

ACUZIE, POST ACUZIE, SERVIZI RESIDENZIALI E DOMICILIARI NEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE MARCHE

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Una verifica delle risposte che il sistema sanitario e sociosanitario della regione Marche garantisce a tutte quelle persone colpite da gravi malattie che producono condizioni di totale o parziale non autosufficienza. Viene analizzata l'organizzazione e l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari dall'ospedale fino a casa delle persone

PREMESSA

Lo scorso giugno a seguito del Rapporto dell'Isae (Istituto di studi e analisi economica) sulla spesa della sanità in Italia riferita al 2007, con soddisfazione la Regione¹ ha rivendicato l'opera di risanamento e il riequilibrio del disavanzo sanitario. Così si esprimeva l'assessore alla salute, Almerino Mezzolani, "Le Marche, in particolare, risultano al secondo posto per l'equilibrio del bilancio sanitario, con un avanzo di 24 milioni di euro. Ottimo anche il rapporto dei posti letto per abitante, valutato come indicatore fedele dell'equilibrio economico. Con il 3,7 le Marche si confermano una regione virtuosa, così come per l'incremento della spesa sanitaria pro-capite, cresciuta di 47 euro per abitante rispetto al 2006. Il rapporto curato dall'Isae testimonia, fedelmente e autorevolmente, come le previsioni del Piano sanitario regionale si stiano concretizzando efficacemente, rilevando una percentuale di posti letto tra le più razionali in Italia. Così come il risanamento dei conti consenta di aumentare fortemente la spesa per singolo cittadino, permettendo alle Marche di risalire molte posizioni rispetto al passato. La Regione ha saldamente posto le basi per collocare la sanità marchigiana ai vertici nazionali, qualificandola come una delle migliori nel panorama nazionale". Dunque, dopo anni di difficoltà economiche la zavorra del debito non sembrerebbe più pesare sui conti della sanità marchigiana così da renderla capace di rispondere finalmente ai bisogni di quella popolazione che necessita soprattutto sul territorio (a domicilio o nelle residenze) di prestazioni e servizi sanitari in maniera continuativa. Ci riferiamo in particolare alle persone colpite da gravi patologie degenerative e agli anziani malati non autosufficienti².

Cercheremo ora di analizzare con quale

modalità la programmazione regionale ha tentato di dare risposta alle problematiche delle malattie acute e croniche. Non si può, infatti, affrontare il tema delle risposte alla malattia cronica senza analizzare l'organizzazione nelle fasi dell'acuzie e della - cosiddetta - post acuzie³. Inizieremo allora dall'offerta ospedaliera per acuti e post acuti.

L'OSPEDALE. ACUZIE E POST ACUZIE

Prendiamo spunto dai dati riferiti al 2005 e riportati in un'indagine della Corte dei Conti delle Marche⁴ "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. 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%".

Il dato è in linea con le previsioni regionali di stabilire uno standard di posti letto per acuti pari al 3,82 per mille abitanti (circa 5.730 posti). Indicazione confermata dalla Dgr 572/2006⁵ che da attuazione alle indicazioni contenute nell'art. 4 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005.

Considerato che l'obiettivo regionale è quello di avere uno standard complessivo non superiore a 4,5 posti per mille abitanti⁶, 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 Piano sanitario regionale 2003-2006⁷ e dall'allora legislazione nazionale, ma lo 0,68 (circa 1.020 posti), con una riduzione dello 0,32 per mille (480 posti). Se mantenuta l'indicazione della divisione al 50% tra riabilitazione e lungodegenza, si avrebbero 0,34 posti per mille abitanti (510 letti) per ogni funzione⁸.

Complessivamente, dunque, la dotazione ospedaliera dovrebbe essere di 6.750 posti (5.730 + 1020). Va peraltro segnalato che la deliberazione 163/2005⁹ aveva già provveduto a modificare le indicazioni del Piano per quanto riguarda la lungodegenza, con una riduzione di 161 posti (dai 648 previsti a 487) portando, quindi, allo 0,32 per mille la dotazione dei posti letto (tabella 1).

Il dato dell'offerta ospedaliera complessi-

va è importante per un duplice motivo:

a) il numero dei posti letto per acuti permette di capire se la Regione è riuscita ad arrivare agli obiettivi della programmazione nazionale e quindi a ridurre l'eccesso di offerta: una riduzione ritenuta condizione indispensabile al fine di liberare risorse per potenziare i servizi sanitari e sociosanitari territoriali (domicilio e residenzialità);

b) la dotazione di posti ospedalieri nella post acuzie (riabilitazione-lungodegenza) assicura la garanzia di percorsi di cura adeguati per persone che superata la fase acuta non possono rientrare a domicilio. Evitano inoltre l'improprio utilizzo di strutture residenziali extraospedaliere destinate a soggetti cronici non autosufficienti, ma non a malati in fase post acuta¹⁰.

Nel Piano sanitario 2003-2006, per verificare l'andamento dell'offerta ospedaliera si riportavano i dati riferiti al 2001 (posti totali 7.589: di cui per acuti, 6908; per riabilitazione-lungodegenza, 681). Veniva indicata la necessità di ridurre la dotazione e di arrivare almeno al 4 per mille (5876) così da liberare le risorse necessarie per l'assistenza extraospedaliere. A distanza di pochi anni tale obiettivo è stato ampiamente raggiunto con una riduzione di oltre mille posti. Rimaneva e rimane invece sottostimata l'offerta nella post

acuzie (riabilitazione e lungodegenza). Dal 2001 al 2005 nonostante la riduzione dei posti previsti dalla programmazione (dai 1480 del 2003 ai 1020 del 2005), si ha un aumento di soli 33 posti (714 contro 681) con un'offerta che passa dallo 0,4 per mille allo 0,5 (anche se pare altamente improbabile che i posti nel 2001 erano superiori di 78 unità rispetto a quelli del 2004). E' presumibile che nell'ultimo triennio altri posti di lungodegenza siano stati attivati ma la dotazione complessiva, soprattutto quella di riabilitazione, rimane ancora fortemente sottostimata (Cfr. tab.1).

Peraltro questi dati necessitano di un ulterio-

Tabella 1. Posti letto ospedalieri (acuti e riabilitazione lungodegenza) 2001-2005

Anno	P.I. ospedalieri	P.I. per acuti	P.I. riab.ne	P.I. l.degenza	Totali
2001	7589	6908			681
2003	6946				
2004	6662	6059	247	356	603
2005	6451	5737	287	427	714

Nostra elaborazione su dati: PSR 2003-2006 e Indagine Corte dei Conti, 2006.

re approfondimento. Occorre infatti accompagnare all'analisi quantitativa anche altri tipi di considerazioni. Il dato della Corte dei Conti del 2005 indica 427 posti di lungodegenza e 287 di riabilitazione (114 pubblici e 173 privati).

Riguardo all'offerta pubblica è importante segnalare che quattro Zone sanitarie non hanno posti di riabilitazione ospedaliera e due ne dispongono di soli 4. La realizzazione di quattro posti letto (Jesi e San Benedetto) depone - oltre al dato della assoluta 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 ancora lontano dalla previsione considerato che dovrebbero essere dedotti da questo conteggio i posti di residenzialità psichiatrica permanente, così classificati, collocati all'interno di alcune strutture private. Ma più importante è verificare se le trasformazioni (che rispetto alla riabilitazione lasciano inalterate le dotazioni organiche in quanto è lo stesso personale del reparto per acuti che opera nelle nuove lungodegenze) si riducono a semplici cambi di cartello con il solo spostamento, ai fini statistici, dei posti letto da acuti a quelli della post acuzie. In questo senso il fatto che l'attuale normativa non impedisca la re-

alizzazione di moduli anche di 2 posti denota l'assenza di un modello di riferimento. Pare del tutto evidente che dotazioni di 2-4-6 posti letto di lungodegenza, dimostrano solo la necessità di sottrarre posti alle acuzie per inserirli in quelli della post acuzie, così da rendicontare una diminuzione dei primi a favore dei secondi¹¹.

Dunque ad oggi la riduzione dei posti ospedalieri è avvenuta a favore di un parziale aumento dell'area della post acuzie che rimane comunque largamente sottostimata soprattutto nella parte della riabilitazione. Per quanto riguarda la lungodegenza il rischio, per i motivi sopra ricordati, è che all'aumento del numero dei posti non corrisponda l'attivazione della funzione. Occorre infine verificare se dal recupero delle risorse derivanti dalla riduzione dell'offerta ospedaliera, condizione per il potenziamento dei servizi territoriali, si è avuto effettivamente un drenaggio di risorse a beneficio dei servizi territoriali.

DOPO LA POST ACUZIE

Ci accingiamo ora a verificare qual è il livello dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio. Come si risponde nella nostra Regione ai bisogni di quelle persone che si situano nell'area della cosiddetta cronicità¹². Area in cui gli esiti tendono ad essere permanenti; dove l'obiettivo della cura non è più la guarigione ma il mantenimento delle condizioni di salute. Si tratta di analizzare il quadro della risposta offerta nel livello residenziale e in quello domiciliare.

Già abbiamo detto che senza un'adeguata offerta nell'area della post acuzie, ricade, purtroppo, sul sistema residenziale (destinato ad accogliere i cosiddetti malati stabilizzati) la gestione di soggetti non stabilizzati che richiedono adeguati interventi di cura.

Riprendiamo le indicazioni contenute nel Piano sanitario 2003-2006¹³; l'atto che ha tentato (purtroppo come vedremo con risultati deludenti) di far seguire all'analisi anche un effettivo programma di risposta.

L'obiettivo del Piano era quello di arrivare in un triennio a garantire al 60% degli anziani non autosufficienti ospiti delle Case di riposo un'adeguata assistenza realizzando entro il 2006, 2500 posti di residenza protetta (RP) oltre a 1320 di residenza sanitaria assistenziale (RSA). Per raggiungere questo obiettivo stimava la necessità (p. 21) di un recupero di risorse aggiuntive pari a 25-30 milioni di euro l'anno.

Queste due tipologie di strutture, deputate

all'accoglienza di malati stabilizzati, sono quelle identificate dalla Regione per rispondere ai bisogni degli anziani malati non autosufficienti non curabili a domicilio. Si differenziano per la diversa intensità delle cure: le RSA sono destinate a malati che richiedono una intensità assistenziale alta a causa di patologie croniche multiproblematiche e necessitano di assistenza prevalentemente sanitaria; le RP sono rivolte a malati che non richiedono prestazioni sanitarie complesse.

Nel 2003 la situazione dell'assistenza residenziale era la seguente. Nelle oltre 140 strutture assistenziali delle Marche erano ospitati circa 6.250 anziani. Oltre 4.000 quelli non autosufficienti (compresi soggetti con forme di demenza e soprattutto malattia di Alzheimer). Erano inoltre attivi circa 700 posti di Rsa anziani localizzati soprattutto in strutture sanitarie disattivate, nel 1992, dalla funzione ospedaliera. Non più del 10% dei malati non autosufficienti ricoverati nelle strutture assistenziali riceveva un'assistenza adeguata¹⁴, così come stabilita, successivamente, dalla Regione.

Appare del tutto evidente lo scarto tra esigenze e risposte; in molti casi si è in presenza di malati che necessitano in ogni atto della vita quotidiana dell'assistenza e dell'aiuto di altre persone. Di soggetti che richiedono permanenti interventi di cura. Diventa pertanto necessario esaminare, con la precisione che la gravità della situazione merita, di quanta assistenza sociosanitaria hanno bisogno queste persone, chi la deve assicurare, e qual è la situazione ad oggi nella nostra Regione¹⁵.

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale rivolta ad anziani non autosufficienti la normativa nazionale¹⁶ stabilisce che nelle cosiddette fasi di "lungoassistenza" il costo del servizio gravi per metà sul fondo sanitario (quota sanitaria), ed è quindi gratuito; l'altra metà è a carico dell'utente e se il suo reddito è insufficiente a carico del Comune (quota sociale)¹⁷. La regione Marche ha stabilito per le residenze protette uno standard pari a 100 minuti al giorno per gli anziani non autosufficienti e 120 per gli anziani con forme di demenza (in entrambi i casi 20 minuti sono di assistenza infermieristica). Il costo della retta giornaliera, come già detto, è stato fissato in 66 euro al giorno con compartecipazione al 50% tra sanità e sociale. Per quanto riguarda invece le

RSA anziani, la Regione, non ha definito né lo standard di assistenza, né, conseguentemente la retta. Ha soltanto stabilito che per i primi sessanta giorni la degenza è gratuita; dopo i 60 giorni è possibile, a determinate condizioni, la continuazione della degenza in regime gratuito¹⁸, altrimenti la quota a carico dell'utente è pari a 33 euro al giorno come nelle RP.

E' invece importante segnalare come gran parte delle RSA anziani ospiti una utenza difforme da quella indicata. Quasi tutte le Rsa delle Marche ospitano, infatti, malati in dimissione ospedaliera in fase post acuta, non differenziandosi con l'utenza delle lungodegenze post acuzie e in alcuni casi della riabilitazione. Questa situazione introduce una doppia criticità:

a) molti dei malati ospitati dovrebbero accedere al sistema della post acuzie che offre standard terapeutici molto più alti a garanzia di una fase non stabilizzata della malattia;

b) l'utilizzo per questa funzione riduce, conseguentemente, l'offerta di posti per malati cronici non autosufficienti. Le RSA anziani si traducono così, per lo più, in strutture che gestiscono la post acuzie (si possono definire lungodegenze di secondo grado) mantenendo l'impostazione ospedaliera, che le apparteneva fino alla disattivazione della funzione e la trasformazione in RSA anziani¹⁹.

A più riprese è stato richiesto alla Regione il dato sui tempi di degenza in queste strutture: dato che non è stato mai fornito e sembra non essere in possesso agli uffici regionali²⁰. Stimiamo comunque un tempo di degenza del tutto assimilabile a quello di una lungodegenza. Ad esempio nella Zona 5 di Jesi in cui sono presenti 3 Rsa la degenza media nel 2005 era di 51 giorni.

La questione complessiva, come si può constatare è di grande rilevanza. A fronte di circa 4.500 anziani non autosufficienti ospiti di strutture meno del 10%, ad inizio 2009, riceve l'assistenza sociosanitaria di cui necessita. Per altri 3.000 l'assistenza erogata è pari alla metà di quella prevista (conteggiando nei 3.000 anche i 770 posti che a partire da novembre 2008 dovevano ricevere 50 minuti al giorno²¹ aggiungendosi così ai precedenti 2.200; a gennaio 2009, l'aumento dell'assistenza non c'è ancora stato); rimangono circa 1.000 anziani non autosufficienti i quali ricevono un'assistenza pari a circa il 10% di quella prevista²².

Deve inoltre essere ricordato che secondo una rilevazione della regione Marche, effettuata con il sistema RUG, all'interno delle Case

di riposo risulta che circa 1.500 anziani malati ricoverati hanno i requisiti per essere ricoverati in RSA.

I posti in RSA sono circa 850, utilizzati per la maggior parte dei casi per degenze a termine. Il risultato finale è che oggi nelle Marche non sono più di 600-700 i posti di residenzialità permanente con standard adeguati a fronte di oltre 30.000 anziani non autosufficienti presenti nel territorio regionale²³. Particolarmente grave è il quadro riferito alla *malattia di Alzheimer*. Si prevedono nuclei Alzheimer all'interno delle RSA e nuclei di residenza protetta per "anziani con forme di demenza". Si ritiene che complessivamente i posti siano inferiori a 100 in tutto il territorio regionale.

A fronte, quindi, dell'obiettivo regionale indicato dal Piano sanitario del 2003, che richiedeva un impegno finanziario aggiuntivo pari a circa 25-30 milioni di euro, la Regione alla fine del 2004 ha firmato un accordo con le organizzazioni sindacali volto al potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in cui impegnava 10 milioni di euro per la riqualificazione dell'assistenza residenziale²⁴. L'esito di tale accordo, che purtroppo non accoglie in alcun modo le indicazioni del Piano sanitario, si traduce nel mantenimento dei circa 350 posti di residenza protetta e in un innalzamento per circa 2.200 anziani dell'assistenza fino ad un massimo di 50 minuti al giorno (10 di assistenza infermieristica)²⁵. Nei fatti l'innalzamento dell'assistenza si è avviato a gennaio 2006 e dei 10 milioni di euro se ne sono utilizzati circa 7,5, gli altri 2,5 milioni dovevano servire per il potenziamento delle Rsa che la regione ha deciso però di sospendere.

Altra area di grande criticità è quella riguardante i *comi persistenti*. In tutta la Regione sono solo 80 i posti previsti, se a ciò si aggiunge il distorto utilizzo delle RSA anziani pare evidente la scarsità dell'offerta.

C'è poi il problema *delle rette e degli oneri a carico degli utenti*. Nonostante la Regione abbia indicato in 33 euro la quota (aumentata di un massimo del 25% nel caso siano garantiti adeguati standard alberghieri, peraltro non indicati in nessun provvedimento) nei fatti circa l'80% dei ricoverati paga rette più alte fino ad arrivare ad oltre 50 euro al giorno. Questa situazione è motivata dal fatto che le quote sanitarie a carico del fondo sanitario regionale vengono garantite, come dovrebbero, al 50% del costo complessivo solo negli effettivi posti nei quali viene erogata 100-120 minuti di assistenza; in tutti gli altri (quelli a 50) la quota

non è di 33 ma di 16; per i restanti ancora la quota è quella del finanziamento in Adi, pari a circa 6-8 euro al giorno.

In questo quadro è evidente che se le strutture vogliono garantire ai malati ricoverati una accettabile assistenza sociosanitaria, in assenza del finanziamento della sanità, aumentano la quota a carico degli utenti che non pagano più il 50% ma il 75-90% della retta²⁶. Pare inoltre evidente che uno standard assistenziale fortemente inadeguato non può che determinare contenzioni immotivate, ricorso massiccio all'assistenza privata, uso abnorme di sedativi.

VALUTAZIONE E APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

A fronte di questi dati, diventa indispensabile richiamare il tema dell'appropriatezza degli interventi. Appropriatezza invocata soprattutto nei periodi di difficoltà economiche. Si ha l'impressione 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 dei servizi sociosanitari che pur presentando bisogni ed esigenze molto forti sono portatori di interessi molto deboli; pari alla loro fragilità. Ci si chiede pertanto:

- Se la ricerca dell'appropriatezza è la guida e il riferimento di un sistema sanitario orientato alla salute, 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? Che solo il 10% dei malati ricoverati riceve un'assistenza adeguata?
- 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 con presenza infermieristica non superiore alle 5-6 ore giornaliere e con assistenza tutelare di circa 40 minuti al giorno?
- Come operano le Unità Valutative distrettuali²⁷ 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 malati 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?

- Che significato ha ed ha avuto l'adozione del sistema di valutazione (RUG) da parte della regione Marche ai fini della 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 strumenti a sua disposizione. Il primo è la mancata informazione ai cittadini riguardo i loro diritti, i tipi di servizio, i percorsi per l'accesso, le modalità di ammissione. A ciò cui si aggiunge la prassi del razionamento occulto; il bisogno viene compresso o disconosciuto, il diritto negato.

LE CURE A DOMICILIO

Rimane infine da analizzare il quadro delle cure a domicilio erogate nella nostra regione. Alcuni dati recenti sono disponibili a seguito di una interrogazione consiliare che chiedeva conto dell'organizzazione del sistema delle cure domiciliari nelle Marche²⁸. Si è potuto così conoscere l'ammontare del finanziamento che nel 2007 è stato pari a 45.273.000 euro²⁹. Un finanziamento ingente che non sembrerebbe però giustificare la realtà delle cure domiciliari nei territori della nostra Regione. Infatti nonostante la normativa regionale³⁰ preveda dettagliati interventi sia in termini di prestazioni che di copertura oraria, in gran parte del territorio marchigiano le cure sono erogate generalmente di mattina, non sempre è presente l'attività riabilitativa, così come molto diversificate sono le branche specialistiche garantite. Raramente ci si trova in presenza di un effettivo servizio di cure domiciliari. In realtà gran parte del finanziamento viene utilizzato dalle Zone territoriali per il pagamento delle prestazioni professionali di figure sanitarie (infermieri, fisioterapisti, ecc..) all'interno delle strutture. A questo proposito l'interrogazione chiedeva quanto di questo finanziamento venga impiegato all'interno delle strutture residenziali che accolgono malati non autosufficienti e quanto effettivamente al domicilio degli utenti. La risposta non chiara-

sce, purtroppo, questo punto; si afferma, infatti, che "l'attribuzione di prestazioni Adi erogate alle strutture residenziali non avviene per posto letto, ma sulla base della valutazione della Unità valutativa integrata del singolo caso, per cui non è possibile rispondere a quanto richiesto, cioè una specifica quota assegnata alle strutture residenziali, per lo meno allo stato attuale della contabilità analitica". In realtà sembra del tutto impossibile che la Regione non sia in possesso di questo dato. Basterebbe verificare per ogni Zona territoriale quanta parte del Fondo viene utilizzato per le convenzioni con le case di Riposo. Dall'interrogazione inoltre si evince che non esiste lista di attesa per l'accesso a questo servizio. E' facile rispondere che non esiste lista di attesa, perché gli utenti quando non ricevono le prestazioni di cui hanno necessità si rivolgono, quando possono, all'assistenza a pagamento. Altro aspetto infine da segnalare è quello relativo all'erogazione dell'assistenza tutelare. Questa prestazione, per la quale la normativa sui livelli essenziali di assistenza sanitaria prevede la compartecipazione al 50% tra Comune e ASL, non risulta sia assicurata dalle Zone sanitarie al domicilio degli utenti, mentre viene rimborsata, seppur con quota residua, in regime residenziale. Ci si chiede allora, come è possibile, con un sistema di questo tipo ipotizzare, come fa il Piano sanitario 2007-09 e quello sociale 2008-10, una riduzione della residenzialità grazie ad un sistema di cure domiciliari così organizzato? Ci si chiede come sia possibile ipotizzare una riduzione dell'ospedalizzazione quando nella stragrande maggioranza dei territori marchigiani è impossibile nel pomeriggio fruire di prestazioni infermieristiche.

CONCLUSIONI

In questo percorso abbiamo voluto analizzare l'impegno del sistema sanitario della nostra Regione nei confronti di quelle persone, adulte e anziane, che hanno bisogno permanentemente di interventi di cura. Il quadro non è, a tutt'oggi, confortante. La grande fatica sta nella difficoltà di riconoscere i diritti di queste persone. Sono persone che non sono in grado di far valere i loro diritti e il sistema implacabilmente e anche crudelmente, li penalizza. Sono portatori di grandi bisogni e di grandi esigenze, ma non trovano rappresentanza. I loro diritti sono sistematicamente violati. Il quadro che abbiamo presentato è lì a

dimostrarlo. I dati della Regione indicano, negli ultimi anni, una sostanziale diminuzione dei posti letto per acuti (circa 1100); diminuzione posta come condizione per il recupero di somme da destinare all'assistenza territoriale. Nel 2003 si stimava in 25-30 milioni la quota necessaria per assicurare assistenza adeguata al 60% dei malati non autosufficienti ospiti delle residenze. Ad inizio 2006 si è cominciato a spendere una cifra pari 7.5 milioni di euro destinata ad assicurare la metà dell'assistenza prevista a circa la metà dei malati non autosufficienti ricoverati. Da gennaio 2009 dovrebbero essere utilizzati altri 4.5 milioni di euro volti ad assicurare a circa il 65% dei malati ricoverati la metà dell'assistenza prevista (quella minimamente necessaria). Un'assistenza, beninteso, di cui, oltre che bisogno, hanno diritto³¹.

Ad inizio 2009 dunque a fronte, forse, del recupero di risorse derivanti dalla riduzione dell'offerta ospedaliera per acuti si sono liberati complessivamente 12 milioni di euro. A partire da gennaio 2009 sono rimasti ancora sostanzialmente inalterati i posti di RSA (1320 quelli previsti circa 850 quelli attivi; tenendo conto, come spiegato della incoerenza tra classificazione e funzione); inalterati pure i posti di RP con assistenza come da normativa. La mancata organizzazione e il ridottissimo finanziamento dell'assistenza residenziale ha prodotto negli anni la distorsione dell'utilizzo del fondo per le cure a domicilio. Il fondo è stato infatti per la grandissima parte utilizzato per l'assistenza residenziale invece di quella domiciliare. Il conto di questa situazione l'hanno pagato le persone e le famiglie che continuano a non ricevere a casa quegli interventi di cui hanno bisogno e diritto.

A fronte di questa situazione non è inutile ricordare il Piano sanitario 2003-2006 nella parte in cui indicava nella *tutela dei soggetti fragili* uno degli obiettivi fondamentali della politica sanitaria regionale. Vi si affermava: "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".

E' opportuno, alla luce di quanto abbiamo

approfondito, dedicarvi una adeguata riflessione.



Note

- 1 "Conti sanitari 2007 in ordine, le Marche regione virtuosa in Italia. Dai dati Isae la conferma della validità del Piano sanitario". Comunicato stampa della regione Marche, n. 459 del 9 giugno 2008.
- 2 Per un approfondimento cfr, Gruppo Solidarietà (2003), *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*; Gruppo Solidarietà (2007), *Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche*.
- 3 Cfr, E. Brizioli, *Post-acuzie, riabilitazione e residenzialità. Un nodo da sciogliere*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 6-2005, p. 21-24.
- 4 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 del 13 luglio 2006 è consultabile in www.grusol.it.
- 5 "Preso d'atto delle iniziative della Regione Marche attinenti quanto previsto dall'art. 4 dell'Intesa Stato Regioni del 23.3.2005".
- 6 DGR 2592 del 12.12.2005, "Accordo per l'anno 2005 con le case di cura multispecialistiche".
- 7 Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, "Piano sanitario regionale 2003-2006. Un'alleanza per la salute".
- 8 Sul computo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera del PSR ricordiamo la scorrettezza regionale che ha ricondotto all'interno dei p.l. ospedalieri, così da arrivare allo 0,50, anche quelli di riabilitazione extraospedaliera estensiva. Nei fatti la dotazione e 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.
- 9 "Piano sanitario regionale 2003-2006: riordino dell'assetto ospedaliero".
- 10 Cfr, *Rsa anziani nelle Marche. Le non risposte dell'assessore alla salute*, in www.grusol.it/informazioni/31-01-06.PDF.
- 11 si veda su questi stessi temi, *Progetto obiettivo riabilitazione e lungodegenza della Regione Marche. Le richieste di modifica*, in www.grusol.it/vocesociale/app18-10-2006bis.asp.
- 12 Sui temi della cronicità si consiglia la lettura del documento del Consiglio Superiore di sanità (1999), *Questioni etiche nell'assistenza alle persone affette da patologie croniche*, in www.grusol.it/informazioni/cronicita.asp.
- 13 Il Piano sanitario 2007-09 (deliberazione 62/2007), in questo senso, è stato deludente limitandosi a generiche enunciazioni di principio e non assumendo impegni. In proposito segnaliamo alcune delle tante prese di posizioni tutte consultabili in www.grusol.it. Piano sanitario delle Marche. Le richieste di modifica del CAT, in www.grusol.it/vocesociale/..informazioni\09-07-07.asp; Anziani non autosufficienti nelle Marche. Modificare il Piano sanitario regionale per garantire diritti e assistenza adeguata, in www.grusol.it/vocesociale/26-07-07.PDF; *Il Piano sanitario della regione Marche. Una cattiva notizia per i malati non autosufficienti*, In "Appunti sulle politiche sociali", n. 5/2007.
- 14 Nel 2004, con il 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), vengono stabiliti anche gli standard di assistenza delle strutture.
- 15 Vedi in proposito, *Anziani non autosufficienti nelle Marche. A proposito degli impegni presi dalla Regione* www.grusol.it/vocesociale/10-01-09.PDF
- 16 Dpcm 14.2.2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"; Dpcm 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". La regione Marche non ha dato attuazione con specifico atto ai due provvedimenti. Per quanto riguarda lo specifico degli anziani non autosufficienti inseriti in residenze protette ha definito una retta giornaliera di 66 euro ripartita al 50% tra sanità e sociale (dgr 323/2005 e seguenti).
- 17 Non affronteremo in questo contributo lo specifico della normativa riguardante i criteri di compartecipazione dell'utente. Ricordiamo che la normativa vigente in tema di partecipazione al costo dei servizi socio assistenziali (D.lgs 109/98 come modificato da D.lgs 130/2000) prevede che per disabili gravi e anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti certificati dalle aziende sanitarie, nel caso di percorsi integrati sociosanitari, il reddito di riferimento ai fini della compartecipazione va calcolato su quello dell'utente e non dei familiari. Per un approfondimento sul dibattito in corso, cfr., F. Ragaini, *Sui LEA sociosanitari. Alcune positive novità e nodi di sistema da affrontare*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3-2008; M. Perino, *Sui nuovi LEA sociosanitari e oltre*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 4-2008. Molta documentazione al riguardo è consultabile in www.grusol.it. Per quanto riguarda invece le indicazioni nazionali in merito all'assistenza residenziale segnaliamo il recente documento della Commissione Nazionale sui LEA del Ministero della salute, riguardo le prestazioni semiresidenziali e residenziali <http://www.grusol.it/informazioni/07-06-07ter.PDF>; E. Brizioli, *Il documento del Ministero della salute sui servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti*, In "Appunti sulle politiche sociali", n. 6-2007.
- 18 La Dgr 704/2006, "Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005", stabilisce che "I primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Nel caso in cui la Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art. 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuita della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla partecipazione alberghiera". In realtà anche la quota alberghiera fissata a 33 euro può subire a determinate condizioni un aumento o una diminuzione pari al 25%.
- 19 Per conoscere l'evoluzione delle Rsa anziani nelle Marche, F. Ragaini, *Presente e futuro delle Rsa nelle Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 4-1999, p. 16. Ampia documentazione in www.grusol.it/vocesociale.asp.

- 20 Si veda in proposito, *Riqualificazione assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti nelle Marche. Dopo due anni la Regione fornisce alcuni dati*, www.grusol.it/informazioni/06-10-07.PDF. Nel testo si riporta la risposta ad una interrogazione consiliare nella quale si chiedevano dati sul funzionamento delle RSA anziani.
- 21 Dgr 1493/2008, "LR n. 25/2008, Assestamento del bilancio 2008, articolo n. 37, Fondo regionale per la non autosufficienza. Attuazione adempimenti". L'impegno finanziario assunto per l'aumento dell'assistenza è pari a 4,5 milioni di euro.
- 22 Cfr., C. Politi, 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*, In "Politiche sanitarie", n. 1/2004, p. 43.
- 23 Cfr, Piano sociale regionale 2008-10, p. 100.
- 24 Dgr 1322-2004, "Protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza"; vedi anche il comunicato stampa del CAT del 19 dicembre 2004, "Anziani non autosufficienti e servizi residenziali. L'ennesima beffa per i soggetti più deboli", <http://www.grusol.it/vocesociale/19-12-2004.asp>, vedi anche, F. Ragaini, *Anziani non autosufficienti e diritto agli interventi sociosanitari nelle Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 6-2006, p. 17.
- 25 Il protocollo introduce anche delle novità terminologiche, che hanno ingenerato molta confusione. L'assistenza prevista per le RP pari a 100-120 minuti viene definita "alta intensità", l'assistenza a 50 minuti derivante dal nuovo finanziamento regionale "media intensità"; tutti i malati che non rientrano nella riqualificazione sono collocati nella "minima intensità". A confondere ancora di più la situazione si è aggiunto l'avvio dei percorsi di autorizzazione delle strutture. La gran parte delle vecchie Case di riposo hanno chiesto e ricevuto l'autorizzazione per residenza protetta (ad oggi più di 4.000 posti). Ma solo per circa 350 posti l'assistenza erogata è quella di una RP (100-120 minuti al giorno) per gli altri nei casi migliori è la metà. Tale distinzione non viene però mai messa in evidenza, indicando genericamente il numero dei posti di residenza protetta.
- 26 Per aiutare gli utenti a conoscere i propri diritti il Comitato Associazioni Tutela ha realizzato la "Guida ai diritti, ai servizi, agli interventi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie". Il testo è scaricabile in [www.grusol.it/informazioni/guida 2008.pdf](http://www.grusol.it/informazioni/guida%202008.pdf). La copia cartacea può essere richiesta a grusol@grusol.it.
- 27 Cfr., F. Ragaini, *La normativa della Regione Marche sulle Unità di valutazione distrettuali*, in www.grusol.it/informazioni/16-11-05.PDF; *Organizzazione e funzionamento delle Unità valutative distrettuali nelle Marche* www.grusol.it/vocesociale/21-10-06.PDF, nel quale si riporta il testo di una interrogazione consiliare e la risposta dell'assessore alla salute sul funzionamento delle UVD. Su questi stessi temi, A. Guaita, *Quantità e qualità dei nuovi bisogni della popolazione anziana*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2-2002, p. 11.
- 28 Vedi in particolare, *Sull'organizzazione e funzionamento delle cure domiciliari nelle Marche*, www.grusol.it/informazioni/18-07-08.PDF. Per un approfondimento: Gruppo Solidarietà (1999), *Curare e prendersi cura. La priorità delle cure domiciliari*; F. Pesaresi, *Le cure domiciliari in Italia. Riferimenti organizzativi*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 1/2008, p. 8; F. Pesaresi, *L'organizzazione delle cure domiciliari nelle Regioni*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2008, p. 11.
- 29 Con la Dgr 1493/2008 il finanziamento per le cure domiciliari è stato aumentato di 2 milioni di euro.
- 30 DGR 606/2001, "Linee guida sulle cure domiciliari".
- 31 Essa rientra tra le prestazioni previste dal Dpcm 29.11.2001 sui livelli essenziali di assistenza che il sistema sanitario è tenuto a garantire.

Nuovi equilibri

Testi fanno parte della collana *Nuovi equilibri* edita dalla casa editrice *Tecniche Nuove*, suggerimenti e tecniche introspettive per conquistare il benessere individuale e sviluppare armonia nelle relazioni con gli altri. **Stress malattia dell'anima** analizza origine e conseguenze di un malessere considerato anche dalla medicina, causa di molti disturbi e patologie; l'autrice spiega come è possibile superare tensioni, emozioni negative, combattere ansie, imparando a dedicare del tempo alla cura di se stessi con esercizi di meditazione e rilassamento per ritrovare l'equilibrio interiore; in allegato un Cd con la guida agli esercizi. **Rallentare** è diventato quasi un imperativo in una società che sembra destinata ad un irrimediabile stato di crisi che coinvolge l'ambiente, i tessuti sociali, la vita mentale dei singoli individui; attraverso un excursus storico nelle tradizioni passate, il libro offre riflessioni, citazioni, percorsi per educarci al rispetto dell'esistenza, in ogni forma, a partire prima di tutto da noi stessi. L'autrice del volume **La coppia che funziona**, partendo dalla sua esperienza professionale di psicoterapeuta, si propone di far capire come sia necessario imparare ad amare se stessi per vivere legami affettivi stabili e duraturi; le indicazioni contenute possono essere utili per analizzare e comprendere il proprio atteggiamento e porsi in modo maturo nei confronti del partner.

Manuela Pomapas, **Stress malattia dell'anima**, Roma 2007, p. 134, euro 13.90; Carlo Moiraghi, **Rallentare**, Roma 2007, p. 307, euro 16.90; Eva Maria Zurhorst, **La coppia che funziona**, Roma 2007, p. 218, euro 17.90.