

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DIRITTO AGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI NELLE MARCHE

NEL MERITO DI UNA INTERROGAZIONE CONSILIARE RIGUARDANTE L'ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Una interrogazione consiliare sulla situazione riguardante l'assistenza sociosanitaria residenziale offre l'opportunità di ritornare sul tema cercando di fare chiarezza, sgombrando anche da informazioni del tutto errate, sulla situazione dell'attuale offerta a fronte degli impegni assunti dalla regione Marche.

L'INTERROGAZIONE

Con l'interrogazione consiliare (riportata insieme alla risposta in fondo a questa nota) presentata lo scorso marzo i Consiglieri regionali Procaccini e Bucciarelli chiedono al presidente della giunta regionale - sulla scorta del dato di circa 6.300 anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza residenziale socio sanitaria presenti nella regione Marche - di ampliare la previsione del Piano sanitario 2003-2006 (d'ora in poi PSR) che prevede la realizzazione di 2.500 posti di residenza protetta (RP) portandola a 3.000; chiedono inoltre una diversa ripartizione dei posti tra le province marchigiane.

Non dovrebbe sfuggire che l'interrogazione è stata presentata nell'ultimo anno di vigenza del PSR, dopo che la Regione con diversi provvedimenti (DGR 323/2005, decreto n. 289 del 21/7/2005, decreto n. 501 del 2/11/2005) aveva stabilito che il numero di posti letto di Residenze protette sarebbe rimasto quello del 2003: **333 posti** (vedi posti di cosiddetta *alta intensità*). Si tratta nei fatti di quelli già operanti come NAR (Nuclei di assistenza residenziale) normati dal Piano sanitario 1998-2000 (sostanzialmente assimilabile alle RP è la situazione riguardante le RSA anziani circa i posti attivi nel 2003 e quelli del 2006).

Riteniamo che conoscendo questi dati forse gli interroganti, avrebbero potuto chiedere più opportunamente come mai le già fortemente carenti indicazioni del PSR sarebbero state disattese, ricordando altresì che circa 3.500 anziani malati non autosufficienti (compresi soggetti in stato vegetativo persistente, malati di Alzheimer e altre forme di demenza) vengono ospitati in strutture per anziani

autosufficienti con una assistenza sociosanitaria giornaliera che oscilla tra i 12 e i 50 minuti al giorno (dati regionali contenuti nei provvedimenti sopra citati, che dunque gli interroganti dovevano ben conoscere) con retta sostanzialmente a totale carico degli utenti (escluse le prestazioni sanitarie in regime ADI per costi giornalieri oscillanti tra i 6 e 10 euro al giorno), nonostante che la normativa vigente (DPCM 29/11/04, confermato dall'art. 54 delle finanziarie 2003) preveda che almeno il 50% del costo retta, nel regime di lungo assistenza, sia a carico del fondo sanitario. Non dunque una elargizione decisa dalla sensibilità degli amministratori. Ma un diritto da garantire.

LA RISPOSTA DELL'ASSESSORE ALLA SALUTE

La ricostruzione della normativa regionale contenuta nella risposta del 17 ottobre è assai lacunosa e richiede alcune precisazioni.

a) Il PSR prevedeva come obiettivo programmatico nel triennio 2003-2006 - come ricorda l'interrogazione - la realizzazione di 3.820 posti di residenza sociosanitaria rivolta ad anziani malati non autosufficienti (compresi soggetti affetti da demenza) dati dalla somma di 1.320 posti di RSA e 2.500 di RP (derivanti soprattutto dalla riconversione delle Case di Riposo). Una previsione, sottolineata più volte dagli stessi tecnici regionali in occasione della redazione del PSR, largamente insufficiente per coprire i bisogni di assistenza sociosanitaria residenziale. Una previsione tarata sulle compatibilità finanziarie regionali¹.

¹ Per le considerazioni fatte e i dati riportati si rimanda in maniera più approfondita a Gruppo Solidarietà (2003) *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*; F. Ragaini, *L'inaccettabile situazione dell'assistenza residenziale per*

b) La legge 20/2002 disciplina i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture sociali che erogano prestazioni sociali e sociosanitarie; il Regolamento 1/2004 (ora modificato) definisce i requisiti funzionali, organizzativi e strutturali delle strutture e dei servizi previsti dalla legge 20. Riguardo le residenze protette per anziani si stabilisce che sono strutture deputate ad accogliere anziani non autosufficienti che non richiedono prestazioni sanitarie complesse (a differenza delle RSA anziani). Per l'accoglienza di queste persone lo standard giornaliero di assistenza sociosanitaria previsto è di 100 minuti (120 per le forme di demenza). In entrambi i casi l'assistenza infermieristica prevista è di 20 minuti giornaliera per persona (80 e 100 quella dell'operatore sociosanitario). Dunque la legge 20/2002 e il Regolamento 1/2004 definiscono soltanto che cosa deve intendersi - nel nostro caso - per residenza protetta per anziani. Si può parlare di RP **solo** quando una struttura rispetta gli standard strutturali e soprattutto assistenziali definiti dalla normativa vigente. Siccome si tratta di una **struttura residenziale che fornisce assistenza sociosanitaria** (che significa: igiene, cure infermieristiche, vestizione, alimentazione, ecc...) ad anziani non autosufficienti e affetti da demenza è del tutto evidente che per accogliere tali malati la struttura non può prescindere dall'erogazione di quella assistenza. Deve essere chiaro che qui non si sta parlando del miglioramento del confort alberghiero. Si parla dell'assistenza necessaria per una vita dignitosa (spesso un fine vita), tale da impedire contenzioni, abuso di psicofarmaci, assistenza privata aggiuntiva, ecc..., una assistenza volta ad evitare situazione di degrado che, quando scoperte, turbano così tanto la

nostra sensibilità.

Ricordiamo che l'obiettivo del PSR per realizzarsi richiedeva (p. 21) un impegno finanziario stimato di circa 25-30 milioni di euro all'anno. Un impegno che è stato disatteso.

L'ACCORDO CON I SINDACATI

Occorre ora evitare confusione e disinformazione (grave se di fonte istituzionale).

Il protocollo del novembre 2004, per quanto riguarda l'assistenza sociosanitaria residenziale, ha un solo aspetto positivo che va a merito della pressione dei sindacati: l'aver fatto mettere nero su bianco lo stanziamento di 10 milioni di euro (anno 2005) per la "riqualificazione dell'assistenza". Infatti, ad un anno e mezzo dall'approvazione del PSR, da parte della Regione non c'era alcun segnale, ovvero impegno finanziario, che indicava la volontà di adempiere gli obiettivi del PSR. Riportiamo - in proposito - il comunicato stampa del Comitato Associazioni Tutela (CAT) all'indomani della firma del protocollo dal titolo *"Anziani non autosufficienti e servizi residenziali. L'ennesima beffa per i soggetti più deboli"*². Per il resto esso segna una discontinuità con l'indicazione del PSR e con gli standard del Regolamento 1-2004 introducendo la cosiddetta *assistenza intermedia* all'interno delle Case di riposo (che dovrebbero trasformarsi in residenze protette); una assistenza giornaliera pari a 50 minuti (40 di OSS e 10 di infermieristica), la metà di quella che la Regione prevede debba essere erogata, per rispondere ai bisogni di quegli stessi malati ricoverati, nelle residenze protette.

L'accordo, inoltre, modifica anche i criteri tariffari delle RSA anziani (entrati poi in vigore

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; e all'articolo in corso di pubblicazione, *Alcune considerazioni sull'indagine della Corte dei Conti delle Marche sul sistema sanitario regionale*. Si rimanda inoltre al sito del Gruppo Solidarietà www.grsuol.it al link **voce sul sociale interventi e approfondimenti**.

² Riportiamo il testo integrale del comunicato del 19 dicembre 2006 "Il Comitato Associazioni Tutela ha espresso un parere fortemente negativo sui contenuti dell'accordo firmato lo scorso novembre tra Regione Marche e segreterie regionali CGIL-CISL-UIL ritenendo che i contenuti dell'accordo segnino un rilevantisimo passo indietro rispetto ai contenuti del Piano sanitario regionale 2003-2006, sancendone, riguardo agli interventi residenziali rivolti ad anziani non autosufficienti, la non applicazione dello stesso; e modificando, il modello organizzativo dell'assistenza residenziale previsto dalla normativa socio sanitaria regionale. Il Comitato pur prendendo atto che il finanziamento regionale di 10 milioni di euro per il biennio 2004-2005 previsto dall'accordo è il frutto della fortissima pressione dei sindacati firmatari dell'intesa e che dunque senza tale pressione tale somma non sarebbe stata impiegata; richiama che tale finanziamento non ha nulla di aggiuntivo rispetto a quanto la stessa regione ha stabilito nel Piano sanitario regionale; esso rappresenta soltanto un primo intervento ben lontano da quanto previsto dalla stessa programmazione regionale. Il Comitato ricorda che la regione Marche attraverso il piano sanitario - a riguardo dell'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti - si era impegnata nel triennio 2003-2006 al raggiungimento di 3.820 posti letto dati dalla somma di 2500 p.l. di residenza protetta e 1320 p.l. di RSA. Posti già di gran lunga insufficienti a coprire il fabbisogno residenziale rivolto a persone non autosufficienti. In questa

dal 1/1/2006) portando a 33 euro la quota alberghiera - con aumenti anche del 30% - e dimezzando il tempo di esenzione; un fatto molto grave sapendo che la stragrande maggioranza delle RSA anziani della Regione è del tutto assimilabile, per quanto riguarda l'utenza ospitata, alle lungodegenze ospedaliere. La normativa è stata poi modificata con la DGR 704/2006 in seguito alle proteste del Comitato Associazioni Tutela³.

A seguito dell'Accordo cambia anche la terminologia usata ingenerando grande confusione.

L'erogazione di 100-120 minuti di assistenza giornaliera che caratterizza la residenza protetta si trasforma in **alta intensità** (che fa immaginare chissà quale livello assistenziale); in tutta la Regione **353 malati** ricevono questo standard di assistenza (i posti per le demenze non sono 32 ma 20). I 10 milioni di euro, considerato che non variano i posti di RSA anziani, sono finalizzati sostanzialmente ad innalzare l'assistenza sociosanitaria nelle case di riposo per **2.200 malati** non autosufficienti così da raggiungere i 50 minuti giornalieri. Si parla per questo standard di **intensità intermedia**; molti operatori chiamano le strutture che erogano questa assistenza, residenza protetta, confondendo percorsi autorizzativi e standard assistenziali, facendo credere a malati e familiari che 10 minuti di assistenza infermieristica al giorno e 40 di OSS sono sufficienti a rispondere ai bisogni di un malato totalmente non autosufficiente. Non sembra vero che nel giro di qualche giorno - a situazione assistenziale invariata - si siano creati circa 2.200 posti di RP (demenze comprese ovviamente). Rimangono, all'interno delle case di riposo, ancora **1.000** anziani non autosufficienti nelle stesse condizioni di salute degli altri 3.500. Per questi ultimi si continua ancora a parlare, con poco

pudore, di **intensità assistenziale minima** (che forse sarebbe stato più corretto chiamare *scarica assistenziale massima*); forse dimenticando che l'assistenza ricevuta è di 12 minuti giornalieri.

Ma non si può spacciare quello che è stato fatto e si sta facendo con quello che la Regione, sottostimando il bisogno, aveva previsto. Non si può confondere tutto. Bisogna che l'assessore e i funzionari ricordino che il livello di assistenza minimo per accogliere un anziano non autosufficiente (che non richiede prestazioni sanitarie complesse) è quello previsto dal Regolamento 1/2004 emanato dalla regione Marche. E dunque si tratta di 100-120 minuti di assistenza sociosanitaria al giorno (che peraltro sappiamo non essere adeguati: in un modulo di 30 posti ci sarebbero 10 ore di assistenza infermieristica al giorno, quando in tutti gli ex NAR la copertura, a causa della gravità dei malati ricoverati, è di 24 ore al giorno). Oggi quella assistenza, quella - lo ripetiamo - ritenuta dalla Regione necessaria, è erogata a 333 malati non autosufficienti. I posti per soggetti affetti da demenza con standard di assistenza di 120 minuti, come previsto dalla normativa regionale, sono 20. Le convenzioni, gli accordi, i protocolli, purtroppo per i malati, non sostituiscono l'assistenza. Quella c'è o non c'è. Più che - come afferma l'assessore - di un processo avviato, sarebbe molto più corretto parlare di un processo bloccato. E sia chiaro, questo ci rattrista profondamente (ancora di più rattrista malati e familiari), ma occorre avere il coraggio di non nascondere la verità.

MA L'ASSISTENZA È AUMENTATA? I 10 MILIONI DI EURO SONO STATI SPESI?

Dunque totale è stato il cambio di prospettiva. Quelle indicazioni (del PSR) - lo ripetiamo

situazione a circa ad un anno e mezzo dall'approvazione del Piano, l'accordo prevede che fino al 31.12.2005 - dunque a due anni e mezzo dall'approvazione del PSR - non ci sarà incremento di alcun posto di Residenza protetta lasciando inalterata l'attuale offerta residenziale di 333 posti letto. Dunque la previsione dei 2500 posti letto - largamente insufficienti - rimane bloccata prevedendo il mantenimento di quelli già attivi (circa il 10%). Nei mesi scorsi il Comitato aveva paventato il rischio di una virtualità del Piano sanitario su questo specifico aspetto. "Alla riduzione dei posti letto ospedalieri, che ci auguriamo giunga finalmente in porto, deve accompagnarsi il riordino di quella extraospedaliera attraverso l'effettiva realizzazione di posti letto di riabilitazione-lungodegenza e di residenze sanitarie e sociosanitarie per soggetti non autosufficienti (anziani, malati di Alzheimer, disabili). Il rischio evidente è che la dotazione di posti letto - seppur largamente insufficiente - prevista dal Piano sanitario regionale rimanga del tutto virtuale. In particolare i 3820 posti letto di residenze per anziani non autosufficienti e malati d'Alzheimer. Diventa necessaria pertanto una brusca accelerazione nella realizzazione di quelli previsti e un contestuale aumento degli stessi di almeno 1000. Dunque un passaggio dalle previsioni alle realizzazioni". La delibera in oggetto e il protocollo approvato, purtroppo confermano, queste previsioni, con il mancato rispetto da parte della regione Marche degli impegni assunti con il Piano sanitario regionale. Il Comitato chiede pertanto alla regione Marche di rispettare gli impegni presi e di modificare l'impianto della delibera prevedendo la progressività nella realizzazione di posti letto rispettando l'obiettivo fissato di 2500 posti di residenza protetta entro il 2006".

³ Cfr., F. Ragaini, *RSA anziani nelle Marche. A pagamento le prestazioni anche nelle fasi intensive della malattia*, Appunti sulle politiche sociali n. 2/2006; cfr anche il comunicato stampa del CAT del 5 marzo 2006, *Quote a carico degli utenti nelle RSA anziani delle Marche. Esiste ancora il diritto alle cure sanitarie?*

ancora una volta: largamente insufficienti - sembrano non esistere più; tutto l'impegno è volto a trovare, dentro una parvenza di legalità (gli standard non sono compatibili con l'utenza ricoverata), la modalità per aumentare l'assistenza (si vedano i decreti dirigenziali sopra citati) all'interno delle strutture.

Ma dopo tutto questo "discorrere" e deliberare (in seguito al protocollo con i sindacati si sono succeduti 5 provvedimenti applicativi) a fine 2006 qual'è la situazione? I 10 milioni di euro (bilancio 2005), dovevano aumentare l'assistenza nel 2005 attraverso una distribuzione di posti letto all'interno delle Zone territoriali (essendo il finanziamento della sanità, il fondo viene trasferito alle Zone che attraverso convenzioni lo destinano alle strutture). Giunti a fine 2006 ancora non è chiaro se l'assistenza nelle strutture è aumentata e dunque se i 10 milioni di euro sono stati spesi (Il CAT in numerose lettere ha chiesto alla Regione dati in proposito; l'ultima lettera è del 21 luglio 2006, ma ancora, 22 ottobre 2006, non ha ricevuto risposta), tanto da far pensare che data la difficoltà di spesa forse questo bisogno non è così grande. Bisogna chiedersi con insistenza invece come sia possibile che a fronte della grandissima carenza di assistenza sociosanitaria e dunque ad un grandissimo bisogno, non si è stati capaci (o meglio il sistema nelle sue articolazioni non è stato capace) di spendere i soldi stanziati. Qui occorre essere rigorosi nell'analisi e nella risposta.

ESISTONO DIRITTI PER I POVERACCI?

Ma c'è un ultimo punto che in realtà è il primo. Un punto che una classe politica regionale seria aveva ed ha il dovere di affrontare.

Un problema, perché di questo si tratta, che la regione Marche si ostina a rimuovere. Quei malati non autosufficienti che necessitano di adeguata assistenza sociosanitaria sono persone portatrici di diritti. Cosa può centrare, nella risposta dell'assessore, il riferimento all'esiguità del fondo per la non autosufficienza previsto dalla finanziaria 2007? Un anziano malato non autosufficiente ospite in una struttura ha il diritto - a causa della sua malattia - di essere assistito e curato in strutture adeguate (RP e RSA nella normativa della nostra regione); con il finanziamento, come stabilito dalla legge, del fondo sanitario regionale. La normativa sui LEA, sopra ricordata, ha stabilito che nella cosiddetta lungo assistenza residenziale il costo è suddiviso tra fondo sociale e fondo sanitario; non è un problema di magnanimità regionale o di sensibilità politica. Queste persone hanno bisogno di assistenza per vivere, non per altro. E la Regione ha il dovere di trovare i finanziamenti necessari per dare queste risposte. Un Consiglio regionale minimamente attento alle esigenze della popolazione che si trova a rappresentare (che ha il diritto di chiedere conto) non può continuare a far finta che questi problemi non esistano. Sono problemi che non possono preoccupare i consiglieri solo quando parenti e conoscenti fanno i conti con l'inadeguatezza del sistema.

Lavoro sociale

I due quaderni sono curati dalla rivista Animazione Sociale: agili strumenti per comprendere le trasformazioni del sistema dei servizi e del lavoro sociale. In **Generare capitale sociale** viene ripercorsa l'esperienza delle cooperative sociali, interrogandosi sulle trasformazioni e sul significato nel contesto attuale; viene evidenziata la necessità di un processo di rivitalizzazione dell'imprenditorialità sociale a partire dal concetto di capitale sociale, per sviluppare una maggiore capacità di verifica dei bisogni del territorio e promozione della cittadinanza nelle comunità locali. **Re/immaginare il lavoro sociale** approfondisce il tema dell'adeguatezza del sistema dei servizi sociali nei confronti dei bisogni di una società che cambia, mettendo in luce i limiti dell'attuale modello di organizzazione e proponendo possibili percorsi per ripensare la funzione pubblica dei servizi in un contesto in cui aumentano i disagi e le richieste di intervento ma diminuiscono le risorse.

AA.VV., **Generare capitale sociale**, Gruppo Abele, Torino 2004, p. 80, 5.00 euro; Franca Olivetti Manoukian, **Re/immaginare il Lavoro Sociale**, Gruppo Abele, Torino 2006, p. 96, 7.00 euro.

Stupisce un poco nella replica del consigliere Procaccini la cauta soddisfazione per la risposta ricevuta. A malincuore si può dire che esistono invece gravi motivi di preoccupazione. All'altro interrogante, il consigliere Bucciarelli, ora diventato presidente del Con-

siglio regionale, chiediamo invece di volersi adoperare perché questi problemi ritornino al centro, non tanto delle discussioni, quanto degli impegni dell'amministrazione regionale.

Interrogazione n. 384 presentata in data 30 marzo 2006 a iniziativa dei Consiglieri Procaccini, Bucciarelli

"Piano sanitario regionale 2003/2006: incremento posti letto in residenza protetta"
a risposta orale

Considerato che il Piano sanitario regionale 2003/2006 "Un'alleanza per la salute" prevede un percorso di riqualificazione del sistema residenziale con particolare riferimento al settore degli anziani non autosufficienti attraverso un incremento di posti letto in RSA e un incremento di assistenza socio-sanitaria nelle Residenze protette;

Considerato altresì che, in base ai dati RUG, sempre secondo il Piano sanitario regionale il fabbisogno stimato di posti letto è stato quantificato in 1.300 posti letto in RSA e 2.500 posti letto in RP articolati per area vasta provinciale sulla base della distribuzione della popolazione in generale e per specifiche classi di età (> 65 anni) che ha portato ai seguenti risultati:

posti letto	PS	AN	MC	AP	3.820
RSA	300	402	298	320	1.320
RP	576	772	536	616	2.500

Rilevato che con successiva deliberazione della Giunta regionale 323/2005 si è provveduto a modificare i criteri di riparto per area vasta provinciale del numero complessivo dei posti letto previsti dal Piano sanitario utilizzando come criterio non solo la presenza di popolazione anziana > 65 anni (definendo un peso statistico del 66 per cento), ma anche la distribuzione dei posti letto e degli ospiti non autosufficienti (definendo un peso statistico del 33 per cento) già presenti nella quattro aree con il risultato che si riporta di seguito:

posti letto	PS	AN	MC	AP	3.820
RSA	305	421	269	325	1.320
RP	573	904	523	500	2.500

Con la seguente incidenza percentuale dei posti letto in residenza protetta sul totale dei posti letto esistenti in strutture residenziali per anziani:

Area vasta:	
Pesaro e Urbino	41,3 per cento
Ancona	32,4 per cento
Macerata	38,8 per cento
Ascoli Piceno	58,5 per cento;

Evidenziata alla luce delle considerazioni riportate sullo stesso Piano sanitario, l'insufficienza della disponibilità di posti letto programmati in riferimento al fabbisogno complessivo di anziani non autosufficienti calcolato in 6.300 soggetti;

In base a quanto sopra riportato i sottoscritti Consiglieri regionali

INTERROGANO

il Presidente della Giunta regionale per conoscere se alla luce delle considerazioni sopra espresse non reputi indispensabile incrementare il numero di posti letto previsti dal piano e se

intenda altresì modificare i criteri di calcolo per il riparto in area vasta nel seguente modo:

- 1) incremento complessivo di posti letto in RP dagli attuali 2.500 a 3.000;
- 2) criterio di riparto che porti le quattro province ad una incidenza percentuale di posti letto in Residenza protetta sul totale dei posti letto esistenti tutte al 50 per cento.

Consiglio regionale 17 ottobre 2006

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 384 a iniziativa dei Consiglieri Procaccini, Bucciarelli. Per la Giunta risponde l'assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. In riferimento alla interrogazione si forniscono i seguenti elementi di conoscenza, con la premessa che il percorso di riqualificazione dei posti letto nelle residenze protette (RP), nelle modalità indicate dal piano sanitario regionale e definito dalla L.R. 20/02 e successivo regolamento 1/2004, è stato avviato tramite uno specifico impegno di spesa che ha quantificato, per l'anno 2005, l'importo necessario ad ogni zona territoriale per attivare nuove convenzioni con le strutture che ospitano soggetti non autosufficienti e che intenderanno farsi autorizzare come residenze protette.

Gli interventi avviati sono la prima risposta alle indicazioni strategiche riportate da questo governo regionale in sede di insediamento laddove veniva riportato, tra gli indirizzi operativi finalizzati a sostenere elevati livelli di sicurezza sociale "la qualificazione dell'intervento sanitario nelle strutture protette al fine di assicurare un adeguato e uniforme sistema di prestazioni a tutela della salute degli anziani".

Il percorso si situa altresì all'interno di un obiettivo di carattere generale, sempre riportato nelle "linee guida del programma di governo" che riguarda l'impulso da dare alle politiche complessive per anziani per "prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza".

La Regione ha già propri riferimenti normativi e programmatici in tal senso che la mettono nelle condizioni di lavorare ad ampio raggio a partire dal piano sanitario regionale 2003-2006 in corso fino ad arrivare al "Piano sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza" approvato nel dicembre 2004 che inquadra in una strategia complessiva di intervento tutta la questione anziani.

All'interno di questa strategia di fondo il percorso specifico ha seguito le seguenti tappe:

Il 5 novembre 2004 è stato sottoscritto tra la Regione Marche e le organizzazioni sindacali confederali e dei pensionati il "protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza" recepito successivamente con DGR n. 1322 del 9.11.2004.

Farsi un'idea

Conoscere le dinamiche del comportamento umano (individuale e collettivo), comprenderne il significato: una richiesta che la collana farsi un'idea, dell'editrice il Mulino, cerca di soddisfare in maniera sintetica e comprensibile, con testi chiari e accessibili. **La felicità** propone una lettura di questa esperienza umana dal punto di vista della psicologia cognitiva, a partire dalla spiegazione dei meccanismi della nostra mente che generano l'infelicità e dal concetto di emozione sociale (emozioni provate in rapporto agli altri individui); in appendice due questionari per misurare la felicità e l'infelicità. L'altro volume, come indica il titolo, esplora le dinamiche dell'abilità del **decidere**: come adottare scelte soddisfacenti ed ottimali? Viene spiegato come si può imparare a decidere, calcolare i rischi, valutare le alternative e le informazioni a disposizione.

Paolo Legrenzi, **La felicità**, Bologna 2001, p. 127, 8.00 Euro; Rino Rumiati, **Decidere**, Bologna 2005, p. 128, 8.00 Euro.

Il protocollo individua, all'interno della strategia complessiva sugli anziani, l'obiettivo prioritario della non autosufficienza indicando percorsi concreti da attivare con l'individuazione delle risorse necessarie come la messa a regime dei posti letto in RSA e RP, l'approvazione dell'atto di accreditamento delle strutture socio-sanitarie, la creazione di accesso unici alla rete dei servizi, la definizione di linee guida sull'Ises, la estensione/qualificazione dell'Adi, il riordino del sistema tariffario, il potenziamento complessivo delle "cure domiciliari" con interventi finalizzati anche alla emersione e qualificazione del lavoro di assistenza ad anziani.

All'interno di questa "rete" di servizi da riordinare e potenziare il protocollo stabilisce e quantifica l'impegno regionale necessario per garantire il livello minimo di assistenza sanitaria previsto dal regolamento regionale n. 1/04 concernente "Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale" attraverso un percorso che si articola nel triennio 2005-2007, con un impegno già definito di 10 milioni di euro per l'anno 2005.

Su questa linea è stato attivato un intenso lavoro sulla residenzialità anziani in stretto collegamento con le organizzazioni sindacali finalizzato all'utilizzo dei necessari finanziamenti per qualificare una rete di offerta fino ad oggi poco o nulla regolamentata. Si è pervenuti così alla DGR n. 323/2005 con la quale è stato recepito l'ulteriore accordo sindacale del 3.02.05 assieme a: a) definizione dei criteri tariffari relativi alla compartecipazione alberghiera e ai criteri di esenzione dalla compartecipazione alberghiera in Rsa e alla componente sanitaria e alberghiera delle Rp; b) schema di convenzione da sottoscrivere con gli enti gestori; c) percorso di concertazione per la suddivisione dei posti letto a livello di zona.

Sempre in attuazione della citata DGR 323/2005 - con percorso condiviso con i distretti, gli ambiti, i Comuni, le zone territoriali, l'Asur e tutti gli attori del settore - sono stati altresì adottati altri due provvedimenti e segnatamente: con decreto dirigenziale n. 289 del 21 luglio 2005, tenuto conto della differente distribuzione dei posti letto delle case di riposo della regione (significativa concentrazione nella provincia di Ancona), è stata ridefinita la ripartizione dei posti letto in Rsa e Rp e individuata la allocazione delle risorse aggiuntive; con decreto dirigenziale n. 501 del 2.11.2005 è stato definito nel dettaglio l'impegno di spesa da trasferire alle zone territoriali per la stipula delle nuove convenzioni con l'indicazione dell'incremento assistenziale.

Giorgio Caviglia, **Teoria della mente, attaccamento disorganizzato, psicopatologia**, 2005, p. 153, Euro 13,80; Tiziana Mancini, **Psicologia dell'identità etnica**, 2006, p. 274, Euro 19,60; Georgia Zara, **La psicologia criminale minorile**, 2006, p. 229, Euro 18,90

I tre volumi fanno parte della collana *Psicologia*, delle edizioni Carocci, che offre spazio alla trattazione di argomenti della vasta materia della psicologia, documentando le più recenti acquisizioni e riflessioni della disciplina. Giorgio Caviglia in **Teoria della mente, attaccamento disorganizzato, psicopatologia** mostra i legami concettuali - e le implicazioni in campo clinico - tra teoria della mente (e metacognizione) e concetto dell'attaccamento (che studia l'influenza delle esperienze relazionali dei primi tre anni di vita del bambino nel suo futuro sviluppo cognitivo ed emotivo) soffermandosi in particolare sul modello di attaccamento disorganizzato osservato in soggetti con psicopatologie (disturbi dissociativi, borderline . . .). Il volume **Psicologia dell'identità etnica** assume una prospettiva psicologica per indagare il concetto di identità etnico - culturale, evidenziando i diversi significati che ricopre nello sviluppo della personalità e del comportamento sociale della persona, con particolare riferimento alla condizione degli stranieri che vivono in un paese e in una cultura diverse da quella di origine (acculturazione, integrazione, adattamento). **La psicologia criminale minorile** traccia un bilancio del fenomeno della delinquenza minorile in Italia, interrogandosi sull'opportunità del sistema di organizzazione della giustizia minorile, al fine di indicare possibili strumenti per una riforma che tenga conto della dimensione psicologica del giovane coinvolto in un'azione criminale, esplorando le cause del comportamento e gli interventi rieducativi, di responsabilizzazione e di reinserimento sociale.

Il processo è stato quindi avviato, i finanziamenti aggiuntivi sono a disposizione, i meccanismi di verifica e controllo pure, i direttori di zona unitamente ai comitati dei sindaci e ai coordinatori di ambito sono stati coinvolti, gli enti gestori delle case di riposo e residenze protette sono stati adeguatamente informati, sono state costituite le commissioni a livello di ambito sociale deputate a sostenere i singoli comuni nel percorso di autorizzazione di cui alla L. 20/02, la Regione ha avviato un percorso di formazione e di confronto con le varie commissioni affinché applichino nel migliore dei modi il regolamento 1/04, l'Asur è stata incaricata di seguire nel dettaglio il rapporto con i direttori di zona deputati a stipulare le nuove convenzioni, i finanziamenti per partecipare al sostegno delle necessarie ristrutturazioni dei locali delle residenze protette ai sensi della l.r. 20/02 sono stati erogati dalla Regione in questi anni, utilizzando fondi propri e finanziamenti europei, e verranno erogati anche nel prossimo anno al fine di permettere interventi seri anche in sede strutturale, è stata formalizzata una cabina di regia socio-sanitaria deputata a controllare l'attuazione delle indicazioni regionali.

Altre azioni sono in essere sempre per quanto attiene la residenzialità anziani e tra queste ricordiamo: la costituzione del "Gruppo di lavoro Alzheimer"; la costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione del sistema tariffario Rsa e relativi profili di assistenza; è in itinere l'approvazione di un atto regionale di recepimento della normativa nazionale sui Lea; è in itinere il "Progetto obiettivo: organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche; sono state definite e condivise le "Linee guida sull'assistenza distrettuale"; continuano con regolarità gli incontri con le OO.SS

Per quanto attiene ai quesiti posti dagli interroganti - preso atto degli oggettivi limiti fissati dal piano sanitario regionale, peraltro in scadenza e dato atto anche di alcune difficoltà applicative che si stanno incontrando nel consolidamento di questa prima fase (es: verifica dell'effettivo innalzamento livello assistenziale), si ritiene, al momento, inopportuno apportare nuove modifiche.

Resta inteso che - compatibilmente con le disponibilità di bilancio che verrebbero a configurarsi come risorse quasi esclusivamente regionali in quanto il fondo per la non autosufficienza previsto nella finanziaria 2007 è limitato a soli 50 milioni di euro su base nazionale e quindi disponibile per pochi progetti sperimentali - le soluzioni prospettate nell'interrogazione saranno prese nella dovuta considerazione nell'ambito della nuova programmazione sanitaria.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il consigliere Procaccini.

Cesare PROCACCINI. Ringraziamo l'assessore Mezzolani di questa risposta ed anche di un impegno, seppur limitato, che ha preso, tuttavia vorremmo dire che nel nuovo piano sanitario, il problema della non autosufficienza dovrebbe essere preso molto in considerazione, anche perché siamo nella fase di una ulteriore necessità di razionalizzare le strutture. Avendo classificato nel piano in scadenza, la gerarchia ospedaliera in tre grossi gangli — regionale, di rete e di polo — in questo nuovo piano dovremmo fare un ulteriore sforzo per vedere se dentro una nuova organizzazione il problema dei posti letto che oggi sono inadeguati debba essere rivisto, perché la legge 20 ha cercato di fare una selezione tra casa di riposo per autosufficienti e tutto il resto per non autosufficienti e da questo punto di vista la casa protetta acquisisce un'importanza molto rilevante. Crediamo che per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse generali sul versante dell'assistenza, uno dei problemi della essere proprio questo.

Proprio per questi motivi abbiamo chiesto con forza e chiederemo di integrare la sanità con il sociale, proprio per rispondere meglio ad una popolazione che invecchia e che molto spesso ha delle difficoltà proprio nella sussistenza quotidiana.

Mi auguro che questo impegno che la Giunta regionale assume questa mattina, sia concretizzato nel nuovo piano sanitario, e comunque, nella discussione preparatoria e anche negli atti concreti cercheremo di dare il nostro contributo affinché ciò si realizzi. Comunque la ringraziamo.

