuale del 38,57% in relazione all'obiettivo di 744 posti letto) (tabella 15a). Alla mancata realizzazione degli obiettivi si accompagnano ulteriori criticità, riguardanti la copertura economica dei progetti, l'assenza di regole comuni e di omogeneità di trattamenti, la carenza di adeguato personale. Nelle case di riposo, ora denominate residenze protette, permangono, infatti, differenze sostanziali tra una struttura e le altre, che danno luogo a situazioni non omogenee in relazione alle prestazioni erogate, sia in termini qualitativi che di costi, in larga parte, a carico ancora prevalentemente dell'utenza. All'interno delle ex case di riposo, permane, inoltre, un elevato numero di soggetti malati non autosufficienti, parte dei quali richiederebbero trattamenti sanitari specifici all'interno di altre strutture (...).*

Sulle Considerazioni della Corte paiono necessarie alcune osservazioni:

a) il dato dei 1.242 posti realizzati nelle **strutture residenziali per anziani non autosufficienti** deve essere ulteriormente analizzato (3). La realizzazione di 3.820 posti era l'obiettivo per il triennio di vigenza del Piano. Alla data (2003) di approvazione del PSR, già c'erano i 333 posti (ex NAR) di Residenza protetta. Per

le RSA anziani questa associazione ha sempre contestato il dato dei 909 posti in quanto precedenti atti della Regione stimavano il numero di RSA operanti in circa 700; a distanza di pochi mesi pare del tutto improbabile l'avvio di più di 200 posti. A questo si aggiunga che la stragrande maggioranza delle RSA anziani operanti nella Regione Marche – non rispettando la normativa della regionale in materia - gestisce la fase della post acuzie con funzioni del tutto assimilabili a quelli delle lungodegenze ospedaliere. Quindi a fine 2006 l'offerta residenziale è sostanzialmente pari a quella del 2003 con nessun aumento dei posti letto; i posti effettivamente di residenza permanente sociosanitaria per anziani non autosufficienti non curabili a domicilio – nel 2003 come nel 2006 – sono circa 600-700 (RP e RSA). Si tratta dunque di circa la metà di quelli indicati come realizzati (1.242). Si constata inoltre la mancata attivazione dei nuclei Alzheimer all'interno delle RSA anziani previsti sempre dallo stesso Piano. All'interno delle Residenze protette i nuclei per demenze attivi in tutte le Marche - dati regionali - sono 20.

b) Anche il dato sui posti di **riabilitazione e lungodegenza** richiede un approfondimento. I dati della Corte (anno 2005) parlano di 427 posti di lungodegenza (58,09% rispetto all'obiettivo di piano) e 287 di riabilitazione (38,57% sull'obiettivo di Piano). Per quanto riguarda in particolare la riabilitazione i 287 posti sono dati dalla somma di 114 pubblici e 173 privati. Dalle cifre in nostro possesso l'offerta ospedaliera riabilitativa privata è coperta dal Gruppo S. Stefano per circa 135 posti letto ai quali dovrebbero aggiungersi circa 20 posti di riabilitazione cardiologia – se attivati – in altra struttura privata. Andrebbe oltre a ciò verificato se posti extraospedalieri sono transitati nei conteggi in quelli ospedalieri, o se vi è stata una trasformazione di posti letto dal sistema extraospedaliero a quello ospedaliero. Per una considerazione più generale va notato che quattro Zone sanitarie non hanno posti di riabilitazione ospedaliera e due dispongono di 4 posti letto. Va inoltre fatto presente che la realizzazione di quattro posti letto (Jesi e San Benedetto) depone – oltre al dato della scarsità del numero - per un deficit di programmazione. I posti sono infatti collocati all'interno di altri reparti, facendo venir meno lo specifico dell'intervento riabilitativo.

Il dato della lungodegenza è certamente positivo (427 posti: 273 pubblici e 154 privati) anche se ben lontano dalla previsione (vanno inoltre conteggiati all'interno anche posti di lungodegenza psichiatrica interna ad alcune strutture o private), sarebbe necessario accertare se le trasformazioni (che rispetto alla riabilitazione lasciano inalterate le dotazioni organiche in quanto lo stesso personale opera nelle nuove lungodegenze) si riducono a semplici cambi di cartello con lo spostamento dei posti letto da quelli per acuti a quelli della post acuzie. In questo senso il fatto che l'attuale normativa (che il Progetto Obiettivo in discussione in Commissione Consiliare non pare voler modificare) permetta la realizzazione di moduli di anche di 2 posti (con la mancata definizione di un numero minimo di posti letto) denota l'assenza di un modello di riferimento (4). In realtà dotazioni di 2-4-6 posti letto di lungodegenza, stanno a dimostrare, in maniera abbastanza ridicola solo la necessità di sottrarre posti alle acuzie per inserirli in quelli della post acuzie. Per il resto tutto è e sarà uguale a prima della "riconversione".

c) La Corte poi richiama il problema dell'assistenza sociosanitaria all'interno delle strutture residenziali assistenziali. Si segnala la non correttezza dell'affermazione "le Case di riposo ora sono denominate residenze protette"; in quanto le strutture assistenziali per anziani previste dalla legge 43/1988, comprese le case di riposo, possono infatti richiedere l'autorizzazione per la trasformazione in residenze protette e dunque per l'accoglienza di anziani non autosufficienti a basso carico sanitario. Ma non si tratta di una trasformazione automatica. Ciò che invece già da prima della legge 20/2002 sulle autorizzazioni sociali non era possibile (vedi legge 43/1988) era che anziani non autosufficienti potessero essere accolti nelle Case di Riposo. Ieri come oggi, seppur non legittimamente, invece lo sono. Si ricorda (per approfondimenti vedi nota 3) che ad oggi circa 1000 anziani non autosufficienti sono ospitati all'interno di case di riposo con una assistenza sociosanitaria giornaliera - sono sempre dati regionali - pari a 12 minuti; altri 2.200 ne ricevono - all'interno di strutture che hanno fatto domanda di autorizzazione – non più di 50. Ricordiamo che lo standard assistenziale previsto dalla regione Marche per le residenze protette (utenti non autosufficienti a basso carico sanitario) è di 100-120 minuti di assistenza giornaliera. La Corte giunge a queste conclusioni che non si possono non condividere "Appare, pertanto, opportuno procedere all'adeguamento degli standards d'assistenza nelle strutture residenziali; dare piena attuazione agli obiettivi ed alle scadenze, stabilite in sede di Piano sanitario regionale; riconvertire, ove possibile, le case di riposo in residenze protette; incrementare le residenze protette e le residenze sanitarie assistenziali; attivare un maggior numero di posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione. Al contempo, la stessa offerta dell'assistenza domiciliare (A.D.I.) andrebbe incrementata, attraverso un aggiornamento delle linee guida".

Gli interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988

Ricordiamo che l'art. 20 della legge 67/1988 prevedeva, insieme ad altri interventi in ambito sanitario (ospedali, poliambulatori, ecc...) lo stanziamento di 30 mila miliardi di lire per la realizzazione di 140.000 posti letto per "anziani e soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio" (5). La Corte (p. 46-53 e tabelle allegate) analizza l'attuazione degli interventi nella prima e seconda fase del programma decennale.

Le considerazioni della Corte (p. 52) sono le seguenti: *"Da un'analisi dei singoli investimenti, la Corte non può non evidenziare una certa disomogeneità dei comportamenti: alcuni lavori hanno trovato completa attuazione, altri devono ancora cominciare. I lavori riguardanti la prima fase del programma triennale e decennale degli investimenti in campo sanitario, ex art. 20 legge 67/1988, complessivamente realizzati alla data del 31 dicembre 2005, rappresentano l'88,20% di quanto programmato. La seconda fase del programma decennale, avviata a seguito delle delibere CIPE nn. 52 e 53 del 6 maggio 1998, prevede 16 interventi; di questi, 10 sono ultimati, cinque sono in corso ed uno non è mai stato iniziato. L'attuazione dell'Accordo di programma, risalente al 18 giugno 2000, presenta percentuali di avvio molto basse. Fatta eccezione per l'annualità relativa al 2000, rispetto alla quale la percentuale degli interventi è del 95%, le annualità 2001 e 2002 registrano percentuali modeste (rispettivamente del 26,69% e del 9,80%). Da quanto risulta dalla tabella "M", sono stati avviati 8 interventi su 26 previsti per l'anno 2001; dei rimanenti 16 interventi nessun progetto è stato ancora approvato. Parimenti sono stati avviati 14 interventi sui 38 previsti per il 2002; dei restanti 24 interventi, solo uno è in fase di approvazione. Le difficoltà riscontrate non sono prive di conseguenze, considerate le restrizioni ai finanziamenti, introdotte dall'Intesa Stato-Regioni del 25 marzo 2005 e dalle nuove disposizioni della legge finanziaria per il 2006 rispetto agli interventi non ancora avviati alla data del 31 dicembre 2005, per i quali siano decorsi 18 mesi dalla stipula degli accordi o per i quali non si sia proceduto all'aggiudicazione dei lavori entro nove mesi dalla comunicazione del decreto del Ministero della Salute di ammissione al finanziamento. In ogni caso, dai dati evidenziati si evince una scarsa capacità nella realizzazione degli interventi rispetto ai finanziamenti stanziati dalla normativa di settore. Riguardo agli interventi relativi all'adeguamento di spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria, è indubbio che sono poche le opere avviate (n. 4) e che due sole sono state ultimate, rispetto a quelle previste dal programma (n. 37). Del totale dei finanziamenti, pari a circa 42 milioni di euro, previsti dal programma, la Regione ne ha utilizzato una minima parte, pari a circa 7 milioni di euro. Le giustificazioni, addotte dall'amministrazione, riconducibili al fatto che il potenziamento delle strutture per la libera professione non risponde "alle prioritarie esigenze delle strutture sanitarie regionali" costituisce, comunque, motivo di riflessione nell'apposizione del vincolo di destinazione di tali somme, che potrebbero, altrimenti, essere destinate ad altre prioritarie esigenze di investimento. Buono, pari al 90,96%, risulta lo stato di avanzamento del programma riguardante l'AIDS"*

Per quanto ci riguarda prenderemo in considerazione gli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, malati di AIDS, strutture per malati terminali (Hospices).

- Nella prima fase sono stati conclusi gli interventi riguardanti 13 Rsa anziani (per 9 si tratta del primo stralcio); 1 (primo stralcio) invece le Rsa disabili sulle 2 previste; nella seconda fase delle 7 RSA anziani previste per 3 si è avuto il completamento. Per le altre 4 i lavori non sono stati ultimati. Tre di queste già erano state finanziate nella prima fase ed avevano concluso gli interventi. Nell'accordo di programma stipulato nel 2000 con il Ministero della sanità, articolato su tre annualità (dal 2000 al 2002) si legge il seguente dato: Interventi previsti Rsa anziani: 2000: 7 (avviati 6); 2001: 9 (avviati 3); 2002: 8 (avviati 2). Rsa disabili: 2000: 3 (avviati 2); 2001:0; 2002:1 (avviati 0). Peraltro quest'ultimo fa riferimento ad una struttura psichiatrica.

- Per quanto riguarda gli interventi rivolti ai malati di AIDS (p. 51) si ha la seguente situazione *"Lo stato di avanzamento del programma al 31 dicembre 2005 è pari al 90,96%. Risultano ultimati 8 interventi su 15. Di questi, alla data del 31 dicembre 2005, 5 sono stati collaudati, rispetto ai 4 del 30 novembre 2004. Delle 4 rimanenti strutture, una sola non è mai stata iniziata; le altre 3 risultano comunque ad uno stadio avanzato di lavori"*. Va ricordato che si tratta non di interventi che riguardano ospedali e laboratori e non strutture di assistenza.

- Da ultimo la realizzazione di strutture palliative rivolte a pazienti terminali. Questo è il dato registrato (p. 51): *"Il programma si articola in due fasi: la prima si riferisce alle annualità 1998-1999; la seconda a quelle dal 2000 al 2002 per un totale di 8 interventi. Al 31 dicembre 2005, soltanto due interventi sono in attesa di collaudo. Per un intervento i lavori sono in corso. Per un altro è stato presentato il progetto; per un altro il progetto non è ancora pervenuto al competente ufficio regionale e per un altro ancora è stato presentato il progetto, ma è in via di predisposizione una variante. In sede di controdeduzioni,*

l'amministrazione ha precisato che "l'attuazione degli interventi previsti ha fatto registrare un'accelerazione a partire dal luglio 2005; in quel momento l'utilizzo dei finanziamenti era attestato al 60% per la prima fase e al 9% per la seconda: al 31.12.2005 le percentuali di utilizzo risultavano rispettivamente del 76,5% e del 31%".

Il quadro presentato non è certo confortante, soprattutto se si pensa che il parziale utilizzo dei finanziamenti determina (vedi RSA anziani e strutture per malati terminali) la mancata realizzazione di interventi fortemente carenti nelle Marche.

Per quanto riguarda i **posti letto ospedalieri** i dati riportati (p. 59) sono i seguenti. "Nell'anno 2005 i posti letto complessivi sono passati dai 6.662 del 2004 ai 6.451 del 2005, con una riduzione netta pari a 211 unità (Tabella 15). Rispetto al dato del 2003, che registrava 6.946 posti letto, nel 2005 si è realizzata una riduzione netta di 495 posti letto, con una riduzione percentuale del 7,12% (...). Nel 2005 i posti letto complessivi per la riabilitazione, con 287 unità, risultano aumentati di 40 unità rispetto al dato del 2004, con un incremento pari al +16,19%. Nel 2005 i posti letto per la lungodegenza, pari a 427 unità, vengono incrementati di 71 posti. L'incremento cumulato nel biennio nell'ambito della complessiva post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) è stato di 177 posti, pari al +32,96%".

I 6.451 posti ospedalieri sono dati dalla somma di 5737 posti per acuti (di cui 675 di DH e DS) e di 714 di riabilitazione e lungodegenza (287+427). Sulla base dei dati presentati, la Regione ha già raggiunto l'obiettivo della riduzione dei posti letto per acuti (i 5.737 posti corrispondono all'incirca al 3,82 per mille abitanti). Non è chiaro invece l'obiettivo programmatico rispetto alla riabilitazione-lungodegenza. Se si intende cioè confermare la previsione dell'1 per mille abitanti del PSR (circa 1500 posti), oppure se si ritiene di abbassare questa dotazione per raggiungere l'obiettivo di programmazione di 4,5 posti letto ospedalieri complessivi. In questo caso si passerebbe dall'1 per mille allo 0,68, con una riduzione di circa 500 posti letto (1500 contro 1000). Se la dotazione resta quella programmata dal PSR mancano circa 800 posti (circa 450 di riabilitazione e 250 di lungodegenza); se invece l'obiettivo è lo 0,68 per mille, ne mancano circa 300 (circa 220 di riabilitazione e 80 di lungodegenza). Un nodo che la Regione dovrebbe al più presto sciogliere in maniera definitiva.

In realtà per la lungodegenza un passaggio dopo il PSR 2003-2006 è già avvenuto con la deliberazione 163/2005 che ha ridotto la previsione di posti letto dallo 0,50 per mille allo 0,38 dei posti letto (da 648 a 487); quanto alla riabilitazione purtroppo le fuorvianti indicazioni del PSR 2003-2006 hanno determinato una situazione di grande confusione. Il Piano non ha distinto tra riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, ma ha distinto tra riabilitazione intensiva ed estensiva, conteggiando peraltro (vedi nota 2) tutto all'interno dello 0,50 dei posti letto di riabilitazione ospedaliera. Questa confusione non è stata rimossa dalla proposta di Progetto Obiettivo che continua a non distinguere tra i due regimi e a non indicare l'obiettivo che si intende raggiungere (prevedendolo Zona per Zona). Va sottolineato, sempre a riguardo della riabilitazione, il dato proveniente dall'Indagine della Corte sulla mobilità passiva. Nel 2004 (p. 62) i ricoveri fuori regione per riabilitazione e lungodegenza sono stati 3.909 con un incremento rispetto al 2003 del 18,39%. Ciò d'altra parte è inevitabile data l'attuale offerta riabilitativa nella Regione, considerando che 4 Zone sanitarie non hanno posti di riabilitazione e altre due hanno una offerta di 4 posti ciascuna.

Le conclusioni della Corte

Riportiamo per intero le conclusioni della Corte (p. 70) che elenca positività e criticità. Per quanto riguarda le **positività** sono individuati i seguenti elementi:

" - il rispetto degli obiettivi, stabiliti nella Deliberazione del Consiglio n. 163 del 19 gennaio 2005, degli standard di posti letto;

- il rispetto per entrambi gli anni presi a riferimento, prima della scadenza del 2007, dello standard di posti letto ospedalieri non superiore al 4,5 per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post acuzie con una variazione del 5% al massimo, stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 25 marzo 2005;

- il raggiungimento in entrambi gli anni presi a riferimento, prima della scadenza del 2007, di un tasso di ospedalizzazione di 180 per mille abitanti residenti, comprensivo dei ricoveri ordinari e di quelli diurni, di cui quelli in regime di ricovero diurno non inferiore al 20% dei totali, stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 25 marzo 2005 (tabella 13a);

- il rispetto, a preconsuntivo 2005, delle previsioni di disavanzo, assunte in sede di documento di programmazione economica regionale (per un ammontare di 47 milioni di euro);

- l'avvio della realizzazione di un sistema informativo regionale integrato;

- l'adozione, al 31 dicembre 2005, di idonee misure consequenziali al precedente referto della Corte, di cui alla Deliberazione n. 5/2005/G, in materia di riduzione dei disavanzi e di contenimento della spesa sanitaria;
- il miglioramento, in entrambi gli esercizi in esame, degli indicatori di efficienza ospedaliera per acuti (tasso di occupazione, di turn over e di rotazione dei posti letto), atteso che il ricovero deve essere garantito per il tempo necessario alla cura del malato;
- l'impegno, assunto dalla Regione, di provvedere, anche in via normativa, entro la fine del 2006, al riordino dell'Inrca, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 23 giugno 2005".

Gli elementi di **criticità** evidenziati sono:

- la spesa sanitaria ha registrato nel 2004 un sensibile aumento sul 2003 del +10%, dovuto in larga parte all'incidenza di fattori estranei, in controtendenza rispetto agli esercizi precedenti (considerato che l'aumento del 2003 sul 2002 era stato del +2,5% e del 2002 sul 2001 del +4,3%, avvicinandosi, invece, alla percentuale del +9,2%, registratasi nel 2001 sul 2000), a fronte, comunque, di un aumento più contenuto del 2005 rispetto al 2004 del +2%; sul piano della classificazione economica, la spesa per il personale continua a rappresentare la componente principale, seguono la spesa per acquisto di beni e servizi e la spesa farmaceutica convenzionata o territoriale;
- il tendenziale mancato rispetto delle previsioni di bilancio 2004 rispetto ai dati consuntivo 2004, collegabile in parte a variabili esogene, di cui gli organi della regione devono necessariamente tenere conto;
- il mancato rispetto a consuntivo 2004 del limite di disavanzo, assunto in sede di documento di programmazione economica regionale (per un ammontare pari a circa 127,5 milioni di euro a fronte dei 72 milioni programmati, dovuti a rinnovi contrattuali e alla parziale copertura del 60% della spesa farmaceutica convenzionata a carico dell'industria);
- il permanere di ritardi consistenti nell'adozione dei documenti di bilancio aziendali, preventivi e consuntivi;
- una disomogeneità nella spesa per investimenti, attestante una limitata capacità nella realizzazione degli interventi rispetto ai finanziamenti stanziati dalla normativa di settore;
- il persistere di squilibri tra la mobilità passiva extraregionale e la mobilità attiva, con evidenti ripercussioni negative di bilancio;
- il parziale adempimento degli obiettivi, stabiliti in materia di assistenza residenziale dal Piano sanitario regionale 2003-2006, entro il 2006, atteso che, al 31 dicembre 2005, sono stati realizzati: - 909 posti letto in residenze sanitarie assistenziali (Rsa) rispetto all'obiettivo del di 1320 posti letto per una percentuale pari al 68,86%; - 333 posti letto in residenza protetta (RP) rispetto all'obiettivo di 2.500 posti letto per una percentuale pari al 13,32%; - per un totale complessivo di 1.242 posti letto su un totale programmato di 3.820 per una percentuale pari al 32,51%;
- la parziale realizzazione degli obiettivi, definiti sempre in sede di Piano sanitario regionale 2003-2006, entro il 2006, di: - 735 posti letto per la lungodegenza post-acuzie e di 744 posti letto per la riabilitazione, atteso che, al 31 dicembre 2005, i posti letto per la lungodegenza sono 427 (per una percentuale pari al 58,09%) e che i posti letto per la riabilitazione ammontano a 287 (per una percentuale del 38,57%).

Tra le novità da segnalare si registra un progressivo, anche se limitato, aumento dell'affermarsi delle strutture private accreditate, possibile segnale di inadeguata specializzazione delle strutture pubbliche. Per quanto riguarda gli aspetti finanziari che qui più interessano, si fa presente che l'aumento della spesa sanitaria, fisiologico, entro certi limiti, al sistema sanitario per le ragioni di cui in premessa, deve caratterizzarsi per una crescita ragionevole e soprattutto sostenibile rispetto ai vincoli di bilancio. Una crescita disordinata e priva di regole, a dispetto dell'efficacia e dell'ampiezza dei controlli, rischia di compromettere la validità dell'intero sistema e di vanificare quelle ragioni di equità e di universalità, sottostanti alla necessaria e costituzionalmente garantita erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Le nostre conclusioni

Abbiamo riportato per intero le conclusioni della Corte, che contengono anche le considerazioni sugli impegni assunti dalla Regione negli atti programmatici (in particolare PSR 2003-2006) in relazione ad un compiuto sistema di assistenza che si snoda dal territorio all'ospedale e viceversa. Va ricordato che il diritto alla cura è un diritto che non riguarda solo le malattie acute, ma vale anche per tutte le situazioni di cronicità - con conseguente non autosufficienza - che richiedono interventi meno specialistici ma non per

questo meno necessari. Interventi che purtroppo in molti - erroneamente stante le leggi vigenti - pensano siano riconducibili all'interno degli interventi di assistenza sociale. Per rispondere a queste esigenze occorre realizzare una compiuta rete di servizi sanitari e sociosanitari a partire da quelli domiciliari fino ad arrivare a quelli residenziali. L'indagine della Corte conferma ancora una volta il quadro conosciuto e tante volte denunciato: la grande carenza di questi servizi.

Pertanto se la Corte si sofferma su analisi di bilancio e sulla verifica delle previsioni realizzate, è nostro obbligo, per quanto ci compete, andare oltre. Fermarsi al solo dato finanziario è assai rischioso; letture frettolose potrebbero indurre al convincimento che con lo sfioramento (delle amministrazioni) venga meno il diritto alla cura. Sappiamo che non è così e giova ricordarlo soprattutto a coloro che tollerano - proprio sulla base del deficit - razionamenti occulti. I quali, infatti, per realizzarsi oltre che della compiacenza dei professionisti hanno bisogno di "clienti" poco accorti, incapaci di conoscere quali sono i loro diritti. Sono le cosiddette categorie deboli o fragili. Per questi soggetti troppo spesso i diritti diventano bisogni. Per questo è importante che il tema dei diritti non venga sottaciuto; perché solo il rispetto dei diritti porta al soddisfacimento delle esigenze. Una riflessione andrebbe fatta anche sul continuo utilizzo del termine *consumo sanitario*. Molti mali consumano molto, ma non vorremmo che ciò diventi una colpa.

Si tratta allora di andare a verificare non solo se le realizzazioni si sono verificate ma ancora di più se il fabbisogno previsto era misurato sulle esigenze delle persone o sui bilanci delle amministrazioni. Nel rimandare ad altri nostri contributi (vedi in particolare la nota 2, ma soprattutto il quaderno "*I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*") circa un'analisi della situazione degli interventi e servizi regionali vogliamo ricordare: a) la sottostima delle previsioni regionali in materia di residenzialità per anziani non autosufficienti (comprese le demenze) - ai 3.820 posti del Piano se ne dovrebbero aggiungere almeno altri 1.500 -; b) l'utilizzo improprio del fondo dell'assistenza domiciliare integrata per prestazioni sanitarie all'interno di strutture sociali che ospitano gravi mali non autosufficienti che dovrebbero essere ricoverati in altre strutture; c) l'utilizzo improprio delle RSA anziani che nella stragrande maggioranza dei casi assolvono i compiti delle lungodegenze (6).

E' giusto infine chiederci e chiedere alla Regione se il dato della riduzione dei posti letto per acuti è corretto con una dotazione attuale pari al 3,82 per mille, perché la liberazione delle risorse derivanti dalla disattivazione della funzione ospedaliera non è stata trasferita nel finanziamento dei servizi extraospedalieri. Questo era uno degli obiettivi e delle priorità del Piano sanitario. Occorre che venga spiegato perché questo non è accaduto e perché ancora oggi ci sono circa 3.500 anziani malati non autosufficienti che richiedono interventi sociosanitari, ricoverati in strutture assistenziali con una assistenza giornaliera che oscilla tra 12 e 50 minuti al giorno.

* Si tratta del completamento dell'indagine sulla gestione del sistema sanitario della Regione Marche esercizio 2004 e primi risultati 2005 - misure consequenziali alla delibera n. 5/2005/g. La deliberazione è del 13 luglio 2006.

Note

- 1) Il testo completo è consultabile sul sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it
- 2) Sul computo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera del PSR ricordiamo la scorrettezza regionale che ha ricondotto all'interno dei p.l. ospedalieri anche quelli di riabilitazione extraospedaliera, conteggiando addirittura quella estensiva. In sostanza la previsione di posti letto ospedalieri non arriva allo 0,20 per mille abitanti. Cfr., in proposito Gruppo Solidarietà (2003) *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione marche*, p. 7 e seguenti.
- 3) Per un approfondimento cfr., F. Ragaini, *L'inaccettabile situazione dell'assistenza residenziale per persone malate non autosufficienti nelle Marche*, Appunti sulle politiche sociali 1/2006; F. Ragaini, *Quelli che non contano. A proposito delle politiche sociosanitarie per anziani non autosufficienti nelle Marche*, Appunti sulle politiche sociali 3/2006.
- 4) Un approfondimento richiederebbe l'analisi dei contenuti della *Proposta di Progetto Obiettivo: Organizzazione e sviluppo della post-acuzie nelle Marche*. A questo riguardo rimandiamo alle osservazioni del Gruppo Solidarietà; in www.grusol.it link voce sul sociale-approfondimenti.
- 5) Per un approfondimento: F. Ragaini, *Le residenze sanitarie assistenziali: analisi della normativa*, Appunti sulle politiche sociali, n. 1/1997, p. 6; F. Pesaresi, *Le RSA nelle regioni italiane: organizzazione e costi*, Agenzia sanitaria italiana, n. 35-36-37/1999.

6) Si veda in proposito il comunicato del Comitato Associazioni Tutela (CAT) del 26 settembre 2006 "Regione Marche. Risposte ai bisogni e tutela dei diritti dei soggetti deboli. Il miglior modo per dimostrare attenzione al volontariato"