

## **CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA**

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327 - e mail: [segreteriaecatmarche@gmail.com](mailto:segreteriaecatmarche@gmail.com)

---

Aderiscono: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche.*

---

Ancona, 17 ottobre 2011

**- Ai membri del Consiglio regionale**

**Oggetto: Osservazioni alla Proposta di piano sociosanitario regionale 2012-2014**

La nota esamina la nuova proposta di Piano all'esame della V Commissione. Le osservazioni che seguono si concentrano sul cuore del provvedimento: l'area sanitaria e sociosanitaria.

### **Area sanitaria**

Dopo i comunicati dell'assessorato e di alcuni consiglieri, riguardo i contenuti della nuova Proposta ci saremmo aspettati una maggiore chiarezza nella definizione degli obiettivi e dei percorsi per raggiungerli. Entriamo ora nel dettaglio.

**La rete ospedaliera.** Come è noto dal 2008 (l. 133), la dotazione ospedaliera (compreso D.H., e D.S) è fissata sul tetto di 4 posti per mille abitanti (3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione - lungodegenza). E' nota la situazione della nostra regione:

- a) offerta complessiva pari a circa 4,1 posti per mille;
- b) posti per acuti eccedente di circa lo 0,30;
- c) posti post acuzie mancanti di circa 0,20;
- d) posti di lungodegenza sostanzialmente in linea (0,35);
- e) mancanza di posti di riabilitazione di circa 0,13 (0,22).

Tradotto in numeri (posti) significa indicativamente che:

- bisogna asciugare di circa 500 posti (compresi dh e ds) l'offerta per acuti;
- aggiungere circa 200 posti letto di post acuzie;
- ridurre di circa 300 posti l'offerta ospedaliera complessiva.

La trasformazione dei circa 200 posti (tenendo conto della ripartizione al 50% tra le due tipologie, seppur mai definita in alcun atto regionale), dovrebbe ricadere nell'area riabilitativa che è particolarmente carente in molte zone della nostra regione (causa peraltro di mobilità passiva).

Se anche si volesse (ma andrebbe motivato dal punto di vista tecnico) scegliere una ripartizione diversa ad es. 60/40 non cambierebbe molto nella sostanza.

Questi aspetti problematici, rimasti indefiniti, sono stati ripetutamente segnalati negli ultimi anni da questo Comitato. Il Piano, continua a non sciogliere questo nodo, richiamando genericamente la necessità del rispetto del tetto del 4 per mille. Peraltro, a pag. 45 ("D'altra parte, risulta necessario procedere al riequilibrio delle dotazioni per rispettare le indicazioni dei 3,3 posti letto per acuti e 0,7 posti letto per post-acuzie e riabilitazione. Obiettivo tendenziale della Regione è raggiungere 1 posto letto per mille abitanti per quanto riguarda la lungodegenza e la riabilitazione") la Regione ipotizzerebbe (e in questo dovrebbe essere

più chiara, senza lasciare ombre di ambiguità) di arrivare all'1 per mille di post acuzie (ciò significherebbe oltre 1500 posti complessivi contro i circa 1100 della previsione dello 0,7). Se così fosse si danno due ipotesi:

- a) sfioramento del 4 per mille;
- b) riduzione dei posti per acuti al 3 per mille.

E' curiosa questa prassi – questione di coraggio? - di fermare il ragionamento sulla soglia delle conclusioni operative.

Appare dunque indispensabile dire, sul punto, cosa si vuole davvero fare a riguardo:

- a) numero di posti per acuti;
- b) numero di posti e localizzazione per post acuzie, definendo all'interno la dotazione riguardante la riabilitazione (codice 56 e codice 75 per alta specialità) e la lungodegenza (codice 60).

La chiarezza è indispensabile perché se l'aspetto numerico può soddisfare un'esigenza classificatoria (rispetto del 4 per mille e della ripartizione tra acuzie e post acuzie), non risolve in alcun modo l'aspetto dei contenuti che riguarda il modello organizzativo dell'offerta. In sintesi, il rischio è di un mero cambio di etichetta senza effettivo miglioramento della risposta per gli utenti e forse - cosa che sembra importare maggiormente la Regione - neanche risparmio economico.

All'indomani dell'atto di ricognizione (dgr 77/2009) delle strutture sanitarie e sociosanitarie specificavamo *"Come è noto la Regione non ha fissato un numero di posti minimo per modulo; moduli pari o superiori a 15 posti sono in 12 strutture; nelle altre 15: 5 hanno moduli pari o inferiori a 6 posti, in altre 6 i moduli sono da 10, le altre tra 12 e 13. Difficile ipotizzare che in presenza di dotazioni di queste dimensioni, spesso accorpate a reparti di Medicina, la lungodegenza possa assumere un modello organizzativo diverso da quello classico dell'ospedale per acuti. Il rischio evidente è quello, per molti posti, di un solo cambio di classificazione e non di funzione. Ricordiamo che la lungodegenza, come la riabilitazione ospedaliera (codice 56 e 75) non ha DRG ma costo a giornata di degenza con abbattimento (nei codici 56 e 60) della tariffa del 30% al sessantesimo giorno"*. Da allora nulla è cambiato in termini di programmazione regionale; l'unico cambiamento, marginale, può aver riguardato il numero di posti.

L'intenzione che pare abbastanza palpabile - anche dalla lettura delle dichiarazioni di Mezzolani e Ruta - è dunque quella di spostare, un gran numero di posti (superiore anche alle indicazioni della programmazione nazionale cui il Piano si riferisce) verso la post acuzie e nello specifico della lungodegenza, con il solo cambiamento, rispetto agli attuali posti di medicina, della riduzione di qualche figura dell'organico (motivata da una ridotta intensità di cura) e senza alcun modello organizzativo alle spalle. Cambiamento che come ribadiamo rischia di non avere effetti né sulla qualità delle cure, né sulla riduzione della spesa (è importante ricordare che la determina 240, poi ritirata, dell'Asur prevedeva, p. 29, all'interno della trasformazione di posti dall'acuzie alla post acuzie, la possibilità "di decidere il ricovero diretto - senza obbligo di passaggio in reparto per acuti - anche su proposta, previa valutazione, del MMG". Facile prevederne le conseguenze).

La mancata indicazione del numero di posti da riconvertire in riabilitazione tende a confermare tale ipotesi. Seppur l'offerta è carente, concentrata in alcuni territori e oggetto di cospicua mobilità passiva (posti sostanzialmente assenti in 5 ex Zone territoriali), la trasformazione di circa 200 posti per questa funzione diventa problematica perché tale passaggio determina cambiamenti nelle figure professionali (medici/fisioterapisti) e negli standard strutturali ed organizzativi (palestre).

Diventa dunque indispensabile che il Piano definisca questi aspetti che sono essenziali rispetto alla appropriatezza dell'offerta in risposta ai bisogni della popolazione. In estrema sintesi il Piano ha il dovere di dimostrare senza ambiguità come si vuole disegnare il nuovo assetto avendo cura di declinarlo, lo ripetiamo, in termini di appropriatezza dei percorsi.

Non si può mancare di far notare, in questo contesto, gli effetti della mancata approvazione del Progetto obiettivo sulla riabilitazione e lungodegenza. Ma ciò che è più grave (e ciò deve essere censurato severamente) è che si continui a fare riferimento negli atti alle indicazioni della proposta della giunta (dgr 1627) del 2005 mai approvata dal Consiglio regionale.

La parte riguardante la **riabilitazione**, non può essere ridotta solo a quella ospedaliera. Deve, infatti, essere messa in connessione con quella extraospedaliera sia di tipo intensivo che estensivo. Tale aspetto - di sistema - non è stato affrontato, purtroppo, nella dgr 1789/2009 di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario. Il Piano (p. 54) ripete che occorre rivisitare l'area della riabilitazione, ma, purtroppo, continua a non dire, anche nella parte dedicata (pag 163), come. Un "come" che riguarda anche gli altri aspetti richiamati a p. 58 (*La coerenza del sistema di governo*). Ad esempio un aspetto che pone innumerevoli problematiche e che - a causa del mancato governo regionale - ha subito negli ultimi anni importanti evoluzioni è quello della riabilitazione estensiva. Anche in questo caso si segnala la presenza del problema, ma non si indicano le soluzioni che si intendono adottare. Così scrivevamo all'indomani della dgr 1789-2009 riguardante il fabbisogno *"Un discorso del tutto diverso riguarda invece i posti di **riabilitazione estensiva**. Qui è necessario fare chiarezza per evitare un'ambiguità che poi si ripercuote sul sistema della residenzialità e della riabilitazione. Fino ad oggi infatti le Rsr estensive sono state sempre considerate tra le strutture residenziali dell'area disabilità; tanto che anche nella Ricognizione in quell'area venivano inserite. Ora sembrano sempre più andare a collocarsi nell'area della riabilitazione estensiva rispetto alla quale la regione Marche non ha mai avviato una effettiva riflessione e programmazione"*. La mancanza di chiarezza in quest'area (peraltro la dgr sul fabbisogno ha previsto la realizzazione di 100 nuovi posti) ha, come detto, importanti ricadute sull'intero sistema della residenzialità.

Per completare una parte del percorso dell'offerta residenziale (acuzie - post acuzie - residenzialità riabilitativa extraospedaliera - residenzialità socio sanitaria) è necessario soffermarsi su un'altra tipologia di struttura: le **residenze sanitarie assistenziali** per anziani, anch'esse ritenute - nelle dichiarazioni sia dell'assessore che del direttore del dipartimento - strutture da potenziare a riguardo delle necessità degli anziani non autosufficienti che non possono essere curati a domicilio.

Anche in questo caso purtroppo il Piano non dice quasi nulla. Ricordiamo che ad oggi sono attivi 800/900 posti, cui si aggiungono, con ogni probabilità, altri 400-500 posti autorizzati. Ma il problema, come è noto e come abbiamo documentato sulla scorta dell'analisi degli atti delle varie Zone, è che con questa tipologia di autorizzazione convivono tipologie di strutture completamente diverse e ciò per mancanza di indirizzi da parte della Regione (in primis, standard assistenziale). Se dunque questa tipologia di servizio appare strategica nel percorso dall'ospedale al territorio, continuare a mantenerla nella attuale indefinizione significa mantenere una "zona grigia" che ha importantissime ricadute sia a monte (acuzie e post acuzie) che a valle (residenzialità protetta e cure domiciliari).

Non si può dunque che ripetere che continuare ancora una volta a scrivere (cosa già fatta nel precedente Piano) cosa bisognerebbe fare e non farlo (ovvero dire "come") non solo è di nessuna utilità, ma legittima una situazione sempre più ambigua.

Sempre in riferimento all'**area territoriale** (p. 154-165), dispiace dover constatare che si continuano a declinare impegni, indicazioni, obiettivi presenti in innumerevoli documenti, compreso il precedente Psr, sui quali poi nessuno sembra più lavorare. Prendiamo come riferimento le indicazioni riguardanti **L'unità valutativa integrata** e le **cure domiciliari**.

Nel primo caso alla ridondanza delle funzioni assegnate corrisponde una situazione di assoluta criticità del loro funzionamento. Sempre più frequentemente si concepiscono con una funzione meramente amministrativa e certificatoria; sempre più spesso non adempiono alle loro funzioni.

Siccome esse rappresentano (dovrebbero rappresentare) il perno dei percorsi assistenziali volti a garantire appropriatezza e tutela per la persona malata e non autosufficiente, ci si chiede perché, si continua pervicacemente, a non affrontare il nodo del loro funzionamento. Ad esempio:

- la Regione sembra aver rinunciato, come da impegno, a definire gli strumenti valutativi con i quali, in maniera omogenea a livello regionale, si definiscono i percorsi;
- non si tematizza, in nessun caso, il tema delle dotazioni organiche minime condizione per assicurarne il funzionamento.

Si continua, anche questo Piano lo ripete, a parlare del sistema RUG quando esso non viene utilizzato per la definizione dei percorsi assistenziali ma ai fini di una valutazione statistica della quale nessuno poi tiene conto ai fini programmatici (ricordate quando nel 2003 si valutò, attraverso il RUG, che erano oltre 1500 gli anziani non autosufficienti ricoverati nelle Case di riposo che avevano requisiti da Rsa?).

Riguardo le **cure domiciliari** (p. 161) è sicuramente apprezzabile la dotazione di un fondo vincolato (pur non essendo in grado di valutarne la rispondenza rispetto al bisogno), ma non possiamo continuare a far finta di non vedere che:

- a) buona parte della spesa attuale del fondo Adi viene utilizzata all'interno della residenzialità sociosanitaria cui dovrebbe far fronte la quota dell'assistenza residenziale,
- b) nelle diverse Zone i servizi sono diversamente organizzati, quasi sempre impostati in ottica prestazionale, con erogazione delle cure per metà giornaliera.

Anche il dato numerico non deve trarre in inganno (p. 109). Alla numerosità delle prestazioni non corrisponde automaticamente un servizio capace di effettiva presa in carico con forte impatto sulla riduzione di ospedalizzazione e ritardo della istituzionalizzazione. Temi sui quali si parla da anni ma sui quali si è continuato a non operare. Dispiace peraltro questo utilizzo strumentale del dato che nulla dice in termini di effettivo funzionamento del servizio. Ed in questo caso il problema non è solo la revisione della Linee guida del 2001 (magari se fossero applicate in ogni territorio!), quanto un investimento in termini organizzativi ed operativi su questi servizi, considerati troppo spesso come luoghi nei quali un personale gravato da anni di turnazione ospedaliera ritiene, meno pesantemente, di espletare il proprio servizio.

### Area sociosanitaria e sociale

Faremo qui riferimento alla più specifica area dei processi sociosanitari (p. 168-188) e sociali (191-2006). Per quanto riguarda il primo aspetto si dovrà verificare come l'integrazione programmatica, già difficile anche nei territori nei quali la Zona era coincidente con l'Ambito, si potrà realizzare con l'introduzione del livello di area vasta. Non si può infatti dimenticare come nella nostra regione, ad oggi, il distretto non è stato mai nelle condizioni di adempiere alle indicazioni previste nel d.lgs 229/1999. Ma questa è altra questione. Riguardo la pianificazione delle azioni, non si intravedono novità rispetto ad altri atti programmatici precedenti. Ad eccezione dell'area della famiglia cui è dedicata molta attenzione, per tutti gli altri aspetti gli interventi declinati sono quelli – formulati, peraltro, in maniera più generica – di quelli del Piano sociale 2008-2010 e della parte sociosanitaria del Psr 2007-09.

Anche la parte (p. 96) riguardante la problematica degli operatori sociali e sociosanitari riprende questioni annose e purtroppo ad eccezione degli Oss, sostanzialmente non affrontate. In particolare ci riferiamo all'area educativa (servizi per minori e disabili in particolare) nella quale solo una piccola minoranza sono gli operatori con il *titolo*.

Ci si sofferma soltanto sulla parte, peraltro sostanzialmente assente, riferita agli obiettivi da perseguire nell'area delle **demenze**; ci si impegna alla "**Approvazione dei requisiti strutturali, funzionali e assistenziali della rete regionale dei servizi per la demenza**". Leggendo il testo non si può fare a meno di chiedersi e di chiedere quale sia *la rete regionale dei servizi per la demenza*, ben sapendo che nessun atto l'ha mai definita. L'assenza di standard e fabbisogno riguardo i servizi diurni e residenziali per questa tipologia di problematiche rappresenta un ultradecennale vergognoso buco

nero rispetto al quale non si riesce a giustificare il ritardo.

Non si può inoltre far a meno di notare, curiosamente, l'inserimento (p. 179) della sussidiarietà all'interno dell'area degli interventi. Lo consideriamo un segno tempi!

In merito all'area più specificatamente sociale segnaliamo l'assenza di indicazioni rispetto ad uno *standard minimo riguardante il servizio sociale professionale*. Come è noto in moltissime aree della regione è assente il servizio sociale professionale (da non confondere con gli UPS). E tale situazione si ripercuote in maniera pesantemente negativa sul sistema dei servizi sociali (vedi aree: anziani, minori, disabili, ecc ...).

Si accennano infine, solo altri aspetti:

- il riferimento alla questione della compartecipazione economica seppur generico non tiene in conto che le indicazioni nazionali contenute nei d.lgs 109/98 e 130/2000 che definiscono i criteri di compartecipazione e dunque di accesso al sistema dei servizi, rivestendo carattere di livello essenziale, non possono essere modificati né dalla disciplina regionale né da quella comunale (si veda, in questo senso le recenti, ripetute, sentenze del Consiglio di Stato);
- desta insuperabile perplessità l'indicazione - nella parte in cui (p. 197) ci si impegna alla modifica della legge 43/1998 ed al recepimento della 328/2000 - "mettendo al centro la famiglia quale soggetto principale del sistema di assistenza. Si dovrà prevedere un testo unico della legislazione sociale regionale comprensivo di due titoli fondamentali: 1. la famiglia e i servizi sociali alla persona; 2. risposta alle madri in difficoltà (l. 194/78) e sostegno alla cura delle dipendenze patologiche dei figli in famiglia;
- appare inoltre venata di ideologia tutta la parte riguardante la famiglia, considerata "quale soggetto centrale del sistema di welfare".
- in qualità di organizzazioni del terzo settore (nel nostro caso organizzazioni di volontariato e di utenti) riteniamo che il riferimento ad una specifica, seppur importante, organizzazione di rappresentanza (p. 218): nello specifico il *forum del terzo settore*, quale interfaccia privilegiata nelle politiche regionali e locali, non risponda alla necessità di pluralismo che il terzo settore esprime.

#### **COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA**

---

A corredo del presente testo rimandiamo ad alcuni nostri precedenti testi che approfondiscono in maniera più dettagliata alcuni degli aspetti esaminati nel testo.

**Osservazioni alla proposta di Piano sociosanitario regionale, novembre 2010**

<http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=591>

**Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'ASUR - <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=681>**

**Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche - <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=523>**

**Riabilitazione estensiva residenziale nelle Marche. L'indispensabile chiarezza <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=580>**

**Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche - <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=483>**