

SISTEMA SANITARIO NELLE MARCHE E SOGGETTI DEBOLI

CONSIDERAZIONI SULL'INDAGINE DELLA CORTE DEI CONTI DELLE MARCHE SUL SISTEMA
SANITARIO REGIONALE *

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

A partire dall'Indagine della Corte dei Conti sul sistema sanitario della regione Marche ci si sofferma sull'analisi dei dati riguardanti i servizi rivolti alla post acuzie e cronicità, insieme alla verifica del rispetto degli impegni assunti dalla regione con il Piano sanitario 2003-2006

L'indagine della Corte dei Conti¹, 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 1.500 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 735².

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), richiama 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 1.500 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.

* 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.

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.

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 analizzato³. 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 vo-

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.

ler 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 riferimento⁴. 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

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.

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 indivi-

duati 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 com-

ponente 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 programmatori (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.

Peraltro 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.



Per la regione Marche un istituto di 52 persone è una piccola comunità

La regione Marche lo scorso 16 ottobre con la DGR 1168/2006 ha stabilito i criteri di compartecipazione alla spesa, tra gli enti, per la gestione di Comunità (CoSER) per disabili gravi.

Le CoSER sono piccole comunità residenziali di 8-10 posti inserite nei normali contesti abitativi in alternativa alle logiche istituzionalizzanti delle vecchie strutture residenziali per disabili. Un disegno che questo Comitato ha sempre appoggiato con molta forza nella prospettiva della massima integrazione nella società delle persone disabili.

Purtroppo la Regione ha inserito tra le comunità destinatarie del finanziamento anche l'Istituto *Divina Provvidenza* di Loreto (400.000 mila Euro), struttura composta da 52 persone peraltro non tutte disabili. Una residenza che nulla ha in comune con le comunità. Il fatto che la stessa sia organizzata su cinque piani non può significare che si sia in presenza di 5 comunità. Si tratta di un istituto su cinque piani.

Il Comitato aveva espresso l'assoluta contrarietà all'inserimento di questa struttura in un provvedimento riguardante le CoSER, formulando peraltro ipotesi alternative per l'eventuale finanziamento.

Non può però accettare in alcun modo l'assimilazione di un istituto ad una comunità. Non si può inserire tra le comunità una struttura che ha una organizzazione del tutto differente da quella prevista dalla regione Marche per le comunità socio educative riabilitative. L'Istituto *Divina Provvidenza* non ha nulla in comune con le altre comunità (dalla tipologia di utenti, alle modalità di pagamento di retta da parte degli enti). E' un Istituto e non è accettabile alcuna forma di confusione. Se dopo questo finanziamento si permetterà a questa struttura di 52 persone anche di essere classificata tra le comunità si metterà la parola fine al modello comunitario iniziato dalla regione Marche con le comunità alloggio nate alla fine degli anni '90. Questo Comitato non può accettarlo e si batterà con tutte le sue forze perché questo non avvenga.

Ogni cosa ha necessità di essere chiamata con il proprio nome. Assimilare un istituto ad una comunità significa stravolgere completamente l'idea che sta alla base della costruzione delle piccole comunità e del loro inserimento nel territorio. Significa far rientrare la logica istituzionale non dalla finestra ma dalla porta principale.

Il Comitato chiede pertanto alla Regione di modificare subito il provvedimento prevedendo il finanziamento delle comunità che siano tali (8-10 persone) e stabilendo come chiesto più volte l'impossibilità di accorpamenti.

Comitato Associazioni Tutela, Comunicato stampa del 28 ottobre 2006.