

Campagna Trasparenza e diritti - <http://leamarche.blogspot.it/>

## **Servizi sanitari e sociosanitari nelle Marche. Sul protocollo Regione Marche - Segreterie regionali Cgil, Cisl, Uil**

Nei giorni scorsi Regione e segreterie regionali di Cgil, Cisl e Uil, hanno presentato il **"protocollo programmatico per la riorganizzazione del servizio sociosanitario"**. Nel comunicato stampa (in allegato) si fa, peraltro, ampio riferimento al potenziamento degli interventi nell'area sociosanitaria, con l'aumento del numero di posti nelle aree, disabilità, minori, salute mentale, dipendenze, anziani non autosufficienti<sup>1</sup>.

Una notizia che potrebbe essere accolta in modo positivo se non fosse che in nessun punto, nessuno, del protocollo, si fa riferimento ai temi che da luglio ad oggi hanno mobilitato migliaia di persone (utenti, associazioni, gestori, comuni). Ovvero le delibere 1011 e 1195, che - giova ricordarlo - riguardano almeno 15.000 utenti.

A seguito delle tante proteste (per una ricostruzione vedi, [Dopo le delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari. Gli atti, le parole, i fatti](#)), è stato convocato un, fin qui inutile, tavolo tecnico di confronto, è stata promossa una imponente manifestazione che ha visto presenti oltre 80 organizzazioni; il Consiglio regionale ha votato una mozione che impegna la giunta al ritiro o alla sospensione delle delibere.

Ora le segreterie regionali di CGIL, CISL e UIL sottoscrivono - ci chiediamo a nome di chi? - un accordo che ignora completamente i temi sul tappeto. Un silenzio che riteniamo molto grave. Condividono o no le posizioni di decine e decine di organizzazioni marchigiane, che in questi mesi hanno documentato gli effetti delle delibere?

I contenuti del protocollo, purtroppo, contraddicono l'ottimismo e la soddisfazione sbandierati dalla regione e dalle OOSS e suggerirebbero maggior cautela, specie da parte di chi intende rappresentare (anche) gli utenti.

Sul punto riguardante **"Case salute - cure primarie"**, ovvero la riconversione dei piccoli ospedali (dgr 735/2013, [Marche. La riconversione dei piccoli ospedali](#)), viene specificato che la Regione sta definendo *"anche attraverso il confronto con le OO.SS., gli standard assistenziali delle CdS, ripartiti per bassa, media ed alta complessità. A questi standard vanno adeguate tutte le strutture (...) Il dimensionamento delle CdS nel triennio pertanto sarà: 11 strutture esistenti adeguate agli standard (elenco); 13 strutture derivanti dalla riconversione dei piccoli ospedali (DGR 735/2013); almeno 12-15 strutture da realizzare ex novo in rapporto al fabbisogno individuato e nel rispetto di un'armonica distribuzione delle CdS stesse nel territorio. Al riguardo si prevede che entro il 30 giugno 2014 sarà definito un apposito programma di dimensionamento relativo all'insieme delle strutture"* (sui contenuti della dgr 735/2013, rimandiamo ad una nostra precedente scheda, [Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche](#), nella quale si evidenziavano alcune questioni riguardanti la riconversione<sup>2</sup>). Non si spiega se e come questi posti - che si caratterizzeranno per tre tipologie di standard (*bassa, media e alta intensità*) - si coordineranno con quelli della post acuzie che con quelli extraospedalieri (dalle Rsa anziani, alle diverse residenze riabilitative (intensive ed estensive).

Sei sono i punti riferiti a **Residenzialità e semi-residenzialità, domiciliarità**. Partiamo dall'ultimo che riprende i contenuti dell'accordo del 13 dicembre, tra Regione e sindacati sui temi del "lavoro e della coesione sociale", nel quale si inseriva anche la questione delle quote sanitarie delle residenze protette per anziani non autosufficienti ([La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani](#)).

<sup>1</sup> Vedi, la rassegna in, <http://89.97.204.228/crmrassegna/rassegna.asp>.

<sup>2</sup> Ricordiamo che i 195 posti riconvertiti sono collocati nei seguenti presidi: Sassocorvaro (5), Cagli (5), Fossombrone (40), Chiaravalle (24), Cingoli (10), Sassoferrato (20), Loreto (6), Recanati (5), Tolentino (20), S. Severino (10), Matelica (10), Montegiorgio (20), Sant'Elpidio a Mare (20).

Si specifica che *"viene confermato l'impegno già sottoscritto il 13 dicembre scorso a coprire con risorse proprie della Regione le quote di compartecipazione alle rette per le prestazioni socio-sanitarie, diurne e residenziali che i cittadini con redditi medio-bassi in base agli indicatori Isee hanno difficoltà a corrispondere"*. Il riferimento è ai problemi connessi con l'applicazione della delibera 1195/2013 di applicazione dei LEA, la cui applicazione è al momento sospesa.

Come i sindacati (e la Regione) sanno, la *Campagna Trasparenza e diritti* contesta la 1195 perché applica in maniera strumentale la normativa sui LEA (Dpcm 29.11.2001), riducendo per alcuni servizi le quote sanitarie e aumentando quelle sociali a carico di utenti e Comuni (si tratta di servizi di cui fruiscono migliaia di utenti: residenzialità disabili e salute mentale, centri diurni disabili, demenze e anziani non autosufficienti). Per non parlare delle cure domiciliari per le quali – in riferimento all'assistenza tutelare nelle Marche – il servizio sanitario continua a non assumere alcun onere (invece del 50% della spesa come da normativa LEA). Si tratta di milioni di euro che ogni anno la sanità marchigiana trasferisce su utenti e Comuni, salvo costituire un fondo volto ad una parziale e contingente compensazione degli squilibri che si vengono a perpetuare.

Perché CGIL, CISL e UIL ritengono che i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria non debbano essere applicati nelle Marche? Spieghino la loro posizione direttamente a 1500 utenti (e loro familiari) dei Centri diurni per disabili, demenze e anziani, ai circa 1000 anziani ricoverati nelle RSA anziani (che dopo 60 giorni la Regione vorrebbe sbatterli fuori a prescindere dalla loro condizione di salute), agli oltre 700 ricoverati in strutture residenziali per la salute mentale e la disabilità.

Anche altre sono le domande che non sembrano trovar risposta nel protocollo firmato dai sindacati. Quante persone potranno usufruire di questo fondo? per quali servizi, per quanto tempo e a quale settore (della Regione) dovrebbe afferire? Perché - e proprio nel momento in cui la Regione recupera, nel riparto 2013, quote di finanziamento del fondo sanitario nazionale - con l'avallo dei sindacati, rifiuta di assumere gli oneri di sua competenza nelle aree della disabilità grave, salute mentale, anziani non autosufficienti.

Sugli altri punti del protocollo:

- Per quanto riguarda le **residenze protette per anziani non autosufficienti**, nel rispetto delle delibere regionali, oggetto di accordo con i sindacati, l'ASUR dovrebbe assumere a suo carico il 50% della tariffa nei posti convenzionati (questa è "quota di sua pertinenza") che deve essere ricordato, copre circa il 65% dei posti occupati da anziani non autosufficienti. 33 euro al giorno per gli oltre 3.000 posti convenzionati. I 3 milioni di euro non lo permettono (vedi in proposito, [Residenze protette anziani e quote sanitarie. La trepidazione regionale](#)). I 200 posti in più convenzionati, richiamati nel protocollo, non sono altro che una parte dei posti persi in questi anni. Il numero dei convenzionati è, oggi, pari a 3.179. Nella dgr 1230/2010 il numero indicato è di 3.411. Con una diminuzione di 232 posti. L'aggiunta, non è dunque tale. Non solo non c'è aumento, ma rispetto al 2010, anche aggiungendo i 200, ne abbiamo 32 di meno. Tutto questo mentre circa 2.000 anziani non autosufficienti continuano a rimanere in lista di attesa (per il dettaglio vedi, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=717>).

- **Aumento di circa 250 posti residenziali e semiresidenziali** di cui 100 per la salute mentale (intendiamo così la definizione di disabili psichici). Cercheremo di capire meglio da dove nascono questi numeri e all'interno di quale processo si situano, perché al momento non è dato comprenderlo.

- Infine una citazione particolare merita il punto 5, una vera e propria perla di disinformazione: **"potenziamento del servizio di Assistenza domiciliare integrata che vanta i massimi standard previsti da Agenas in tutta la Regione"**. Una considerazione e un dato.

a) Se la regione Marche offre il massimo degli standard, perché è necessario potenziare?

b) Non sappiamo a quali dati dell'Agenas ci si riferisca; conosciamo, però, abbastanza bene come funziona l'assistenza domiciliare integrata nelle Marche e abbiamo letto i dati del Ministero della salute rispetto al monitoraggio sui livelli essenziali di assistenza ([Livelli essenziali di assistenza. Verifica adempimenti anno 2011](#) e [Monitoraggio LEA: verifica adempimenti. Rapporto 2011](#)). Nel rapporto 2011, la situazione riguardante le

prestazioni ADI è critica (colore rosso), pag. 46. La percentuale di anziani "trattati in ADI" è inferiore al 4%, ed è soprattutto in calo, passando dal 3,63 del 2009 al 3,43 del 2011. I dati ministeriali sono trasmessi dalle Regioni.

Vedremo nei prossimi giorni se e come la Regione, vorrà utilizzare questo accordo, rispetto alle problematiche sospese dei servizi socio sanitari. Da Cgil, Cisl, Uil, attendiamo risposte.

### **Allegato**

17 febbraio 2014, COMUNICATO STAMPA N. 81

---

### **Regione e sindacati firmano il protocollo programmatico per la riorganizzazione del servizio sociosanitario**

Un taglio netto alle liste d'attesa, uno stop deciso alla mobilità passiva, un percorso di stabilizzazione per i precari che operano nella sanità e la copertura del turn over, una riorganizzazione totale dei servizi socio-sanitari con un massiccio rafforzamento sul territorio. Sono previsti 200 posti letto in più nelle residenze protette per gli anziani, ulteriori 150 posti (tra residenzialità e semiresidenzialità) in base alle esigenze delle diverse aree di intervento (anziani, disabili, minori, dipendenze, ecc), circa 100 posti letto per disabili psichici.

Sono solo alcune delle azioni previste dal Protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario sottoscritto oggi tra la giunta regionale, le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale, Cgil, Cisl e Uil. L'accordo è frutto di un lungo percorso di confronto con i sindacati cominciato a settembre che, nonostante le posizioni critiche, ha portato a trovare nella riorganizzazione le priorità e i punti di forza su cui investire. La manovra di risanamento 2010-2013 ha permesso infatti di centrare gli obiettivi imposti dalle norme nazionali e di rafforzare il processo di riconversione consentendo di potenziare l'attività delle reti territoriali, dell'integrazione socio-sanitaria e della prevenzione mantenendo l'equilibrio dei conti. Le risorse umane e finanziarie che si sono liberate con queste misure, saranno ora destinate a sostenere il rafforzamento e la creazione di servizi extraospedalieri.

"La marcia fino a qui è stata molto lunga e costante e non si è mai interrotta - ha spiegato nel corso di una conferenza stampa il presidente della Regione **Gian Mario Spacca** - . Se oggi possiamo garantire conti in ordine, offrire stabilità ai dipendenti del sistema sanitario ed incidere sul miglioramento dei servizi sul territorio per tutti i marchigiani è merito di questo processo di riforma avviato con grande determinazione nonostante le difficoltà. La validità dei risultati conseguiti fino a qui ci permette anche di siglare questo importante protocollo che recupera un rapporto positivo nel senso riformatore di gestione della sanità regionale su alcuni temi di rilievo come quelli del turn over del personale nel settore della sanità, le liste d'attesa, la mobilità passiva, ma soprattutto l'integrazione socio-sanitaria. Si rafforza ulteriormente l'attenzione al territorio, non più solo agli ospedali dunque, in un equilibrio complessivo per ciascuna realtà territoriale grazie alle figure socio-sanitarie che vengono distribuite sui distretti."

L'assessore alla Sanità **Almerino Mezzolani** ha voluto evidenziare l'aspetto politico del protocollo. "E' la concreta dimostrazione - ha detto - della volontà della Regione di recuperare il confronto e la condivisione della riforma sanitaria in atto. Le pressioni causate dall'urgenza ci hanno impedito di dialogare come avremmo voluto, ma oggi possiamo affrontare il percorso che ci attende con maggiore serenità. Per la prima volta il Fondo sanitario è stato distribuito in base ai costi standard e le Marche, essendo ai vertici delle classifiche nazionali, hanno potuto usufruire di un meccanismo di premialità che ci ha dato una boccata d'ossigeno sul fronte delle risorse. Ora dobbiamo continuare a tenere ferma la barra in sinergia con il territorio, i sindacati e gli operatori per completare la riforma e garantire i servizi migliori a tutti i marchigiani e la tenuta finanziaria del sistema".

Il direttore del Servizio Sanità **Piero Ciccarelli** ha sottolineato in particolare due concetti: territorialità e appropriatezza. "L'obiettivo - ha spiegato - è quello di rafforzare e qualificare i servizi territoriali nella logica di riequilibrio tra le Aree vaste e i distretti utilizzando le risorse liberate dalla riorganizzazione della rete ospedaliera. Sul fronte della mobilità passiva e delle liste d'attesa va innanzitutto monitorata l'appropriatezza delle prescrizioni. Nel caso invece di prestazioni specialistiche richieste e non soddisfatte va incrementata l'offerta". Ciccarelli ha infine ricordato che il Protocollo recupera il metodo di confronto del "tavolo congiunto" a tutti i livelli: regionale, area vasta, distretto.

## Osservatorio Marche, n. 23 del 18 febbraio 2014

Soddisfatte anche le organizzazioni sindacali.

"Siamo contenti di questo Protocollo – ha affermato il segretario regionale della Cgil **Roberto Ghiselli** - che recupera una situazione nella quale avevamo rilevato criticità nei confronti di alcune scelte prese dalla Regione per tempi e modalità. In questo modo invece, poniamo le basi per fare una vera riforma sanitaria che riconverta le strutture tradizionali e dia più servizi là dove c'è più bisogno: anziani, non autosufficienti, liste d'attesa. Bene anche le garanzie a tutela del personale del settore. Adesso dobbiamo fare in modo che gli impegni sottoscritti diventino realtà".

"Oggi – ha continuato **Sauro Rossi** per la Cisl Marche - si avvia una nuova fase basata sulla consapevolezza condivisa di doverci impegnare tutti con un sistema nuovo per superare le difficoltà in un quadro severo di contrazione delle risorse. Come sindacato abbiamo cercato un raccordo strettissimo con le federazioni dei Pensionati, della Funzione pubblica e dei Servizi perché crediamo che questo sforzo sia più efficace se più persone sono chiamate a portare a sintesi queste riflessioni. Il lavoro per dare qualità al sistema della salute marchigiano è costante ed è un processo delicato. In questo contesto è fondamentale il coinvolgimento degli operatori senza il quale, qualsiasi processo, subirebbe resistenze. Per questo il capitolo risorse umane previsto dal Protocollo è fondamentale".

"Abbiamo costruito le basi – ha concluso **Graziano Fioretti** segretario regionale della Uil - per un nuovo percorso che risolva una serie di problemi a partire dalle garanzie contrattuali e per il turn over del personale legato direttamente e indirettamente (cooperative) al sistema sanitario. Abbiamo inoltre creato le condizioni per aumentare i posti letto e intervenire sul sociale. Molti altri argomenti restano aperti come quelli della mobilità passiva e delle liste attese. Problemi urgenti che verranno affrontati e risolti in base alle precise scadenze fissate nel protocollo".

### **In sintesi gli impegni presi tra le parti nel Protocollo:**

#### **Risorse umane**

- ♦ garantire per l'anno 2014 la copertura delle figure professionali a tempo indeterminato legate, direttamente o indirettamente, all'assistenza in ogni Area Vasta e Azienda Ospedaliera (infermieri, medici, oss, autisti ambulanza, ecc) che vanno in pensione;
- ♦ garantire un percorso di stabilizzazione del personale precario del SSR completando i concorsi per ridurre il lavoro flessibile. Nel frattempo vengono prorogati i contratti a termine;
- ♦ garantire specifiche risorse, su progetti condivisi, per accompagnare il processo di riorganizzazione

#### **Rete territoriale e dell'integrazione Socio-sanitaria**

##### **a) Case della salute-cure primarie**

Nella Casa della Salute (CdS) si individua il luogo principale del sistema di cure primarie all'interno del quale realizzare l'integrazione fra rete ospedaliera e territorio, fra politiche della salute e politiche sociali e realizzare la "sanità d'iniziativa". La Regione sta predisponendo, anche attraverso il confronto con le OO.SS., gli standard assistenziali delle CdS, ripartiti per bassa, media ed alta complessità. A questi standard vanno adeguate tutte le strutture: 11 attualmente operanti, le strutture previste con la riorganizzazione dei piccoli ospedali, nonché le strutture di nuova realizzazione distribuite in rapporto al fabbisogno.

Il dimensionamento delle CdS nel triennio pertanto sarà:

- 11 strutture esistenti adeguate agli standard (elenco)
- 13 strutture derivanti dalla riconversione dei piccoli ospedali (DGR 735/2013)
- almeno 12-15 strutture da realizzare ex novo in rapporto al fabbisogno individuato e nel rispetto di un'armonica distribuzione delle CdS stesse nel territorio. Al riguardo si prevede che entro il 30 giugno 2014 sarà definito un apposito programma di dimensionamento relativo all'insieme delle strutture.

##### **b) Residenzialità e semi-residenzialità, domiciliarità**

Si riconferma l'obiettivo di rafforzare e qualificare i servizi territoriali nella logica di riequilibrio tra le Aree vaste e tra i Distretti:

- ♦ l'ASUR, procede alla copertura delle quote economiche di sua pertinenza. Per il 2013 l'impegno è di 3 milioni di euro e per il 2014 di 4,5 milioni di euro. La copertura è garantita nei termini e nelle modalità dell'Intesa che recepisca l'accordo tra Regione e OO.SS. del 13 dicembre 2013;
- ♦ convenzionamento di ulteriori 200 posti letto di Residenze Protette per Anziani;

## Osservatorio Marche, n. 23 del 18 febbraio 2014

- ♦ attivazione di ulteriori 150 posti (tra residenzialità e semiresidenzialità) nel rispetto del rapporto tra le esigenze rilevate tra le varie aree di intervento (anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze, minori, adulti, altri);
- ♦ attivazione di circa 100 posti letto per disabili psichici necessari a recuperare l'attuale mobilità passiva nel settore;
- ♦ potenziamento del servizio di Assistenza domiciliare integrata che vanta i massimi standard previsti da Agenas in tutta la Regione;
- ♦ viene confermato l'impegno già sottoscritto il 13 dicembre scorso a coprire con risorse proprie della Regione le quote di compartecipazione alle rette per le prestazioni socio-sanitarie, diurne e residenziali che i cittadini con redditi medio-bassi in base agli indicatori Isee hanno difficoltà a corrispondere.

### **Mobilità passiva**

Le parti condividono l'obiettivo del contenimento della mobilità passiva, affinché si riduca il disagio per l'utenza e si contengano i costi per il sistema. Tale obiettivo va perseguito sia qualificando e rafforzando l'offerta di prestazioni il cui costo in house sia più conveniente e per le quali è più frequente l'utilizzo di strutture extra-regionali, sia limitando l'inappropriatezza nelle prescrizioni. La Regione ha avviato un costante monitoraggio sul fenomeno e si impegna a portarlo al tavolo di confronto in maniera periodica rafforzando le prestazioni appropriate rispetto alle quali emergerà una carenza nell'offerta. A tal fine, con l'avvio delle reti cliniche, che garantiscono expertise dei professionisti nelle situazioni di particolare criticità (es. interventi di ortopedia) si prevede di migliorare l'offerta presente nel territorio attraverso la concentrazione e differenziazione dei percorsi clinico-assistenziali. Per il raggiungimento del miglioramento del saldo di mobilità si prevede anche la regolamentazione della partecipazione del privato accreditato. Le parti s'impegnano a definire misure finalizzate a regolamentare l'esercizio della libera professione da parte di professionisti di altre regioni nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia e a condizioni paritarie di accesso.

### **Liste d'attesa**

La Regione metterà a disposizione delle Parti i dati di monitoraggio per l'evidenziazione del fenomeno e la sua evoluzione. Per contribuire alla riduzione del fenomeno la Regione interverrà per contrastare l'inappropriatezza nelle prescrizioni, responsabilizzando i professionisti e regolamentando i rapporti con le Regioni limitrofe.

Per valutare le prescrizioni codificate come previste nel Piano nazionale (U-Urgente, B-Breve, D-Differita, P-Programmata) e l'appropriatezza prescrittiva verrà costituito un tavolo congiunto che le analizzi nel dettaglio e stabilisca quali modalità di sanzionamento apportare nei casi di richieste certamente non appropriate o di evidenti distorsioni organizzative.

Per le prestazioni specialistiche appropriatamente richieste e non soddisfatte nei tempi (U, B, D, P), verrà incrementata l'offerta attraverso un aumento dei tempi di utilizzo delle strumentazioni diagnostiche.

### **Prevenzione**

L'Asur avvierà il processo di rafforzamento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, nelle varie articolazioni, in particolare per quanto concerne il personale impiegato, con l'obiettivo di migliorare l'offerta della prevenzione collettiva, previa verifica dei fabbisogni e delle risorse disponibili. Relativamente all'impegno, già esplicitato in DGR, di raggiungere l'effettiva assegnazione ed utilizzo del 5% del Fondo Sanitario Regionale per l'area della prevenzione collettiva nei tempi indicati dal PSSR vigente, la Regione e l'ASUR si impegnano a definire i costi imputabili alla macro area della Prevenzione Collettiva, nonché a definire il relativo crono programma attraverso un confronto in apposito tavolo congiunto. Al fine di sostenere il percorso di rafforzamento delle attività sopra indicate le parti concordano come modalità efficace, già sperimentata, quella del vincolo di una quota parte del Fondo Sanitario Regionale da destinare a programmi prioritari a valenza regionale/nazionale e/o a sostegno di funzioni con maggiore fragilità organizzativa, e da monitorare mediante un percorso di rendicontazione specifico. Le parti considerano importante la collaborazione fra Regione, parti sociali, organismi bilaterali, ed altri Enti preposti alla prevenzione ed alla sicurezza nei luoghi di lavoro, dando continuità alle attività in corso, valorizzando il ruolo dei Tavoli già costituiti ed operanti, rafforzando la rete fra i diversi soggetti, anche come obiettivo della riorganizzazione in atto.

### **Partecipazione**

Recuperato il percorso del confronto, si prevede che il modello del Tavolo congiunto venga utilizzato a livello regionale, di area vasta e di distretto.