

Riportiamo di seguito i principali interventi all'Attivo Regionale unitario dei quadri, delegati e pensionati sul tema promosso da Cgil, Cisl, Uil Marche, lo scorso 14 luglio ad Ancona.

I SOGGETTI DEBOLI ED I SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI NELLE MARCHE

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Gabriele PAOLUCCI, Segretario Regionale CGIL Marche

Cos'è che spinge CGIL CISL UIL delle Marche a promuovere un Attivo dei propri quadri, delegati e pensionati, aperto ad interlocutori per noi interessanti, perché hanno responsabilità politico-istituzionali (come i due Assessori alla Sanità ed ai Servizi Sociali, che ringraziamo per la presenza), o perché hanno responsabilità gestionali e operative, nei Distretti, negli Ambiti sociali, o perché sono impegnati in organizzazioni ed Associazioni di tutela; dicevo cos'è che spinge il sindacato confederale marchigiano a realizzare una iniziativa di riflessione, di denuncia ma anche di proposta, sui temi della non – autosufficienza, e di come il nostro sistema sanitario e sociale riesca (o meno) a dare risposte adeguate ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione marchigiana?

Di sicuro non è la stessa motivazione che ha spinto il Ministro Sirchia a consigliare di risolvere il problema degli anziani e del caldo utilizzando i centri commerciali, o che ha spinto il Ministro Pisanu a chiedere di aprire, ai medesimi soggetti, le porte dei Comandi dei Vigili del Fuoco per stare al fresco e magari fare quattro chiacchiere, tra un soccorso e l'altro.

Non è la stessa motivazione perché il sindacato confederale non si ricorda del problema solo quando è caldo e soprattutto perché ritiene che meriti risposte più serie e responsabili, soprattutto da parte di chi ha responsabilità di Governo.

Ci siamo decisi dunque a dare maggiore visibilità al problema perché preoccupati da un lato del carattere straordinario che essa rischia ormai sempre più di assumere, nella nostra Regione in particolare, e dall'altro perché avvertiamo il rischio che le scadenze politico-elettorali che abbiamo di fronte (in particolare le elezioni per il rinnovo del Consiglio Regionale, previste per l'anno prossimo, salvo mutamenti di scenario politico istituzionale nazionale ..) possano condizionare in termini non positivi la possibilità di affrontare con coraggio e senso di responsabilità i problemi oggetto dell'iniziativa odierna.

Ma su questo timore, più avanti sarò più esplicito.

Mi scuso in anticipo se ciroscriverò il mio intervento (e le relative proposte) ad un ambito non così ampio come il titolo che abbiamo voluto dare all'incontro di oggi ("I soggetti deboli ed i servizi sociali e socio-sanitari nelle Marche") lascerebbe presupporre: lo faccio per scelta dichiarata, perché vorremmo uscire da questa iniziativa con pochi ma ben definiti obiettivi da perseguire e su cui chiamare la Giunta Regionale (in primis i due Assessori presenti) ad esprimersi ed eventualmente ad impegnarsi da qui alla fine della legislatura regionale, sapendo che il dibattito stesso provvederà a colmare le lacune di questa introduzione e di ciò ovviamente terremo conto per sviluppare ed articolare ulteriormente la nostra iniziativa (che ovviamente non si fermerà con le elezioni regionali del 2005 ...).

Il contesto nazionale, ed ancor più la recente attualità politico-istituzionale, sono dati ovviamente imprescindibili per definire correttamente le coordinate entro le quali una iniziativa come la nostra, a livello regionale, può e deve ragionevolmente collocarsi, per non rischiare di sbagliare bersaglio, ma anche perché ognuno si assuma il livello di responsabilità che gli è proprio.

E a proposito di responsabilità, quella del Governo è davvero grande (e certamente non positiva) sulle questioni di cui ci occupiamo oggi: gli interventi effettuati dal governo con le ultime tre leggi finanziarie hanno ridotto tutto il sistema delle prestazioni socio-sanitarie ad una condizione di cronico sotto-finanziamento e di persistente, drammatica sofferenza di cassa.

A partire dalla sottostima del fabbisogno sanitario nazionale (3,3 mld di € per il 2001; 3,3 mld di € per il 2002; una stima di 5 mld di € per il 2003 ed altrettanti per il 2004); passando attraverso il blocco delle leve fiscali regionali (confermato per quest'anno) ed arrivando al dilazionamento dei tempi, da parte del Ministero del Tesoro, del pagamento delle quote del Fondo Sanitario Nazionale.

Per non parlare del contenzioso tra lo Stato e le Regioni in relazione al finanziamento delle quote capitarie corrispondenti alle lavoratrici ed ai lavoratori immigrati regolarizzati.

E che dire del personale? Permangono tutte le limitazioni nelle assunzioni e le risorse per il rinnovo del 2° biennio del comparto sono palesemente inadeguate (meno delle metà del necessario).

Intanto cresce la spesa privata in campo sanitario: nel 2002 gli italiani hanno speso di tasca propria, tra ticket e visite, esami e ricoveri a pagamento, 24 miliardi di €.

Nel 2003 è aumentata del 15,3% la spesa delle famiglie per i farmaci (nelle Marche, fatta 100 la spesa sanitaria complessiva, nel 1991 quella privata costituiva il 14,7%, nel 2001 il 22,5%).

Anche nel campo sociale, la situazione non migliora: tra riduzione del Fondo nazionale per le politiche sociali, taglio dei trasferimenti agli Enti locali, conferma della sospensione dei tributi aggiuntivi locali, si è stimato che nel 2004 ai Comuni, fornitori di gran parte dei servizi sociali dei cittadini a cui dedicano il 35-40% delle risorse disponibili, siano venuti a mancare circa 1 miliardo di € ! Per capire l'entità di ciò che stiamo parlando basti pensare al Comune di Ancona, che si è visto – dal 2003 al 2004 – ridurre del 13% circa i trasferimenti dallo Stato con una diminuzione di 3,3 ml di €.

Ma non basta ! E siamo all'attualità. La manovra correttiva varata dal Consiglio dei Ministri pochi giorni fa (necessaria per far rientrare il deficit tendenziale del 2004 all'interno del 3% del PIL, come chiede fortemente l'Unione Europea) ha tagliato di un ulteriore miliardo e mezzo la spesa per il 2004 !

Per di più in soli 6 mesi (quelli che restano da qui alla fine dell'anno)! Un divieto di spesa, insomma, a bilanci già fatti ed impegni già assunti (taglio del 10% ai consumi intermedi rispetto alla spesa effettuata tra il 2001 ed il 2003).

E' evidente l'immediato riflesso (e non solo immediato, visto che il divieto vale anche per il 2005 ed il 2006) sui servizi sociali e su tutte le spese annesse e connesse.

E se poi i sindaci dicono (come riportava la stampa) che tanto il Decreto non sarà applicato (Decreto all'italiana ...) e che serve solo per tener buona l'Europa ... ci preoccupiamo ancor di più, se possibile.

Ed ancora non basta, se pensiamo che ormai si parla, per il 2005, di una manovra complessiva ed ulteriore di oltre 30 mld di € !!!

Se sul fronte delle risorse dunque siamo in estrema difficoltà, l'orientamento complessivo che il Governo (e la sua maggioranza) esprime sulle questioni che ci stanno a cuore, ci preoccupa se possibile ancor di più: dalla teorizzazione di uno Stato sociale minimo, compassionevole (direbbe con soddisfazione Bush) in cui la famiglia dovrebbe surrogare la presenza di una robusta responsabilità pubblica che invece si ritrae (basta leggere il Libro Bianco del governo sul Welfare), in cui i livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza (tuttora rimasti indefiniti) possono essere diversi dai "cosiddetti livelli irrinunciabili", i quali, invece, dovrebbero coincidere con "il nucleo essenziale dei diritti sanciti costituzionalmente" (si noti la capziosità dell'interpretazione) ed in cui vi sarebbe una "esigibilità immediata" di alcune prestazioni a fronte di una "esigibilità sostenibile" delle medesime (cito una bozza di documento sui LEP di fonte governativa), in un quadro di progressivo, deliberato ed evidente allontanamento dei principi sanciti dalla L. 328/2000 e di scardinamento dell'assetto unitario nazionale dello Stato sociale, ora forzando il nuovo art. 117 della Costituzione, entro breve con la cosiddetta devolution, se non ci saranno novità che la possano mettere in discussione.

Per finire, sul versante nazionale è noto lo stop imposto dal Ministero del Tesoro all'iter legislativo del provvedimento che istituiva il Fondo per il sostegno alle persone non autosufficienti (una proposta di legge di iniziativa del centro-sinistra, ma licenziata a larghissima maggioranza dalla Commissione Affari Sociali) che si proponeva di aumentare in misura consistente il numero delle persone non autosufficienti che potessero beneficiare delle prestazioni assistenziali fino a pervenire ad un universalismo vero; di potenziare e variare *tanto* le opportunità di assistenza a domicilio e sul territorio, superando la frammentarietà ed i forti squilibri territoriali che sinora hanno contraddistinto la rete dei servizi esistenti, *quanto* l'offerta di sostegno economico; di rafforzare i diritti soggettivi delle persone non autosufficienti rendendo esigibile il diritto alla prestazione; di ridurre l'impatto finanziario delle famiglie.

Un Fondo che sarebbe stato finanziato da una imposta addizionale sui redditi delle persone fisiche e giuridiche, graduata in relazione ai diversi scaglioni di reddito e con la previsione dell'esenzione dell'imposizione per i redditi medio-bassi (una tassa di scopo, insomma): è evidente che un'idea di questo genere (peraltro sostenuta da un consenso diffuso tra la popolazione, come hanno dimostrato diversi sondaggi) non poteva che cozzare con l'ipotesi divenuta ossessiva del Presidente del Consiglio (e del suo ex Ministro del Tesoro) di una riduzione generalizzata della pressione fiscale (su cui la maggioranza di governo si sta ancora arrovellando), al di là di chi poi ne beneficerà realmente (e ad oggi dovrebbe essere non più del 10% dei contribuenti, quelli più ricchi).

Per arrivare ora alla nostra dimensione (quella regionale) occorre dire che il fenomeno che vogliamo oggi mettere sotto osservazione assume, anche nella nostra regione, dimensioni rilevanti.

Dice (giustamente) la Bozza del Piano Anziani della Regione Marche: "il processo di invecchiamento della popolazione, che interessa le Marche all'interno di un più ampio ribilanciamento delle fasce d'età proprio di tutti i paesi ad economia avanzata, sollecita un deciso ripensamento delle dinamiche di welfare. Al variare dei pesi della piramide demografica si associa infatti una rimodulazione delle priorità e delle qualità specifiche della domanda di protezione e cura sociale".

In Italia (indagine "multiscopo" del 1999 Istat) i non autosufficienti e/o disabili sono circa 2.800.000 di cui la stragrande maggioranza (2.500.000 circa) vive in famiglia, mentre 300.000 circa nelle varie istituzioni locali.

Del numero complessivo, il 75% circa sono anziani.

Nelle Marche, il PSR (2003-2006) stima la popolazione anziana non autosufficiente nel numero di circa 6.300 soggetti e propone un numero di p.l. di RSA e di RP in grado di fornire risposte ad almeno il 60% della popolazione anziana gravemente disabile (2.500 p.l. in RSA e 1.320 in RP).

Nella scorsa settimana si è aperto un confronto tra le OO.SS. confederali e quelle dei loro pensionati nei confronti dei due Assessorati alla Sanità ed ai Servizi Sociali.

In questa circostanza sono emersi dati molto interessanti, prodotti in buona parte dall'Agenzia Regionale Sanitaria, che consentono di vedere sotto una luce più oggettiva e veritiera la realtà di fatto, al di là delle costruzioni teoriche che spesso (perché non dirlo?) hanno finora obbedito più a logiche di compatibilità finanziaria che agli oggettivi bisogni presenti nei territori.

Questi dati ci dicono che attraverso una rilevazione effettuata tra luglio e settembre 2003 su circa 130 strutture residenziali delle Marche (RSA, Case di Riposo, Case Protette) ci sono circa 4.550 non autosufficienti nelle Case di Riposo (che ricordo essere ad oggi, di fatto, la tipologia residenziale maggiormente diffusa sul territorio) e 721 nelle RSA, per un totale di 5.271 ospiti.

La valutazione sulla non autosufficienza è stata effettuata col sistema RUG, che si sta sperimentando da qualche tempo anche nelle Marche (ed alla luce del quale lo stesso PSR sosteneva dovesse essere aggiornato eventualmente il dato di programmazione).

Dunque: la differenza tra il dato reale (attuale) e quello (previsto a regime) del PSR (2003-2006) è di 1.451 p.l. (che mancano all'appello).

Di più: i medesimi dati, frutto della valutazione col sistema RUG dicono che nel 2003 il 43% dei ricoveri nelle Case di Riposo sono da considerare come inappropriati ed avrebbero meritato un ricovero presso una RSA: stiamo parlando di circa 1.800 ricoveri!

Prima riflessione (e conseguente proposta): i dati del PSR per la programmazione dei p.l. nelle RSA e nelle RP sono palesemente insufficienti a dare una risposta quantitativamente adeguata e qualitativamente appropriata alle esigenze attuali (e figuriamoci quelle future!) della popolazione anziana non autosufficiente.

E non vogliamo neppure porre il problema degli autosufficienti oggi ospiti nelle Case di Riposo (domani residenze protette), visto che la domanda dei non autosufficienti è già sovrabbondante.

Poi, certo, probabilmente c'è anche un problema di riequilibrio territoriale nell'offerta, rispetto alla realtà come si è consolidata nel tempo: ma è certo che un eventuale atto di fabbisogno (che la Regione dovrà produrre) non potrà non tenere conto della realtà dei fatti e quindi tralasciare obiettivi rivisitati alla luce dei dati che abbiamo prima citato.

Qui si pone un problema (ed è un problema serio) di risorse: solo per tener fede alla programmazione prevista dal PSR (che abbiamo però visto essere insufficiente) occorreranno almeno circa 28 ml di € aggiuntivi rispetto alla spesa attuale (sono dati fornitici dagli Assessorati competenti), che si pensa di portare a regime in un triennio, a partire dal 1/1/2005.

Insomma, stiamo parlando di 56 miliardi di vecchie lire! Non è poco! Specialmente se consideriamo che il sistema sanitario marchigiano fa fatica a liberare risorse (nel 2003, a fronte dei 60 ml di € previsti dalla cosiddetta razionalizzazione, se ne sono prodotti a malapena la metà e per il 2004, la previsione di 85 ml di € è stata più prudentemente circoscritta a 65 ml di € e sarà un miracolo se questa cifra si riuscirà ad averla a disposizione tenendo conto del non positivo andamento della spesa farmaceutica nei primi mesi dell'anno, del dato di mobilità passiva incombente – nel 2003 il saldo negativo è aumentato del 72% ! da 18 ml di € a 31 ml di € - e soprattutto dal mancato riordino della rete ospedaliera e relativa distribuzione (soprattutto

riduzione) per territorio delle unità operative complesse (che, ricordo, si sarebbe dovuta realizzare entro il 2003 ...).

Dunque, qui occorre porre con forza una questione che, temo, costituirà oggetto di discussione e confronto tra le forze politiche e sociali dei prossimi mesi, anche in vista della scadenza elettorale regionale e cioè: se si riconosce la validità di quanto abbiamo cercato di sostenere finora e la necessità sociale (oserei dire, civile) di porre mano con serietà ed urgenza a questa parte così delicata del nostro Stato sociale regionale, si deve essere conseguenti e garantire l'esigibilità del diritto all'assistenza di chi, probabilmente, ha poca visibilità mediatica ma che, a maggior ragione, non può essere sepolto dal silenzio assordante di una società (e a volte anche di una politica) che è in grado di riconoscere solo chi urla, scalpita o batte i pugni sul tavolo.

Sarò più esplicito: la Giunta Regionale ha proceduto, in queste settimane, all'assestamento del bilancio. Sul merito dell'operazione le parti sociali non sono state né convocate né tantomeno informate.

La stampa ha riportato la notizia riferendosi ad alcuni milioni di € destinati, tra l'altro, alle imprese ed alle cooperative artigiane di garanzia. Di tutto c'è bisogno, nella nostra regione, e sicuramente anche di questo: non sarebbe stato male però confrontarsi quantomeno sulle priorità.

Quella di cui stiamo parlando oggi, noi qui, ci sembrava e ci sembra ad esempio una di quelle priorità di cui tenere conto. Ma c'è di più: aleggia, qua e là, tra le dichiarazioni di qualche esponente politico del governo regionale, la volontà di procedere (non si è ancora capito bene quando, forse dal 2005) ad un alleggerimento della pressione fiscale regionale, per esempio abolendo l'addizionale IRPEF regionale introdotta proprio per sanare il deficit della sanità (la cui relativa pesantezza per i redditi più bassi – ricordo per inciso - fu di molto alleviata, a suo tempo, proprio per l'intervento e le pressioni del sindacato confederale).

Comprendiamo che l'avvicinarsi della scadenza elettorale crei qualche fibrillazione di troppo, però attenzione alle cattive imitazioni: si rischia di farsi male (e di fare del male!).

Qualora passasse una ipotesi del genere, chi si trovasse a governare dopo le elezioni rischierebbe di dover reintrodurre quell'imposta probabilmente con qualche aggiunta E poi: quale occasione migliore per affrontare fin da ora con responsabilità e senza infingimenti i problemi che abbiamo provato a rappresentare? Perché non pensare di destinare, se non tutta, almeno una parte (con vincolo di destinazione) delle entrate che derivano dall'addizionale (sono 51 mil di € se ben ricordo) proprio alla risoluzione dei problemi che la non autosufficienza pone nella nostra regione? Ma in maniera chiara, trasparente, aprendo una interlocuzione con la società marchigiana e con le forze sociali, con le Associazioni di tutela, con le famiglie!

D'altronde già diverse Regioni (in assenza di una politica nazionale) stanno pensando addirittura alla costituzione di veri e propri fondi regionali per la non autosufficienza.

Su questo saremo dunque non solo vigili, ma interlocutori attenti e determinati nei confronti dell'Amministrazione regionale.

Così come su un altro punto essenziale che riguarda la necessità di procedere con celerità nell'adeguamento degli standard d'assistenza delle strutture residenziali a partire dalla definizione di quelli delle RSA (che oggi ancora mancano all'appello), ma soprattutto procedendo alla verifica dell'aderenza o meno alla realtà dei fatti requisiti previsti dal Regolamento per l'autorizzazione delle strutture sociali o socio-sanitarie.

Parliamo dei requisiti strutturali, ma anche di quelli organizzativi e funzionali: oggi la situazione diffusa (tranne rare eccezioni) nelle attuali strutture è ancora molto lontana da quei requisiti richiesti, e stiamo parlando di strutture che, per la storia di questa regione, oggi ospitano come sappiamo una utenza molto promiscua, dall'autosufficiente all'ospite con problemi di demenza.

La riclassificazione delle strutture e delle varie tipologie è scritta sulla carta, ma non ancora tangibile nella realtà: è possibile individuare qualche obiettivo in un relativamente breve periodo che si ponga il problema di colmare questo scarto? Magari ponendosi come esempio per il resto del sistema.

E poi c'è il problema dell'accesso a questo tipo di servizi: occorre anche qui uno sforzo per individuare modalità, sedi e procedure di accesso attraverso una presa in carico ed una regia pubbliche capaci realmente di presidiare i livelli di appropriatezza e di continuità assistenziali.

Fondamentale il ruolo di chi deve valutare, dove ciò deve avvenire, come deve avvenire. Qui si pone in particolare il problema di coinvolgere in un lavoro realmente d'insieme più soggetti (dai MMG, ai Distretti, ai reparti di lungodegenza, ai Coordinatori d'Ambito, ai servizi sociali degli Enti locali).

Nel Piano Anziani ci si sofferma a lungo (e lodevolmente secondo noi) su questo punto: è possibile estrapolare quel capitolo del Piano Anziani e farlo diventare una sorta di progetto obiettivo su cui impegnare fin da subito i soggetti citati prima? Magari non in tutte le realtà contemporaneamente, individuando alcuni ambiti particolari su cui accelerare i processi previsti.

Ed in termini di accesso, un altro dei problemi da affrontare è quello relativo alle tariffe e alle rette (che dir si voglia). Qui regna la giungla, sia nelle RSA che nelle Case di Riposo (le chiamo ancora così). Occorre un riordino che, laddove preveda la compartecipazione ai costi da parte del cittadino, lo faccia secondo criteri di equità e di sostenibilità sociali.

Oggi, il costo per mantenere un non-autosufficiente ospite di una struttura (ma spesso anche per il mantenimento presso il proprio domicilio con la necessaria assistenza) è palesemente sproporzionato rispetto al reddito di una famiglia media: **bisogna che la politica si renda conto che questo problema sta assumendo i contorni di un vero e proprio dramma sociale.**

Occorre definire prima possibile a livello regionale delle vere e proprie linee guida per l'applicazione il più possibile diffusa ed omogenea dell'ISEE (Indicatore Situazione Economico Equivalente) su tutto il territorio regionale, magari prevedendo l'Ambito sociale come riferimento territoriale per l'individuazione di indicatori comuni agli Enti locali che vi fanno riferimento.

Ma non basterà: abbiamo un confronto aperto anche sul riordino vero e proprio delle rette (per le RSA e per le RP) con i due Assessorati che dovrà avere un esito, speriamo positivo, prima possibile. Un esito ispirato a quei criteri di equità e sostenibilità sociale a cui abbiamo fatto riferimento (e qui, solo per memoria, voglio ricordare che già vi sono molte sentenze che ad esempio, anche dietro sollecitazione di alcune associazioni di tutela, hanno sancito la illegittimità della richiesta di contributi per la retta di ricovero ai parenti degli assistiti ultrasessantacinquenni non autosufficienti e di persone con handicap permanente grave).

E poi c'è la domiciliarità (che dovrebbe essere tra l'altro l'obiettivo principale di una politica volta a prevenire la non-autosufficienza, a contenerne ed a ritardarne il più possibile l'aggravamento).

Dai primi recentissimi dati che l'Agenzia Regionale Sanitaria ha tratto (e ci ha gentilmente fornito) dalla rilevazione fatta attraverso un questionario distribuito a tutti i Distretti delle 13 Zone territoriali delle Marche, risulterebbe una situazione di relativa diffusione delle cure domiciliari (nel 2003 sarebbero stati trattati quasi 49.000 casi di cui oltre 44.000 riferiti a ultrasessantacinquenni). Ma di questi, di assistenza domiciliare vera e propria se ne può parlare per poco più di 6.000 (di cui 5.500 circa ultrasessantacinquenni).

Per tutti gli altri, si sarebbe trattato di esclusivi interventi infermieristici e riabilitativi.

Stupisce un pò (per l'esperienza quotidiana di qualcuno di noi) il dato riferito al 91% di cure domiciliari che sarebbero state svolte presso il domicilio vero e proprio dell'assistito, a fronte del solo 9% che sarebbe stato prestato presso le residenze.

Così come colpisce l'altro dato riferito al 53% di decessi, tra gli esiti dell'ADI nel 2003, che certo testimonia quantomeno di una platea di riferimento in condizioni particolarmente gravi.

Per non parlare del personale dedicato all'ADI, quale risulta dai dati citati, che solo per il 37% (su un totale di 634 unità complessive a livello regionale) è a tempo pieno impegnato in questa funzione.

Al di là dei dati (che ripeto costituiscono solo un primo rapporto e andranno necessariamente approfonditi), è evidente però che l'Assistenza Domiciliare Integrata (vera e propria) necessita di una messa a punto e di un potenziamento massiccio.

Oggi si fa fatica a riconoscerla (come a buon diritto dovrebbe essere) tra le varie tipologie di offerta che il sistema regionale è in grado di fornire sulla scorta di una preventiva valutazione del caso e dell'individuazione di un percorso personalizzato, quanto piuttosto (tranne i soliti casi eccezionali) una sorta di servizio a domanda a cui si risponde come e dove si può.

E' un problema di risorse? Anche! Bene: quale occasione migliore allora per rivendicare l'esigibilità di quei fondi aggiuntivi vincolati che il PSR ha approntato nel triennio 2003-2004-2005?

Si tratta (nel complesso) di 3,6 ml di € (di cui per il 2003 si fa fatica a capire se e come si è speso qualcosa e per il 2004 – nei budget delle zone – è previsto solo 1,2 ml di €).

Ricordo che questi fondi per le cosiddette fragilità (Dipartimento Prevenzione; SERT; Dipartimento Salute Mentale; cure domiciliari integrate) furono inseriti – con vincolo di destinazione – nel PSR dopo un serrato confronto con il sindacato confederale: ma non possono rimanere sulla carta!

Oggi, infine, moltissime famiglie cercano di dare una risposta al bisogno di assistenza nei confronti di un proprio congiunto non autosufficiente attingendo anche al cosiddetto mercato privato delle prestazioni sociali: il termine badante, di questi tempi, è forse quello che ricorre di più nelle discussioni familiari tra chi si trova a dover fare i conti con un problema simile.

E' un problema che spesso si intreccia con un altro fenomeno dei ns. tempi, quello dell'immigrazione e della relativa necessità di integrazione ed inclusione sociale (almeno per chi ha come noi nel proprio DNA la cultura dell'accoglienza e della valorizzazione della multiethnicità, in un mondo già particolarmente diviso e intollerante).

Noi riteniamo che di fronte ad un fenomeno di così ampia diffusione (che certo testimonia delle difficoltà del sistema pubblico nel suo insieme a dare risposte adeguate, ma probabilmente non solo questo) occorra adottare (come istituzioni ma anche come sindacato per certi versi) un comportamento certamente pragmatico, non ideologico, ma al contempo ancorato ad alcuni principi di fondo.

Il primo è quello che prevede la possibilità di vita, sviluppo e qualificazione di simili prestazioni all'interno del sistema dei servizi che il pubblico è tenuto comunque a governare.

E' un terreno complicato, però si può praticare, nel rispetto dei CCNL, e con l'obiettivo di far emergere e sostenere la qualificazione del lavoro di cura agli anziani anche attraverso appositi percorsi formativi e professionali.

E' materia delicata: perché il rischio della monetizzazione dell'assistenza e della conseguente politica dei "voucher" (o dei buoni, se preferite l'italiano) è dietro l'angolo (la Lombardia insegna).

Per questo abbiamo espresso un giudizio critico nei confronti del Progetto "assegno servizi" che l'Assessorato regionale ai Servizi Sociali aveva predisposto e ci ha sottoposto, ma siamo disponibili ad affrontare comunque il problema, partendo dalla realtà di fatto (che, per quanto riguarda la nostra regione, forse merita un approfondimento specifico per capire meglio entità e natura del fenomeno), con un pizzico di sano pragmatismo (ma tenendo rigorosamente fede ai principi a cui abbiamo prima fatto riferimento).

E in questa circostanza si valuterà anche se è opportuno (torno al tema risorse) utilizzare ben 2 ml di€ per un progetto come quello citato, in un contesto come quello marchigiano non assimilabile (purtroppo) ad altri contesti in cui una tipologia di prestazione come quella prevista assume il carattere di aggiuntività e non di sostitutività, come rischierebbe di essere nella nostra Regione.

Bene: oggi abbiamo oggi fatto la scelta di partire dai problemi, dai bisogni per risalire agli strumenti possibili.

Proposta di metodo: invitiamo i nostri interlocutori politico-istituzionali, ma anche lo staff tecnico (nella sua accezione più vasta) che li supporta, se è possibile mettere da parte (non perché non servano, ma perché rischiano di distrarci) Piani, Progetti-obiettivo e di riordino, documenti vari di settore, e verificare insieme con noi quei 4/5 punti (sono quelli che ci siamo sforzati di indicare finora) che possono costituire anche un impegno sottoscritto (perché no?!) da qui alla fine della legislatura regionale (in un ipotetico Accordo o Protocollo d'Intesa), su un terreno difficile (lo sappiamo) perché rivolto a chi eventualmente potrà dimostrare la propria soddisfazione solo con la gratitudine e non con articoli di encomio sui giornali, ma con la consapevolezza profonda di avere (spero non per la prima volta ...) voluto con testardaggine disinteressata colmare lo scarto tra quello che si scrive e si dice e quello che si fa.

Proviamoci: è una scommessa per tutti, ma ne vale la pena.

INTERVENTO

Fabio RAGAINI, *Gruppo Solidarietà (a nome del C.A.T., Comitato Associazioni Tutela)*

Politiche e servizi sociosanitari nelle Marche e soggetti deboli

Si intende offrire alcuni spunti di riflessione sulla situazione degli interventi e dei servizi riguardanti le fasce deboli nelle Marche a circa un anno dall'approvazione del Piano sanitario regionale 2003-2006 e a pochi mesi dall'emanazione del Regolamento riguardante il funzionamento delle strutture sociali e socio sanitarie diurne e residenziali.

I due provvedimenti (1) hanno necessità di essere valutati contestualmente perché molte delle strutture e dei servizi extraospedalieri normati dal Piano sanitario regionale sono regolamentati dal Regolamento 1-2004 (2).

Il PSR 2003-2006 indica nella **tutela dei soggetti fragili** un obiettivo fondamentale della politica sanitaria regionale (p. 15) "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". Cercheremo di verificare quali servizi ricevono oggi nella regione Marche i "soggetti fragili" e quali sono le prospettive indicate dalla stessa regione analizzando i documenti sopra indicati.

Problemi aperti

Un quadro della situazione regionale può essere desumibile dalla lettera inviata lo scorso 7 aprile dal Comitato Associazioni Tutela (3) al Presidente della giunta regional e agli assessori alla sanità e ai servizi sociali.

"- Purtroppo a nulla sono valse le ripetute richieste di modifica degli standard assistenziali delle **Residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti affetti da forme di demenza**, così come di alcuni standard strutturali (4). I Regolamenti, e lo riteniamo assai grave, non prevedono per un nucleo di 30 persone una presenza oraria settimanale minima del medico; la presenza infermieristica non supera le 10 ore al giorno, la presenza di personale addetto all'assistenza è largamente insufficiente (80-100 m/assistenza). Tali standard sono del tutto inadeguati a rispondere ai bisogni di assistenza dei soggetti con gravi malattie che verranno ospitati presso queste strutture. Standard che sono stati misurati non sulle esigenze dei ricoverati ma sulla necessità di ridurre i costi delle strutture. Si prevede nelle residenze per anziani non autosufficienti e malati di Alzheimer un servizio igienico ogni 4 letti con un tempo di adeguamento di 5 anni. Ciò significa che da qui al 2009 le residenze protette potranno avere al loro interno servizi igienici senza alcuna regolamentazione e che dal 2009 si ritiene accettabile per queste strutture 1 servizio igienico ogni 4 ospiti. Si fa presente inoltre che la regolamentazione proposta dalla regione Marche è addirittura inferiore agli standard previsti dalla normativa nazionale. Inoltre, strutture (NAR, Nuclei assistenza residenziali) che avrebbero dovuto entro il 2003 adeguare alcuni standard, secondo le indicazioni del precedente Piano sanitario (5) possono rimandare l'adeguamento di ulteriori 5 anni.

- Si ricorda inoltre come la previsione di 2500 posti letto di residenze protette prevista dal Piano sanitario 2003-2006 sia di gran lunga inferiore al numero di anziani malati non autosufficienti attualmente ricoverati all'interno delle Case di riposo della regione marche. Ciò significa che per oltre 1000 malati non cambierà nulla. In base a quale criterio persone in identiche condizioni di salute avranno diritto a ricevere una determinata forma di assistenza e altri no?

- Del tutto drammatica è la condizione delle persone affette da malattia di Alzheimer. Il Piano sanitario include all'interno dei 1320 posti letto di residenze sanitarie assistenziali (peraltro largamente insufficienti) per anziani anche i "Nuclei speciali Alzheimer"; nulla viene detto sul complessivo dei posti letto da realizzare e sugli standard assistenziali; nessuna indicazione viene data dalla regione sulla realizzazione di Centri diurni. I 2500 posti di residenze protette includono anche posti per soggetti "che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali". Senza l'attivazione dei Nuclei Alzheimer dove verranno ricoverati i soggetti con "rilevanti disturbi comportamentali"?

- Continua ad essere indefinito lo standard assistenziale delle RSA anziani (di fatto utilizzate per la gran parte con funzioni di lungodegenza ospedaliera). Ad oggi ad esempio non è chiaro (parrebbe di no) se tutte le strutture classificate come RSA abbiano le stesse regole di funzionamento (*tipologia di utenza, standard assistenziali, definizione costo retta e partecipazione dell'utente*); ci si chiede su quali riferimenti normativi funzionino le strutture pubbliche e private autorizzate come RSA. Sulla DGR 3240/92? Sulla L. 36/95? Sulla DGR 2200/2000 (che non fissa va ricordato lo standard assistenziale)? Si continuano, inoltre ad autorizzare *RSA disabili psichici* prevedendo partecipazioni mensili al costo del servizio fino a 1000 € nonostante che nessuna norma regionale lo preveda.

- Con urgenza devono attivarsi i posti letto ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza (oltre 1400), così come indicato dal Piano sanitario (anche se non si può non ricordare che nel conteggio dei posti letto ospedalieri sono inseriti, del tutto scorrettamente, anche posti extraospedalieri addirittura estensivi); senza la loro attivazione ai cittadini continueranno ad essere negate prestazioni di cui hanno diritto e si continuerà a vicariare la loro mancanza con l'utilizzo delle strutture extraospedaliere (vedi RSA anziani); che inadeguate per la gestione di malati in post acuzie sottraggono poi posti per la funzione loro assegnata (gestione di malati stabilizzati non curabili a domicilio).

- Ma più in generale se si vuole ridurre ospedalizzazione e istituzionalizzazione è necessario il potenziamento delle **cure domiciliari** così come indicato dallo stesso Piano sanitario (vedi p. 90, PSR).

In particolare devono al più presto essere definiti i costi delle strutture sociosanitarie previste dal PSR e molte delle quali normate dal Regolamento regionale n. 1/2004 (vedi Rsa anziani e Residenze Protette per anziani, disabili, malattia mentale; Comunità socio riabilitativa residenziale per disabili; le strutture diurne per anziani e disabili). Per queste e per altre strutture che verranno autorizzate non è stato ancora definito l'ammontare del costo retta e la ripartizione tra quota sanitaria e quota sociale. In particolare riteniamo urgente definire a livello regionale le prestazioni che il servizio sanitario deve garantire a completo carico del fondo sanitario e quelle che prevedono la partecipazione (e con quale percentuale) del settore sociale; così come vanno definite le modalità di contribuzione, quando prevista, degli utenti.

Pare del tutto impensabile che possano attivarsi queste strutture senza che la regione abbia definito tali aspetti. Lasciare alla negoziazione locale tale definizione può determinare solo ulteriori paralisi nella costruzione della rete dei servizi. D'altra parte appare evidente che se oneri ulteriori verranno "caricati" nella spesa sociale a carico dei Comuni, sono necessari finanziamenti adeguati per sopportarli, perché è impensabile che ciò possa essere travasato sugli utenti e sui loro familiari.

Su quest'ultimo punto ricordiamo le indicazioni - disattese in gran parte del territorio marchigiano - del decreto legislativo 130-2000 nel quale si stabilisce che le prestazioni "erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3 della legge 104/1992, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende Unità Sanitarie" verrà presa in considerazione la situazione economica del solo assistito e non quella del nucleo familiare o dei parenti tenuti agli alimenti".

Lo stesso comitato lo scorso 17 maggio ha incontrato gli assessori regionali alla sanità ed ai servizi sociali richiedendo l'attivazione di un percorso partecipato in tema di interventi e servizi sanitari, sociosanitari e sociali in riferimento ai cosiddetti soggetti fragili. In particolare ha formulato le seguenti richieste

a) Coinvolgimento nella definizione dei costi e delle quote tra settore sanitario e sociale (e degli utenti) delle strutture sociosanitarie previste dal PSR, dalla legge regionale 20-2002 come regolate dal Regolamento regionale n. 1/2004: Rsa anziani e Residenze Protette per anziani, disabili, malattia mentale; Comunità socio riabilitativa residenziale per disabili; le strutture diurne per anziani e disabili.

b) Richiamo ai Comuni all'applicazione del decreto legislativo 130-2000 nel quale si stabilisce che per le prestazioni "erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3 della legge 104/1992, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende Unità Sanitarie" verrà presa in considerazione la situazione economica del solo assistito e non quella del nucleo familiare o dei parenti "tenuti agli alimenti".

c) Attivazione dei posti letto ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza (oltre 1400), così come indicato dal Piano sanitario.

d) Definizione dello standard assistenziale delle **RSA anziani**. Emanazione di precise indicazioni alle zone sanitarie per evitare subdoli cambi di funzioni (incoerenza tra classificazione e funzione. di fatto utilizzate per la gran parte con funzioni di lungodegenza ospedaliera). Effettiva attivazione dei p.l. secondo le indicazioni regionali. Aumento dei posti previsti largamente insufficienti.

e) Emanazione di un atto che chiarisca inequivocabilmente il significato delle strutture classificate ed autorizzate come **RSA disabili psichici** (6). Le strutture così autorizzate devono essere - come da normativa regionale - a completo carico del Fondo sanitario. *Rsa disabili psichici* è una denominazione che non compare né nel Piano sanitario, né nel Progetto obiettivo salute mentale.

f) Emanazione di un atto che impedisca autorizzazioni di strutture classificate come **RSA disabili** all'interno di strutture assistenziali per anziani (7). Definizione di un modello coerente di residenzialità per disabili (dalla Comunità alloggio alla RSA).

g) Definizione del numero di posti letto e dello standard assistenziale dei **Nuclei speciali Alzheimer** (ricompresi all'interno delle Rsa anziani) e dei **Centri diurni Alzheimer**.

h) Modifica degli standard assistenziali delle **Residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti affetti da forme di demenza**, così come di alcuni standard strutturali. Tutti gli anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali che hanno i requisiti per essere accolti in strutture protette devono avere quegli standard. Per questo è necessario un aumento di almeno altri 1000 posti di Residenza protetta (senza riduzione dei posti di RSA).

i) Potenziamento delle **cure domiciliari** così come indicato dallo stesso Piano sanitario con l'effettuazione in tutte le Zone territoriali degli interventi previsti dalle Linee guida sulle cure domiciliari. Utilizzo del Fondo ADI per il sostegno alla domiciliarità. Le spese per operatori sanitari all'interno delle strutture assistenziali che accolgono anziani non autosufficienti deve ricadere nel fondo dell'assistenza residenziale e non in quello dell'ADI.

Decisioni non rinviabili

Vogliamo riprendere e segnalare tra i problemi sopra indicati quelli che ci sembrano necessitino di decisioni non rinviabili.

I costi

Per molte delle strutture sociosanitarie indicate (normate sia dal PSR che dalla legge 20-2002) la regione non ha ancora definito i costi retta e - quando prevista - la ripartizione tra quota sanitaria e quota sociale. Non è stata data applicazione all'Atto di indirizzo sull'integrazione socio sanitaria (DPCM 14-2-2001) e al DPCM 29-11-2001 sui LEA nella parte (allegato 1c) riguardante le prestazioni sociosanitarie. Già è iniziato il palleggiamento di responsabilità tra comuni e aziende sanitarie (ora zone territoriali), in merito alla compartecipazione dei costi di gestione in particolare di residenze protette per anziani (anche se qui si da per scontato la ripartizione al 50%) e di residenze protette e comunità socio riabilitative per disabili (entrambe le strutture sono di nuova istituzione). La mancata emanazione da parte della regione della definizione dei costi retta determina la totale paralisi nei territori. Ad es. la Zona territoriale 5 in risposta al Comune di Jesi che chiedeva la compartecipazione alle spese di gestione in vista della realizzazione di una residenza protetta per disabili da istituire nel territorio (di circa 100.000 abitanti ad oggi senza alcuna comunità residenziale) così risponde (lettera 21-4-2004) "Risulta improprio ogni pronunciamento circa l'individuazione di specifiche strutture oltrechè di piani economici di sorta fino a che la giunta regionale non intervenga con proprie determinazioni che stabiliscano i criteri per la definizione delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati o che determinino il fabbisogno delle strutture protette per anziani e disabili. Nel confermare la disponibilità sul potenziamento della residenzialità per disabili, si ritiene che il superamento della descritta situazione di stallo non può che procedere in conseguenza e conformemente a specifiche ulteriori indicazioni in proposito dettate dalla Regione Marche attesa anche la rilevanza economica del progetto". Si preferisce non commentare (8) la nota, citata solo per evidenziare le ricadute a livello locale della mancata emanazione a livello regionale di fondamentali atti normativi. Non è chiaro se la regione abbia consapevolezza dell'urgenza di tali atti o se ne sia così consapevole da rallentare, frenare, evitarne l'emanazione dopo aver verificato che le casse non sono in grado di reggere i maggiori costi sanitari derivanti dall'attivazione dei posti letto previsti dal solo Piano sanitario (l'atto di fabbisogno delle strutture sociosanitarie a titolarità sociale non è stato emanato; i 2.500 posti di residenze protette per anziani sono stati indicati dal PSR 2003-2006).

Ogni giorno di ritardo ha pesanti ripercussioni sulle persone che necessitano di questi interventi; è bene che la regione ne abbia piena consapevolezza e sappia responsabilmente dare quelle risposte delle quali le persone non hanno solo bisogno ma anche diritto.

Il fabbisogno. Anziani non autosufficienti e malati d'Alzheimer

Come sopra evidenziato a fronte di una mancata definizione della risposta semiresidenziale (Il piano sanitario non offre alcuna indicazione), la regione Marche prevede nel triennio 2003-2006 di realizzare 3820 posti letto dati dalla somma di 1320 posti di RSA e di 2500 posti di residenze protette derivanti dalla riconversione di molte delle case di Riposo presenti nel territorio regionale che attualmente ospitano circa 5.300 persone. Ciò a fronte di una popolazione ultrasessantacinquenne di circa 315.000 persone; con una stima "di anziani non autosufficienti che varia da 6.300 (disabili totali) a 9.100 (inclusi i disabili gravi). (9).

Attualmente risulterebbero attivi circa 700 posti di RSA e altrettanti (anche questo dato pare sopra stimato) di Residenze Protette; questi ultimi quanto a standard assistenziali e tariffe sono regolati da accordi locali tra Aziende sanitarie, Comuni e privati (generalmente IPAB). Se si aggiunge che la stragrande maggioranza dei posti di RSA, al di là della loro classificazione funzionano a tutti gli effetti come lungodegenze ospedaliere (gestione a termine di malati in post acuzie) nei fatti la risposta residenziale per soggetti malati non autosufficiente è collocata all'interno delle Case di Riposo autorizzate per l'accoglienza di persone autonome; gli operatori sanitari (in genere infermieri e qualche volta fisioterapisti) presenti sono pagati dalle aziende sanitarie attraverso il fondo ADI con un costo medio giornaliero per paziente pari a 6 € (Cfr., Politi, Di Stanislao). In sostanza a fronte di oltre 3500 anziani malati non autosufficienti (il dato è sicuramente sottostimato) ricoverati presso le strutture assistenziali; non più del 20% dei malati, spesso molto gravi, riceve una qualche forma - senza standard prefissati - di assistenza e per lo più insufficienti rispetto alle loro esigenze (la stragrande maggioranza di questi malati, in realtà, dovrebbe essere accolta presso le RSA che nella Marche sono strutture a titolarità sanitaria); per tutti gli altri si tratta di ricoveri del tutto privi di legittimità (le strutture sono autorizzate per l'accoglienza di persone autonome), con conseguenti standard assistenziali del tutto inadeguati ed infine, ma certo non meno importante, con retta a totale carico dell'utente. La proposta della regione cerca di migliorare la situazione esistente all'interno delle strutture assistenziali ma come evidenziato in altra parte dell'articolo per oltre 1000 persone già ricoverate non cambierà nulla, con il tentativo palese - cercando di utilizzare le RSA per degenze a termine - di legittimare il ricovero di tutti i cosiddetti non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer verso le residenze protette. Altra situazione del tutto critica è quella riferita alla situazione delle persone in **stato vegetativo persistente**, con una offerta residenziale del tutto inadeguata. Il Piano sanitario prevede la realizzazione di soli 80 posti. Se a questo si aggiunge che le RSA della regione - come sopra indicato - mantengono una funzione assimilabile a quella delle lungodegenze ospedaliere per questi malati nei casi migliori il ricovero è presso residenze protette, altrimenti ancora una volta le famiglie devono rivolgersi alle Case di Riposo.

L'ambito territoriale e la gestione dei servizi sociali

Chiudiamo con le problematiche relative agli ambiti territoriali sociali (anche su questo tema, come per i precedenti ampia documentazione si trova nel volume, *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*). La regione Marche ha assegnato all'Ambito territoriale (24 ambiti complessivi), funzioni di coordinamento e non di gestione. Conseguentemente il Coordinatore d'Ambito non ha responsabilità gestionale. Riteniamo che il mantenimento di tale situazione sia del tutto deleteria ai fini dello sviluppo e del potenziamento del settore sociale. La mancata realizzazione di Ambiti di gestione non può che determinare territori senza effettive reti di servizi e un governo degli stessi. Purtroppo e francamente non se ne comprende la ragione non sembra che la Regione intenda modificare le proprie indicazioni. O meglio, sembra disponibile a farlo ma poi continua a non farlo.

In questo senso non possiamo che confermare quanto già indicato (novembre 2002) in occasione delle Linee guida regionali sui Piani di Zona. "La realizzazione di una *rete di servizi essenziali* richiama la definizione del governo della stessa. La stessa legge 328 indica la costituzione di ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi a rete. Dunque la prospettiva, dal nostro punto di vista, deve essere **quella di avere come riferimento un territorio ed un governo dello stesso**.

Per evitare che l'ambito diventi un luogo di coordinamento e di libera collaborazione tra i Comuni si ritiene che debbano essere fissati dei tempi entro i quali:

- l'AT assume una forma giuridica definita per il governo dei servizi sociali di quel territorio, con la conseguente chiara indicazione degli interventi e servizi che dovranno afferire alla responsabilità dell'AT. Ripetiamo ancora una volta che, a nostro parere, la logica da seguire con speditezza deve essere un territorio (l'AT) un governo (con la scelta dello strumento). D'altro canto esortare i Comuni a prevedere le modalità per garantire l'accesso ai servizi già esistenti soltanto in alcuni dei Comuni dell'Ambito ai residenti in tutti i Comuni dell'Ambito stesso, e a quanti si trovano nel territorio bisognosi di interventi non differibili (per gli interventi per l'emergenza), dal nostro punto di vista sembra confermare un carattere di eccessiva discrezionalità nei riguardi dell'AT. Ci pare peraltro che il giusto sbocco della programmazione di territorio (PdZ) non possa che sfociare in una zona che abbia compiti di gestione.

- Al Coordinatore d'ambito siano affidate le conseguenti responsabilità gestionali (d'altra parte se i CA e direttori di distretto costituiscono funzioni di raccordo tra sociale e sanitario, non pare pensabile che il primo sia slegato da ogni responsabilità di gestione e che assuma una funzione di "progettista" di qualcosa che non è poi chiamato a gestire). Si ritiene infatti che proprio il necessario sviluppo del sistema sociale richieda, fissato un necessario ambito di riferimento, la conseguente definizione della

conduzione tecnica dello stesso. Se in questa prima fase di avvio può essere funzionale un CA con funzione di raccordo e coordinamento, successivamente, riteniamo non rinviabile l'affidamento di una responsabilità gestionale. Un C.A. senza tali responsabilità assumerebbe nei fatti di una *funzione consulenziale* che riteniamo non gioverebbe allo sviluppo e al potenziamento del settore sociale”.

Verso una conclusione

L'articolo ha indicato alcune questioni di grande importanza (vitali) nella vita di migliaia di cittadini marchigiani e delle loro famiglie. Ovviamente molti altri problemi ed altri aspetti si sarebbero potuti affrontare. Le istituzioni hanno un compito irrinunciabile di tutela cui non possono e non devono venir meno. A questo compito devono essere, anche con forza, richiamate. E sarebbe anche il caso di smettere di accontentarsi delle reiterate dichiarazioni di buona volontà senza successivi conseguenti atti amministrativi o peggio di quel la “pensiamo allo stesso modo” troppo spesso sulla bocca degli amministratori quando si pongono problemi e questioni come quelli sopra indicati. Se le sacrosante esigenze dei deboli, i loro diritti contrastano con quelli di chi è più forte è facile che le situazioni sopra esposte tenderanno a non cambiare. E' dunque necessario, essenziale, irrinunciabile che su temi così importanti non venga meno la capacità di sollecitare, premere, proporre, denunciare. Un compito che deve riguardare tutti. Un compito cui non può venir meno un volontariato attento alle esigenze delle persone con cui opera quotidianamente, quotidianamente chiamato a scegliere da che parte stare (10).

Note

(1) Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, *Piano sanitario regionale 2003-2006* (B.U.R. n., 60 del 10 luglio 2003); Regolamento Regionale n. 1 del 25 febbraio 2004, *Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale* (B.U.R., n. 28 del 18 marzo 2004). Il Regolamento è in attuazione della legge regionale 20/2002, *Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale* (B.U.R., n. 120 del 14 novembre 2002). I testi sono consultabili nel sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it.

(2) Per ulteriori approfondimenti si rimanda al volume curato dal Gruppo Solidarietà, *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*, 2003; altra documentazione è rinvenibile nel sito del Gruppo Solidarietà al link *voce sul sociale*. I principali documenti sono nella Home page. Si segnala inoltre: *E' legittima la quota a carico degli utenti nelle Rsa disabili psichici nelle Marche?*, Appunti sulle politiche sociali n. 1/2004, p. 21; *Sul funzionamento delle Residenze sanitarie assistenziali nella ASL 5 di Jesi*, Appunti sulle politiche sociali n. 5/2003, p. 23.

(3) Il Comitato si è costituito lo scorso marzo (cfr, Appunti sulle politiche sociali n. 2/2004, p. 24) ed è costituito dalla seguenti associazioni: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Angsa Marche, Free Woman, Ass. Libera Mente, Ass. Paraplegici Marche, Centro H, Gruppo Solidarietà, Uildm Ancona, Tribunale della salute Ancona*. Tutti i documenti redatti dal Comitato sono consultabile sul sito del Gruppo Solidarietà.

(4) Nelle prime stesure dei Regolamenti gli standard assistenziali erano più alti (ad es. 100-110 assistenza alla persona, presenza infermieristica sulle 24h, presenza minima del medico di base, presenza del fisioterapista modulata sul numero di ospiti) che quelli strutturali (Ad es. per i servizi igienici nelle Case di riposo e nelle Residenze protette si prevedeva. *Per ogni camera da letto a 2 posti o per ogni due camere ad un posto è presente un servizio igienico*. Poi diventato (con tempo di adeguamento di 5 anni) nelle Residenze protette, *E' presente un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni due camere e in ogni caso almeno 1 ogni quattro ospiti*. Nelle Case di Riposo il tempo di adeguamento è di 3 anni.

(5) I Nuclei di assistenza residenziale (NAR) previsti dal Piano sanitario 1998-2000 (per i quali peraltro la regione non aveva mai definito né standard assistenziale, né regime tariffario), sono sostituiti dalle Residenze protette (normate ora dalla legge 20/2002 e dal Regolamento 1/2004). La regione aveva definito invece gli standard strutturali attraverso il Manuale di autorizzazione (DGR 2200/2000).

(6) Per il carteggio tra Gruppo Solidarietà e regione Marche cfr., *E' legittima la quota a carico degli utenti nelle Rsa disabili psichici nelle Marche?*, Appunti sulle politiche sociali n. 1/2004, p. 21; *Sulle Rsa disabili psichici nelle Marche. La sorprendente risposta del Difensore civico regionale*, Appunti sulle politiche sociali n. 2/2004, p. 23.

(7) La regione ha autorizzato queste residenze incredibilmente anche all'interno di strutture ospedaliere (Ospedale di Pergola per 5 posti (Cfr, D.D.D.S.P. n. 20 del 17.5.02, BUR n. 69/2002), o presso strutture assistenziali per anziani (32 posti all'interno della residenza *CASA MIA* ad Ancona). Come specificava il Gruppo Solidarietà in una lettera del 16 giugno 2002 alla regione Marche *“Che dentro un ospedale si realizzi una RSA disabili di 5 posti suscita forti dubbi e perplessità ma soprattutto sembra confermare (come per altre passate simili autorizzazioni), l'assenza di ogni disegno circa identità e funzione di gran parte delle strutture residenziali extraospedaliere, con una logica autorizzativa funzionale soltanto ad una formale incastro di posti letto tra posti previsti e posti presenti. E' pertanto facile immaginare (volentieri gradiremmo essere smentiti) che nessuna RSA disabili sarà mai presente in quella struttura se non nelle classificazioni regionali”*.

(8) Il Gruppo Solidarietà, l'associazione il Mosaico e l'Anffas Jesi hanno risposto con lettera del 26 maggio 2004, consultabile nel sito del Gruppo Solidarietà al link voce sul sociale interventi.

(9) Dati interessanti si trovano nell'articolo di C. Politi e F. Di Stanislao, *Modelli di simulazione per le scelte di programmazione regionale: l'esperienza della Regione Marche nella valutazione di impatto sulla spesa sanitaria dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti*, Politiche sanitarie, n. 1/2004, p. 43.

(10) Su questi aspetti cfr., n. 3-2004 di *Appunti sulle politiche sociali*, Giovanni Nervo, *Il volontariato di promozione e tutela dei diritti*, p. 2. Segnaliamo anche il volume del Gruppo Solidarietà (2000), *Dove va il volontariato?*

INTERVENTO

Franco PESARESI, *Responsabile Commissione Servizi Sociali ANCI Regionale*

APPUNTI

- Le Marche sono uno dei paesi al mondo dove si vive più a lungo. Gli **anziani nelle Marche** sono 327.122 pari al 22,0% (5° regione per anziani) (31/12/2002) e cresceranno costantemente.
- **Quanti** sono gli anziani **disabili**? L'ISTAT ha fatto una ricerca sui livelli di disabilità presenti negli anziani nel 1999/2000. Ci sono opinioni diverse nel mondo su quando una persona debba essere considerata non autosufficiente. Per l'ISTAT sono non autosufficienti coloro che dichiarano il massimo grado di difficoltà, non temporanea, in almeno una delle funzioni rilevate nelle sue indagini e che sono: movimento, funzioni della vita quotidiana e comunicazione. In sostanza la definizione dell'ISTAT è riconducibile alle ADL. Secondo questa ricerca gli anziani non autosufficienti in Italia sono il 19% del totale degli anziani. Non ci sono i dati regionali ISTAT. Ma in questo alcune indicazioni ci arrivano da una recentissima ricerca regionale ("Studio Argento") che determina nel 20% gli anziani dipendenti in almeno una ADL e in un ulteriore 3% gli anziani dipendenti in tutte le ADL complessivamente il 23%. Un livello che sembrerebbe più elevato di quello nazionale (ammesso che le due ricerche siano comparabili). Sbaglierebbe comunque chi pensa che tutti gli anziani che rientrano all'interno del 23% hanno bisogno di assistenza (perché ci sono familiari, modi per compensare, ecc.) ma sbaglierebbero anche coloro che pensano che sono solo il 3% di anziani – quelli cioè dipendenti in tutte le funzioni della vita quotidiana ADL – coloro che hanno bisogno di assistenza. Coloro che hanno bisogno di assistenza si collocano in una percentuale intermedia. Facciamo un esempio per capire meglio. In Germania la necessità di assistenza (riconosciuta dall'assicurazione sulla non autosufficienza) deve essere relativa ad almeno due ADL più eventuali IADL per più di 90 minuti al giorno. Ebbene, in Germania, gli anziani che rientrano in questa categoria sono l'11% del totale. Sono queste le dimensioni a cui far riferimento.
- Dimensioni di questo tipo richiedono una strategia e delle risorse ben superiori a quelle oggi disponibili in Italia. Le politiche per gli anziani devono assumere esplicitamente tre principi di base:
 1. priorità per le politiche per la non autosufficienza;
 2. assoluta priorità per le politiche che mantengono l'anziano al suo domicilio.
 3. integrazione delle politiche, l'integrazione socio-sanitaria innanzitutto.
- **Le risorse.** La prima e più importante questione è quella della introduzione anche in Italia di una **assicurazione sulla non autosufficienza**. Io partecipo (con Cristiano Gori, Emanuele Ranci Ortigosa, Marco Trabucchi) ad una ricerca finanziata dal Ministero della salute e da una grossa regione del nord proprio per definire i costi e il possibile finanziamento delle cure di lungo termine e della assicurazione sulla non autosufficienza (entro fine anno saranno pubblicati i risultati di questa ricerca – quelli sulla spesa). Questa ricerca mi ha permesso di verificare la diffusione di questa assicurazione in Europa. Essa è presente in Germania, in Austria, in Francia, in Lussemburgo, in Olanda e in una regione del Belgio (Comunità Fiamminga). Stanno studiando la possibilità di introdurla anche nelle altre regioni del Belgio e in Irlanda. Il contributo medio annuo per beneficiario va da 4.100 € in Francia a 9.150 € in Germania (di più ancora in Olanda). Questo strumento è indispensabile per garantire agli anziani una assistenza dignitosa ed una vecchiaia serena a loro e alle loro famiglie. L'ANCI, al pari delle organizzazioni sindacali e di molte forze politiche, sostiene con forza l'introduzione della assicurazione sulla non autosufficienza che ritiene indispensabile per poter far fronte a tutte le necessità degli anziani. Qualche giorno fa – il 1° luglio – proprio il comune di Ancona, c'ero anche io, ha guidato la delegazione dell'ANCI nazionale che

ha incontrato il ministro Sirchia (e la rappresentante del ministero del Welfare). Anche in quella sede, l'ANCI oltre all'approfondimento dei temi relativi all'emergenza afa/anziani, ha ribadito al ministro la richiesta dell'assicurazione sulla non autosufficienza.

- Sul fronte dell'assistenza serve una strategia organica ed integrata. Da questo punto di vista il "**Progetto obiettivo anziani**" potrebbe essere una occasione importante ma è davvero così? Nel POA non ci sono indicazioni sugli obiettivi quantitativi da raggiungere e non si sviluppa adeguatamente la politica dell'integrazione. Le priorità non sono ben strutturate. Non si dice con chiarezza che la priorità è costituita dalle politiche per la domiciliarità. Ci sono pagine per la residenzialità ma non per l'assistenza domiciliare. E poi non c'è un obiettivo quantitativo. Quanti anziani raggiungere con la domiciliarità? Serve parlare di cose che si condividono senza porre obiettivi? Inoltre manca il discorso – importantissimo – sulla integrazione delle politiche sociali , abitative, dei trasporti ecc. . Il discorso oggi centrale delle nuove politiche abitative è toccato in modo insufficiente. Esso va sviluppato su due fronti: a) l'adeguamento degli alloggi attuali degli anziani; b) lo sviluppo poderoso e sostenuto dal pubblico di alloggi protetti (questa parte è accennata nei Centri servizi).
- L'altro tema è quello della **integrazione delle politiche**: abitative, tempo libero e soprattutto sociale e sanitarie. Nel POA purtroppo non sono sviluppate. Affinché si possano sviluppare quelle socio-sanitarie occorre definire le regole dell'integrazione. Altrimenti nessuno investirà nell'integrazione. Per questo occorre che le Marche definiscano le regole della integrazione adottando, magari migliorandoli, i decreti del 2001 sull'integrazione socio-sanitaria e la parte dei LEA socio-sanitari con particolare riferimento alle quote di partecipazione alla spesa di spettanza degli utenti e dei comuni.
- Secondo il recentissimo "Studio Argento" il 93% degli anziani non autosufficienti è assistito a casa dai familiari e il 5% dalle badanti o altri a pagamento. Per quel che riguarda **l'assistenza dei familiari**, si tratta di percentuali più elevate che nel resto d'Italia e che conferma la caratteristica del tessuto marchigiano. Ma ogni indicatore ci dice che tale impegno familiare è destinato a ridursi nel tempo. E allora occorre fare una riflessione nazionale e regionale su come sostenere l'impegno assistenziale delle famiglie. Questo viene prima di ogni altra cosa perché da qui viene il contributo assistenziale principale. Naturalmente molto potrà fare l'assicurazione sulla non autosufficienza ma altro occorrerà aggiungere in termini di servizi di sollievo e di contributi economici alle famiglie e di servizi domiciliari e semiresidenziali.
- La ricerca della Regione Marche ci dice inoltre che il 5% degli anziani non autosufficienti è assistito da personale a pagamento. Aggiungiamo noi, essenzialmente **badanti**. E' un fenomeno da non sottovalutare perché probabilmente coinvolge un numero di anziani che è pari o superiore a quelli assistiti a domicilio o nelle residenze dal sociale e dal sanitario. Su questo la regione sta per avviare una sperimentazione che, al di là di una eccessiva complessità organizzativa, dimostra un impegno rilevante in questa direzione da parte della regione.
- L'assistenza domiciliare va potenziata. I dati a disposizione ci dicono che oggi noi assistiamo nelle Marche con il **SAD** 2.710 pari allo 0,9% di anziani. Dentro la media ci sono ovviamente realtà molto diverse. Siamo probabilmente attorno alla media italiana dopo Trento 3,7%, Bolzano 3,4%, Veneto 3,1%, Lombardia 1,8%, Emilia Romagna 1,3% e prima della Toscana 0,6% e delle regioni del sud. Gli assistiti sono in aumento ma le difficoltà di bilancio dei comuni hanno fermato la crescita del servizio. Ma qui i comuni devono fare uno sforzo maggiore. Lo dico come ANCI.
- Per l'**ADI** c'è una ricerca recente della regione che non è ancora disponibile. Secondo il ministero nelle Marche, nel 2001, sono assistiti in ADI 12.804 anziani (pari al 4,0%). Una cifra che è stata costantemente in crescita in questi ultimi anni. E questo è un dato positivo. Ciononostante la gran parte di questi anziani ricevono l'assistenza domiciliare quasi esclusivamente da parte del MMG. Quelli che ricevono periodicamente l'assistenza infermieristica e riabilitativa se serve è una cifra di circa 6.000 unità pari all'1,9%, ma tra questi ci sono impropriamente anche gli anziani assistiti con le risorse dell'ADI in casa di riposo (che non andrebbe considerata). Complessivamente abbiamo dunque il 4,9% di anziani che ricevono una qualche forma di assistenza domiciliare che si riduce al 2,8% se non consideriamo l'attività programmata dei MMG. In Europa la situazione è molto diversa. L'Italia occupa le ultime posizioni mentre ci sono pesi come la Danimarca che assistono al domicilio il 24% dei loro anziani.

Pertanto se è vero che le Marche si stanno impegnando per aumentare il numero di anziani assistiti a domicilio è anche vero che la strada da percorrere è ancora lunga.

Tab. 15 –Percentuale di anziani assistiti formalmente a domicilio o in strutture residenziali nei paesi dell'Unione Europea.

Nazione	% anziani assistiti in strutture residenziali		% anziani assistiti a domicilio	
	anno	%	anno	%
Austria	1997	5,5	1996	24,0
Danimarca	2001	3,9	2000	24,6
Olanda	1998	7,9	1996	12,0
Finlandia	2000	5,0	2000	10,7
Germania	1996	5,2	1996	9,6
Svezia	2001	7,7	2001	7,9
Lussemburgo	2002	6,8	n.d.	n.d.
Francia	1996	6,1	1998	7,9
Regno Unito	2001	5,1	1999	7,1
Belgio	1997	7,7	1996	4,5
Irlanda	2000	4,6	2000	3,7
Italia	1999	2,7	2001	3,3*
Spagna	1999	3,2	2001	2,1
Portogallo	1992	2,0	1992	1,0
Grecia	2001	0,5	2002	0,5

- ci sono situazioni dove l'assistenza domiciliare non basta più o dove non è più possibile allora deve intervenire l'offerta di **assistenza residenziale**. Soprattutto per i non autosufficienti. In Europa la media è di 5 posti letto per 100 anziani autosufficienti e non autosufficienti (Vedere tabella). In un terzo dei paesi le residenze sanitarie per non autosufficienti superano le residenze assistenziali (per autosufficienti). Sembra esserci una tendenza alla diminuzione nei paesi con la migliore dotazione di posti letto.

Nelle Marche oggi abbiamo:

- 25 RSA per anziani con 687 posti letto (0,2%);
- 127 case di riposo con 5.446 posti letto (1,7%) (di cui il 55,2% non autosufficienti e il 10,4% parzialmente non autosufficienti).

CONSEGUENZE:

- Riconversione delle case di riposo in residenze protette. Anzi strutture modulari in cui saranno contemporaneamente presenti moduli di residenze protette e case di riposo.
- Serviranno da 3.000 a 3.600 posti di residenza protetta.
- regione deve sostenere i necessari investimenti.

strutture a prevalente accoglienza alberghiera: loro graduale ridimensionamento o loro trasformazione verso modelli più vicini a quelli degli alloggi protetti.

I POSTI LETTO PREVISTI

TIPOLOGIA	POSTI LETTO	NOTE
RSA e Nuclei alzheimer	1.320	<i>0,4% degli anziani. Nella DGR 2090/2000 erano 1958, nel PSR 1998/2000 erano 1692 (RSA+RST)</i>
Residenze protette	2.500	<i>0,8% degli anziani. Posti ottenuti da riconversione delle attuali case di riposo.</i>
Totale	3.820	<i>1,2% degli anziani. Diminuiscono i posti letto per gli anziani non autosufficienti.</i>

Note: anziani al 31/12/2002: 315.993

0,4% di RSA è la previsione più bassa d'Italia e probabilmente della vecchia Unione Europea. I RUG hanno dimostrato che il 30% di coloro che stanno in casa di riposo devono andare nelle RSA (1.500 anziani). Per cui servono almeno il doppio dei posti letto di RSA.

LE RESIDENZE PROTETTE

- Ci sono almeno 3000 anziani non autosufficienti nelle case di riposo.
- Con la L.R. 20/2002 le case di riposo saranno obbligate a riconvertirsi in RP o moduli di RP. I 2.500 posti previsti sicuramente non basteranno nel medio periodo.
- Con il nuovo sistema di classificazione dei pazienti diversi di questi dovrebbero passare nelle RSA. Ma se non ci sono i posti come si fa?

LE DEMENZE

Sono collocabili nelle residenze protette:

anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante.

- Nelle Marche sono circa 15.000. Non sono previsti moduli dedicati.
- doppio canale per le demenze: RSA e residenza protetta. NON EQUO E NON CONDIVISIBILE.
 - sbagliato perché la demenza è una malattia la cui cura è sanitaria ed impegnativa. Tutte le regioni italiane, escluse le Marche, hanno previsto le demenze nei moduli Alzheimer delle RSA.
 - Differenza di trattamento sanitario a parità di malattia.
 - differenza nella partecipazione alla spesa a parità di malattia.

tenuto conto che i posti nei moduli demenze RSA sono alcune decine, i malati finiranno in gran parte nelle residenze protette. Oneri sanitari che si scaricano sulle famiglie e sui comuni.

RSA

- AUMENTARE IL NUMERO DEI POSTI LETTO DI RSA.
 - a. servono fra il 2% e il 4% di posti letto protetti (RSA+RP); I letti di RSA i più bassi d'Italia e tra i più bassi del mondo occidentale.
 - b. anche per risolvere il problema dei letti progettati o già autorizzati.
 - c. rivedere art. 20 per prevedere RSA più grandi.

- RISCRIVERE LINEE GUIDA RSA:
 - a. definire standard di personale;
 - b. ridefinire partecipazione dell'assistito alle spese;
 - c. selezione pazienti per RSA e per RP.

- REVISIONE MANUALE AUTORIZZAZIONE:
 - a. prevedere standard alloggiativi adeguati.

CONCLUSIONI

Massimiliano COLOMBI, *Segretario Regionale CISL Marche*

Un anno fa, esattamente a Pesaro il 4 e 5 luglio, la Regione Marche ha organizzato un Convegno europeo ponendo al centro dell'attenzione e della riflessione la persona anziana nella condizione di non autosufficienza. Credo che ad un anno di distanza sia importante recuperare un po' il percorso; verificare cosa abbiamo fatto, cosa resta da fare e quali sono gli ostacoli che rendono impervio il cammino.

In quella occasione, nel mio intervento, ho riproposto all'attenzione di tutti una storia che vorrei recuperare per tradurre l'invito di Fabio Ragaini che ci ha invitato a rimanere aderenti alle storie concrete delle persone.

“Sono Marcello, ho 54 anni, sono sposato, ho 3 figli di cui due vanno ancora a scuola. Da trent'anni lavoro presso un'azienda commerciale; diciotto mesi fa mio padre di 88 anni è stato colpito da un ictus e progressivamente le sue condizioni fisiche e psichiche sono peggiorate fino alla necessità di una sedia a rotelle. Oggi mio padre ha bisogno di assistenza continua: dall'essere imboccato a tutto il resto. Da diciotto mesi non riesco a dormire più di 2 ore consecutive. Nonostante la pillola per facilitare il riposo, mio padre tutta la notte chiama continuamente, a volte per essere accompagnato in bagno, a volte per avere semplicemente compagnia. In famiglia sono l'unico che lavora e mi restano pochi anni per la pensione. Ho tentato, perché lo ritengo mio dovere, di coniugare lavoro e assistenza, finché sono svenuto sul lavoro perché non mi sono accorto di essere oltre il limite. Tenere in famiglia mio padre non può essere alternativo a mantenere un posto di lavoro”.

Io credo sia utile ripartire da questa storia in quanto proprio in questi giorni stiamo discutendo la legge regionale sul lavoro; mi pare importante recuperare questa prospettiva per tentare di assumere collettivamente le istanze di coloro che faticosamente vogliono tentare di coniugare il loro essere “soggetti attivi nella cura” e l'essere “portatori di reddito”.

Oggi è molto di moda evocare l'Europa quando ci chiede di tagliare le risorse sul sociale; è evocata molto meno quando ci invita a fare dei ragionamenti come quelli avanzati dalla *Commissione Supiot* che propone il “diritto di prelievo sociale”. Si tratta “*di riconoscere ai lavoratori periodi di aspettativa dal lavoro retribuito perché se vogliono possono assumersi direttamente quelle attività sociali e riproduttive che sono produttive di una socialità migliore che ovviamente richiedono tempo ed energie*”.

Mi pare importante ripartire da questo punto, perché i livelli di integrazione delle politiche di cui più volte oggi abbiamo fatto riferimento, chiamano in causa le diverse responsabilità, con l'obiettivo di avviare un percorso di riduzione della distanza tra chi si occupa del tempo di lavoro e di chi si occupa del tempo di cura, perché molto spesso sulla stessa persona si scaricano le tensioni non risolte inerenti sia il tempo di lavoro, sia il tempo di cura.

Mi pare ulteriormente importante perché domani, in questa regione, c'è un significativo convegno sulla legge regionale sul lavoro che in qualche modo indica un profilo su cui stare tutti insieme, per ricercare anche all'interno del sindacato marchigiano quella integrazione tra chi fra noi si occupa del sociale e tra chi di noi si occupa del lavoro.

E' importante condividere la chiave di lettura che ha orientato l'iniziativa di oggi: a partire dalla chiarezza che la non-autosufficienza non riguarda solo le persone anziane, abbiamo scelto di focalizzare l'iniziativa di oggi sulle persone anziane. Tale scelta ci impegna fortemente a pensare ad un'ulteriore iniziativa sul fronte delle "altre condizioni" della non-autosufficienza.

In questo quadro si colloca la ricchezza emersa dai lavori di questa giornata, una ricchezza che proverò a rilanciare attraverso alcune parole-chiave.

1. I diritti

La prima parola che vorrei rilanciare è diritti.

Siamo tutti consapevoli che il ragionamento di oggi non fa riferimento alla ricerca di privilegi o di posizioni corporative. Richiamare costantemente la Legge quadro 328/00 ha il senso di recuperare un'impostazione culturale condivisa che si radica nel riconoscimento dei diritti. Una discriminante chiara tra i governi attenti alla persona e ai legami solidali e governi più attenti ad altri processi è quella che separa chi riconosce i diritti nella misura delle risorse disponibili e chi si attiva nel reperimento delle risorse per garantire i diritti riconosciuti. Oggi noi rivendichiamo il riconoscimento dei diritti soggettivi cui bisogna garantire una presa in carico pubblica. E' importante per un sindacato riposizionare il tema dei diritti; altrimenti rischiamo una deriva economicistico-aziendalistica in cui i diritti vengono corrisposti solo in base ai bilanci economici. In questa logica non riusciremo più a capire cosa dobbiamo rivendicare. Ancorati ai diritti possiamo meglio comprendere la rivendicazione di un assestamento di bilancio della Regione Marche più orientato al sociale, piuttosto che "stirato" da interessi chiari seppure non dichiarati. E' chiaro che questa alternativa si scioglie solo se noi mettiamo in campo un'azione sui diritti; un'azione sui diritti che fa del diritto all'assistenza sociale un diritto cui corrispondere in maniera prioritaria.

Un diritto che si deve coniugare da una parte con l'universalità, dall'altra con la selettività. Mi pare sia importante condividere come non siamo nelle condizioni di garantire "tutto a tutti"; occorre altresì assumere la consapevolezza del fatto che attraverso un percorso selettivo e di compartecipazione alla spesa, secondo elementi di equità, è possibile allargare di molto la platea dei cittadini cui corrispondere in termini di servizi e prestazioni.

2. I livelli di competenze istituzionali

L'altro tema che è rimbalzato più volte oggi è quello dei livelli di competenze, in un sistema di governance plurale. Ogni volta di più avvertiamo la fatica di impattare con un caos istituzionale in cui regioni, province e comuni stracchiano le proprie competenze per guadagnare margini ulteriori di manovra. Per l'efficacia del nostro lavoro è indispensabile richiamare tutti i soggetti ad una più puntuale ripartizione delle competenze, al fine di evitare che una concertazione istituzionale "disordinata" scarichi sulle persone disagi ed incertezza.

In questa dinamica ci sono dei luoghi nuovi da presidiare: la Conferenza Unificata Stato Regioni Comuni è uno dei luoghi che nel nuovo assetto istituzionale sta acquisendo uno spazio importante. E allora CGIL - CISL - UIL con la Regione Marche e i Comuni marchigiani possono avviare un ragionamento sul come presidiare questi spazi. Siamo una piccola regione e se non facciamo "massa critica" difficilmente saremo nella condizione di rappresentare adeguatamente i nostri interessi.

Le altre tre parole chiave che vorrei riproporre sono: **risorse, organizzazione e politiche.**

3. Le risorse

Siamo in un contesto di risorse scarse e quindi la sfida di allargare le risorse a disposizione è vitale. Oggi abbiamo posto un paletto importante: il livello regionale può essere un livello complementare a quello nazionale per immaginare un fondo per la non-autosufficienza. Abbiamo davanti un'opportunità storica che ci mette al riparo dall'idea di una tassa di scopo o di una pressione fiscale aggiuntiva: si può pensare ad un utilizzo delle risorse che si avrebbero a disposizione qualora non si procedesse ad un abbassamento dell'addizionale IRPEF? Nella nostra Regione cresce la consapevolezza di giungere a forme eque e sostenibili di compartecipazione; per questo è sempre più urgente la definizione delle "linee guida" per l'ISEE.

Oggi inoltre cogliamo con soddisfazione le parole degli Assessori Melappioni e Secchiaroli che indicano un'ulteriore strada che passa attraverso un'azione politica in Giunta regionale al fine di vincolare una quota di risorse aggiuntive sulle priorità di cui abbiamo ragionato.

Così come è da esplorare con cautela e interesse la proposta avanzata da Franco Pesaresi rispetto alla sperimentazione di forme assicurative.

Sempre sul fronte delle risorse ci sono altri due elementi che in qualche modo abbiamo la necessità di recuperare. Nel suo intervento Dino Ottaviani ha ricordato quanta cura richiederà l'accompagnamento della riforma delle IPAB e quante risorse possono essere liberate. Occorre immaginare di vincolare quelle risorse in termini di prestazioni e servizi, al fine di evitare che vengano dirottate in altri capitoli di bilancio, per ripianare buchi dei Comuni, per sagre o strade, tutte iniziative utili ma relativamente utili rispetto ai temi della non-autosufficienza.

L'altro punto da presidiare fa riferimento alla preoccupazione di evitare una guerra tra i poveri, attraverso lo spostamento di risorse da una destinazione all'altra. Abbiamo un esempio di questo quando alcune risorse vincolate alle fragilità sociali ad oggi non sappiamo dove siano finite; tale fatto fa presagire che il montante complessivo delle risorse previste per il triennio in realtà non sarà delle dimensioni previste.

4. L'organizzazione del sistema

Dal punto di vista dell'organizzazione noi stiamo agendo con forza sul sistema. Oggi siamo nelle condizioni di un più elevato livello di conoscenza grazie ad un prezioso lavoro di costruzione dei sistemi di rilevazione dei processi e di occasioni per la condivisione di dati. Restano tre criticità che ci preoccupano fortemente: **l'accesso, la presa in carico, la continuità assistenziale.**

Nella relazione iniziale, Gabriele Paolucci con grande accuratezza ha posto in risalto l'urgenza di agire su questi tre elementi. Stiamo lavorando affinché siano evidenti una responsabilità ed una regia pubbliche, collegate all'idea di esigibilità del diritto quale patto di cittadinanza con chi amministra la cosa pubblica.

Dobbiamo avere contemporaneamente la consapevolezza di quale spazi abbiamo come sindacato anche in termini operativi. Per ragioni di tempo mi limito a sottolineare il ruolo dei patronati in tema di segretariato sociale. E' un tema assolutamente importante perché consente di evitare che famiglie e persone spendano tutte le proprie energie in tentativi ed errori prima di giungere ad un punto di informazione certo e funzionale alle proprie necessità.

Quello che abbiamo di fronte è anche un sistema che sta cercando una via verso l'innovazione e sta articolando i suoi strumenti. Recupero la provocazione proveniente dal dibattito sull'assegno servizi per dire: "è utile a che cosa? è utile per chi?".

Sul fronte dell'articolazione dei servizi è importante condividere il fatto che non tutti i servizi sono utili per tutti. Una famiglia con scarso capitale culturale, pur in possesso di un titolo per l'acquisto di servizi, rischia di non sapere dove spendere il suo "buono" o di avventurarsi in un mercato in cui scontrerà tutti i limiti della sua asimmetria informativa. Questo esempio invita alla cura e alla prudenza: è importante stabilire per quali soggetti tale soluzione possa essere utile e per chi no; è importante stabilire quali target vogliamo colpire e quali siano i criteri di valutazione degli impatti. Questi ragionamenti fuggono il timore che il sindacato marchigiano possa avere una posizione ideologica; siamo invece portatori di una posizione che vuole tentare di capire il ruolo del voucher all'interno di una tastiera di strumenti. Per questo riteniamo importante articolare l'intera tastiera perché solo in questo modo riusciamo ad immaginare un'azione adeguata alle esigenze dei diversi soggetti, senza cadere nel delirio di onnipotenza per cui tutto è utile per tutti. Abbiamo di fronte a noi situazioni che ci preoccupano: la deriva lombarda è una deriva che non ci piace.

In questa riflessione è importante ribadire come la qualità dei servizi che il sistema sta cercando è strettamente connessa con la qualità del lavoro cui concorrono le diverse professionalità. In questo contesto occorre ribadire che la stessa integrazione socio-sanitaria richiede a tutti il superamento di alcune resistenze rispetto a pratiche e metodologie, ma anche di scardinare alcuni monopoli.

Il sindacato nella sua veste di attore collettivo può altresì giocare un ruolo di "orientamento" e di "mediazione culturale" rispetto al rapporto con il sistema dei servizi. Sul lato della domanda di assistenza è necessario ribadire l'investimento circa l'educazione dei cittadini marchigiani ad una maggiore corresponsabilità e consapevolezza rispetto a che cosa è necessario e che cosa è superfluo.

La rilevazione di elevati livelli di inappropriata all'interno del sistema da una parte hanno a che fare con un'offerta sbilanciata rispetto ai bisogni e alla dimensione territoriale, per cui ognuno va dove può; dall'altra parte l'inappropriata è anche indotta dalla preoccupazione di non trovare ciò di cui uno ha bisogno, per cui se una

persona ha bisogno di uno chiede cinque, in modo da avere un relativo grado di certezza che quell'uno atteso arrivi davvero.

C'è un'azione necessaria anche sull'offerta. Abbiamo una programmazione regionale il cui percorso è stato da poco concluso. Già da più parti si sta sottolineando un certo grado di inadeguatezza, confermata dagli stessi dati che l'Agenzia Sanitaria Regionale ha messo a disposizione in questi ultimi giorni.

L'utilizzo di questa ulteriore chiave di conoscenza richiama tutti coloro che hanno la reponsabilità di governo del sistema ad un aggiornamento del percorso, in maniera da essere più rispondenti ai bisogni che stanno venendo avanti. In questo contesto assume un significato rilevante l'azione di CGIL-CISL-UIL in riferimento al riadeguamento della programmazione sanitaria.

5. Le politiche

Sul fronte delle politiche è importante assumere la non-autosufficienza come dimensione esemplare in relazione alla complessità e alla sfida dell'integrazione.

Per questo motivo la discussione di oggi assume un carattere più generale e di valenza strategica per l'intero sistema. In altre parole superare le tensioni organizzative e strategiche all'interno del sistema in relazione all'intervento sulle persone anziane in condizione di non-autosufficienza può significare far avanzare il sistema complessivo rispetto alla sua capacità di "predersi cura" e di "produrre cura" per tutti.

Infine la storia ci consegna una serie di tentativi di accordi che a dir la verità non hanno mai prodotto molto; veniamo da un confronto sul Piano Sanitario Regionale "*Un'Alleanza per la Salute*" rispetto al quale oggi si fatica a rintracciare alleati fedeli tra gli stessi sostenitori di allora; Confindustria lancia l'idea della grande coalizione dopo un periodo in cui è stato difficile incontrarsi. Nonostante una storia che mette in circolo dubbi sull'opportunità di prestarsi a percorsi "pattizi" rilanciamo la necessità di costruire un documento dove fissare le priorità. Pensiamo ad un protocollo, per certi versi meno ambizioso di un patto o di un contratto, capace di delimitare una cornice di reciproci impegni verificabili nel medio periodo. Questo può essere il lavoro dei prossimi giorni.

Al nostro interno invece è importante esplicitare la valenza strategica di un patto fra le generazioni. Alle ipotesi di un conflitto tra padri e figli le nostre esperienze associative possono contrapporre ipotesi di una solidarietà fra le diverse generazioni.

Allora la forza di tanti pensionati organizzati presenti nelle nostre organizzazioni può essere spesa anche su temi generali che rendano possibile pensare ancora ad un futuro per tutti. Non possiamo sottovalutare infatti le criticità di cui oggi avvertiamo solo alcuni gradi di complessità: ad esempio se la dinamica demografica è quella che ci hanno rappresentato, se la non-autosufficienza avrà quella dinamica che ci è stata proposta, dove troveremo le risorse per le azioni e per gli interventi sulla popolazione autosufficiente? E' importante in questo senso ragionare da subito nei termini di sostenibilità tra le generazioni; altrimenti il rischio che corriamo è quello di non poter guardare all'altra metà del cielo.

La storia di Marcello con i suoi figli, con suo padre, col suo problema del lavoro, ci richiama a questa visione articolata che necessita di un'integrazione reale tra le politiche socio-sanitarie con quelle dei minori, del lavoro, con le politiche abitative.

Siamo consapevoli dei limiti e delle opportunità che il percorso che stiamo affrontando presenta; i lavori di oggi però sono un importante segnale di speranza.