

L'INACCETTABILE SITUAZIONE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE MALATE NON AUTOSUFFICIENTI NELLA REGIONE MARCHE

FABIO RAGAINI,
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Solo qualche centinaio di anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali hanno livelli di assistenza dignitosi. Per gli altri 4000 anziani una assistenza giornaliera che oscilla tra i 12 e 50 minuti al giorno e con oneri di degenza a completo carico degli utenti. Una situazione inaccettabile che deve essere rapidamente cambiata

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 108 milioni di euro nel 2002 a 47 milioni nel 2005) ma che non è riuscita e non riesce ad offrire una accettabile rete di servizi socio sanitari per soggetti non autosufficienti, spesso gravemente malati, non curabili a domicilio.

Occorre interrogarsi sulle ragioni che determinano questa situazione. Certamente un problema, per i più, di consapevolezza ed 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 dei casi, 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 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 continueranno ad essere quei soggetti, non capaci di tutelarsi, i cui diritti vengono declassati ad esigenze.

Ricordiamo 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 per anziani autosufficienti 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). Una indicazione, quella del Piano, dunque già fortemente sottostimata.

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 strut-

ture (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 (3). Negli ultimi mesi sono state attivate altre RSA anziani (vedi INRCA di Ancona) che continuano ad essere concepite, con tacito subdolo accordo tra regione ed ente autorizzato, come strutture per la gestione della post acuzie.

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 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 (questi ultimi sono al massimo qualche decina). Nelle Case di riposo - il servizio sanitario attraverso il fondo dell'assistenza domiciliare integrata, ha una spesa media giornaliera per paziente pari a $6 \cdot (4) = 1398$ 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 con la delibera 289/2005 si è data per il 2006 i seguenti obiettivi: 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 euro. (5).

E' decente, moralmente accettabile che circa 1000 anziani malati non autosufficienti ricevano una assistenza sociosanitaria pari a 12 minuti al giorno? Che complessivamente quasi 4000 malati non ricevano una assistenza giornaliera superiore a 50 minuti? Non contano nulla le dichiarazioni. Chi può (amministrazione regionale) e non fa nulla per mutare questa condizione è omissivo e sa che con il proprio comportamento legittima contenzioni immotivate, il ricorso massiccio all'assistenza privata, l'uso abnorme e ingiustificato di sedativi. Si provi a fare una simulazione. Cosa sono 12-50 minuti di assistenza su 24 ore.

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, come abbiamo sopra indicato, largamente insufficienti rispetto ai bisogni presenti.

APPROPRIATEZZA SOLO QUANDO RIDUCE I COSTI?

A fronte di questi dati, pare importante richiamare il tema dell'appropriatezza degli interventi. Un tema che 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 (ormai diventati clienti) dei servizi sociosanitari che pur presentando bisogni ed esigenze molto forti sono portatori di interessi molto deboli; pari alla loro fragilità.

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 (6) 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 stru-

Aumentano gli alunni stranieri nelle scuole italiane

Quest'anno hanno sfondato quota 350 mila gli scolari e gli studenti stranieri nelle scuole italiane: ben 70 mila in più rispetto all'anno scolastico 2003-2004. Solo quindici anni fa erano 25 mila. In città come Milano l'incidenza degli stranieri era già del 10,2% l'anno scorso, a Torino del 7,7, a Firenze del 7, a Roma del 4,3. Sono i primi dati dell'indagine annuale che il Ministero dell'Istruzione presenterà a settembre. L'anno scorso gli allievi stranieri erano 282 mila, e l'ipotesi formulata dal Miur era che crescessero di altre 50 mila unità. L'aumento, dunque, è stato superiore. La percentuale di ragazzi non italiani sull'intera popolazione scolastica è passata dal 3,5% del 2004 al 4,2% del 2005, ancora pochi al confronto con gli altri paesi europei: in Inghilterra gli alunni con cittadinanza straniera sono il 14%, in Germania sfiorano il 10% e in Francia poco più del 5, ma solo perché il governo persegue una politica di costante assimilazione, offrendo agli immigrati la nazionalità transalpina. All'opposto di quanto avviene da noi, ci vogliono 10 anni soltanto per fare domanda di cittadinanza e altri tre per avere la risposta, e dove i figli di stranieri nati in Italia possono diventare italiani solo al compimento del diciottesimo anno (sempre che abbiano trascorso tutta la loro vita nella penisola). I ragazzi stranieri non sono più soltanto alle elementari e alle medie, ma anche alle superiori, dove oggi sono 60 mila mentre nel 2004 erano 45 mila. Il problema si pone perché alle superiori solo il 72,6% dei ragazzi viene promosso, contro l'85 di quelli italiani. Il problema alle elementari quasi non esiste. 99% di promossi fra gli italiani, 96 fra gli stranieri. Lo scarto è contenuto ancora entro il 7% alle medie (96 promossi contro 89).

In **Migranti Press** n. 26/2005

menti 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 compreso o negato, il diritto disconosciuto.

A più riprese il Presidente della regione Marche ha affermato 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". Analoghe affermazioni più volte sono state fatte anche dall'assessore

regionale alla salute.

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 sociosanitarie alle persone malate non autosufficienti sia quando possono essere curate a casa e quando devono ricorrere al ricovero presso 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). Il 31 dicembre 2005 è scaduto il termine (posticipato di 18 mesi dalla prima scadenza per le domande di autorizzazione delle strutture operanti. 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) Riportiamo di seguito la lettera inviata lo scorso 13 dicembre dal Comitato Associazioni Tutela (CAT) - costituito da 14 associazioni di volontariato della regione - alla regione Marche nella quale si fa il punto sulla situazione della "riqualificazione dell'offerta residenziale". "Con questa nota vorremmo intervenire sui temi dell'assistenza residenziale rivolta agli anziani non autosufficienti nella nostra regione sia avendo come riferimento i dati riportati nei recenti decreti (289 e 501 del 2005) applicativi del Protocollo sulla non autosufficienza, sia dall'analisi di quello che avviene nei territori con l'avvio del percorso di riqualificazione delle Case di Riposo.

La situazione dell'assistenza residenziale può essere così sintetizzata:

- inizio del percorso che dovrebbe portare alla realizzazione dei 2500 posti letto di residenza protetta anche attraverso l'avvio del percorso autorizzativo della legge 20/2002;
- circa 1500 anziani non autosufficienti ospitati all'interno della case di riposo rimangono fuori da ogni percorso di riqualificazione; sono assistiti con standard assistenziali incompatibili con una decente qualità di vita;
- sostanzialmente bloccato è il percorso riguardante le RSA anziani. Il decreto 501, non ha attivato i posti letto di RSA previsti (1320, sono quelli programmati dal Piano, 909, secondo i dati regionali sarebbero quelli attivi); esse per la maggior parte continuano a funzionare vicariando la funzione della lungodegenza con degenza "obbligatoriamente" a termine; non è stato ancora definito lo standard assistenziale.

In questo quadro da più parti si chiede una riduzione del numero dei posti letto di RSA (non è chiaro se di quelli già classificati e funzionanti o solo di quelli da realizzare). Alcuni ritengono che - dato il numero di malati non

autosufficienti ospiti delle case di Riposo - sia necessario aumentare il numero di posti di RP e propongono che ciò avvenga con la riduzione contestuale di quelli di RSA; altri pensano che tale riduzione sia la logica conseguenza dell'attivazione di postiletto di lungodegenza avendo le RSA vicariato tale funzione. In ogni caso, come la si voglia mettere, rimane la coincidenza del risultato finale: l'eccessivo numero di posti letto di RSA anziani.

Riteniamo che questi ragionamenti rischino di basarsi esclusivamente su valutazioni numeriche che non tengono conto delle necessità delle persone che richiedono assistenza sociosanitaria in regime residenziale.

Riteniamo infatti che:

- ogni ragionamento non può esimersi dall'obbligo di avere come riferimento i bisogni delle persone che debbono tradursi in conseguenti standard assistenziali;
- non è pensabile che lo standard delle residenze protette (100-120 minuti di assistenza comprendente 20 minuti di infermieristica, presenza medica non definita, presenza del FKT su indicazione specialistica), possa essere compatibile con tutti i bisogni degli anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza sociosanitaria;
- non può esserci equivalenza tra numero di anziani non autosufficienti presenti nelle case di riposo e numero di posti letto di residenza protetta (sappiamo che le rilevazioni regionali indicano in 1500 il numero di malati con valutazione RUG che indicano la necessità di assistenza in RSA, ovvero una assistenza superiore di quella erogata in una residenza protetta);
- la regione Marche non ha mai definito un *modello di RSA anziani* (vedi assenza dello standard di personale nel Manuale di autorizzazione); tale problema è tanto più evidente ora che, pur con grande lentezza tenta di avviare le lungodegenze (anche in questo caso riteniamo che debba essere contestuale all'avvio la definizione di modello che non può prescindere da un numero minimo di posti letto e soprattutto dalla modalità con cui vengono gestiti. Un automatico passaggio dalla funzione di medicina generale a quella di lungodegenza gestita con lo stesso personale è probabile che produca solo uno spostamento statistico dai letti per acuti a quelli della post acuzie con ben pochi benefici per i malati ricoverati).

Il problema dunque è quello di definire a quale esigenze sociosanitarie rispondono le RSA anziani. Data quella risposta si può ragionare sul numero di posti letto. Non è molto utile allora ragionare sulle sigle, molto di più è farlo sulla quantità e la modalità di erogazione della risposta assistenziale. Pertanto, ci permettiamo di dire, che ogni ragionamento sulle RSA anziani che non tenga conto degli aspetti sopra indicati nasconde interessi di parte oppure pecca di superficialità.

Dunque a nostro avviso fondamentale è definire qual è l'obiettivo di un servizio (e questo è stato indicato all'interno del PSR) e come si cerca di raggiungerlo (assistenza sociosanitaria); insieme a questo, la chiara definizione dei percorsi di ingresso, di permanenza e di eventuale dimissione. Determinato questo ha senso ragionare di numeri. E forse si potrà scoprire che il numero di posti letto (che possiamo chiamare RSA) che richiedono una assistenza sociosanitaria superiore a quella delle Residenza protette è ben superiore ai 1320 posti previsti. Definito che cosa connota una RSA si può e si deve ragionare sui luoghi (le strutture) che possono erogare questi servizi, fissando con chiarezza le competenze e le responsabilità del servizio sanitario nella erogazione delle prestazioni all'interno delle strutture.

Tutto questo può benissimo essere compreso all'interno di Linee guida regionali che possono da un lato aggiungere tutto quello che non è stato normato e dall'altro ripulire l'abbondante e contraddittoria normativa esistente. Dunque ogni ragionamento sulle RSA anziani ha necessità - lo ribadiamo - di essere compreso all'interno di una programmazione complessiva che ha un inizio nel sistema della riabilitazione e lungodegenza per arrivare fino alla cosiddetta *lungoassistenza* che comprende RSA e RP.

Fino ad oggi ciò non è stato fatto. Si continuano a chiamare RSA strutture che non lo sono e subdolamente le si lasciano funzionare come non dovrebbero, salvo poi dire che il loro numero è anche eccessivo. Il risultato che ad oggi su una popolazione ultrasessantacinquenne di circa 340.000 abitanti sono una manciata (poco più di 300) gli anziani non autosufficienti che possono ricevere una minima assistenza sociosanitaria.

Questo Comitato è disponibile ad un fattivo confronto su queste questioni, ma non può che rifiutare energicamente ogni soluzione che in un modo (incoerenza tra classificazione e funzione) o nell'altro (riduzione dei posti) continua a non dare risposte ai bisogni di persone che hanno necessità di adeguata assistenza sociosanitaria residenziale.

(4) 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.

(5) 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

(6) Cfr., Fabio Ragaini, *La normativa della Regione Marche sulle Unità di valutazione distrettuali*, in www.grusol.it, link informazioni

