



Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Continuità assistenziale. Le linee di indirizzo regionali sulla dimissione protetta I limiti di un documento che non aiuta a fare chiarezza

Con la Dgr 1237 del 18 ottobre 2021 la regione Marche ha approvato le [Linee di indirizzo sulla dimissione protetta](#). Questi gli obiettivi indicati:

- *facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio;*
- *ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinati in particolare per i pazienti fragili;*
- *favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra ospedale per acuti e setting assistenziali territoriali;*
- *uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.*

La delibera specifica inoltre che: *l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari deve avvenire attraverso un "punto unico" che, tramite una valutazione multidimensionale, indirizza al percorso sociosanitario e socioassistenziale più appropriato per le condizioni e le necessità del paziente.*

Per il raggiungimento di questi obiettivi il documento riprende alcuni contenuti delle vigenti disposizioni regionali (in particolare [Dgr 111](#) del 2015, [Dgr 937 e 938](#) del 2020), aggiungendo altre indicazioni, a partire dall'utilizzo obbligatorio di alcune scale di valutazione. La seconda parte, propone una Guida informativa di alcuni Servizi residenziali e domiciliari.

Il rischio ed il limite di un documento come questo, che non sembra raggiungere l'obiettivo prefissato, è di aggiungere ulteriori prescrizioni ad un sistema territoriale strutturalmente disarticolato, che già ora non rispetta le indicazioni previste, in particolare nella [Dgr 111](#), ma anche in altre normative specifiche (vedi ad esempio quelle relative al sistema delle [cure domiciliari](#)).

Dare per scontato 1) che i PUA (Punti Unici di Accesso) siano effettivi; 2) che le [UVI](#) (Unità Valutative Integrate) non siano Unità amministrative; 3) che i [CDCD](#) (Centri per i disturbi cognitivi e per le demenze) esplicino effettivamente ed ovunque le loro funzioni; 4) che la redazione del PAI (Piano assistenziale individualizzato) sia prassi condivisa; 5) che le [UOSes](#) non siano altro che un acronimo misterioso sconosciuto anche agli addetti ai lavori; 6) che i *"percorsi assistenziali a domicilio siano costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici, e di aiuto infermieristico"* siano effettivi, ecco, dare tutto questo per scontato significa dare per esistente ciò che non lo è, tranne, forse, qualche eccezione nel territorio regionale.

Pertanto sarebbe stato necessario, in premessa, considerata anche la lunga gestazione del documento, aggiornare previamente lo "stato" di funzionamento di questi strumenti, con riferimento alla situazione di ogni Ambito Distrettuale e Territoriale sociale: **dove, come, con quali risorse umane.**

Non si tratta tanto di opportunità, quanto di rispetto delle persone che hanno necessità dei servizi. Necessità che, spesso lo si dimentica, si declina anche in termini di diritti.

Il documento invece sembra dare per scontato che tutto l'assetto organizzativo sia funzionante, per poi introdurre su queste solide basi ulteriori strumenti di miglioramento. Vedi,



ad esempio, l'introduzione di scale di valutazione che scontano, come nelle precedenti norme (che cosa ne abbiamo fatto della [valutazione RUG](#) indicata nella DGR 111/15?), l'assenza di consequenzialità degli esiti della valutazione stessa. Esiti che non risultano vincolanti rispetto alla scelta del percorso assistenziale. Infatti, richiamando, ad esempio, le indicazioni del punto 5 (ripreso dai contenuti delle Dgr 937 e 938), riguardanti accesso, durata e dimissione, il criterio di riferimento principale risulta essere quello cronologico.

Ma non sempre il tempo "sana". Anzi, in molti casi le cure prestate "mantengono la complessità" per tempi molto lunghi. Il risultato è che spesso ciò che ritenevamo appropriato qualche mese prima diventa - anche se il "bisogno assistenziale" non cambia - inappropriato qualche mese dopo. Paradossalmente la persona ha il torto di mantenere quella condizione per troppo tempo.

Aggiungo che, stante la distanza tra domanda e offerta, rapporto che dovrebbe essere declinato in senso di risposte plurali e non di risposta standard (a bisogni differenti si risponde in maniera differenziata), alcuni passaggi del documento possono avallare comportamenti e scelte che contrastano con la [tutela della salute](#) delle persone.

Ad esempio, riprendendo al punto 5. [RSA anziani](#). "La durata della permanenza di norma non supera i 60 giorni ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito" (ripresa da DGR 938-2020). In molte strutture, soprattutto quelle pubbliche (che considerano la RSA una post-acuzie), questa indicazione viene così tradotta e applicata: "La durata della permanenza è di massimo 60 giorni". Ora, per tutto quanto sopra detto, ipotizziamo che un malato necessiti di 40 minuti di assistenza infermieristica giornaliera (basti pensare alle persone con ferite da decubito di stadio avanzato), può l'UVI dimettere questa persona da una RSA, destinandola ad una struttura, come le RP, che prevede l'erogazione della metà di assistenza infermieristica, solo perché sono passati 60 giorni?

E perché in questa parte illustrativa non si ribadisce che per le RP (DGR [1729/2010](#), art. 5) deve essere prevista una [lista di attesa](#) a livello distrettuale? Sempre riguardo alle RP si afferma "Per le strutture di *recente* (grassetto mio), convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51". Posto che il significato di *recente* è ascrivibile ad una valutazione soggettiva (immaginiamo se una norma prevedesse l'accesso o il diniego di un beneficio sulla base di questo criterio), sappiamo che in nessuna norma è indicata questa specificazione. [Qui, a pag. 5 e 6](#), le disposizioni regionali in tema di quota massima a carico degli utenti valide per tutte le residenze protette convenzionate. Le recentissime convenzioni, riferite all'[AV1 di Pesaro](#), confermano quanto queste norme siano palesemente disattese.

Un appello

La regione Marche, dando per scontato il requisito della consapevolezza, riconosca che non è utile a nessuno continuare a dare per scontato la presenza di una realtà che non esiste. Continuare (vedi qui riguardo funzionamento [UoSES](#)) ad insistere in questa menzogna ha effetti devastanti nel rapporto tra istituzioni e cittadini, tra "erogatori", operatori e fruitori. Occorre una cesura ed un nuovo inizio. Credo che una delle parole chiave perché questo accada è: umiltà. Umilmente riconosciamo che questo sistema non funziona, non tutela le persone più fragili e crea le condizioni per la violazione dei loro diritti. E che da questa consapevolezza sia necessario ed inevitabile ripartire.



Vedi anche

[Anziani non autosufficienti e servizi residenziali. Una cinica e crudele indifferenza](#)

[Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie](#)

[L'assistenza residenziale anziani nelle Marche. Prima e dopo il coronavirus](#)

[FIRMA e diffondi L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi](#)

Il nuovo libro del Gruppo Solidarietà, [NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche](#)

Puoi approfondire con le schede dell'[Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#) e con [Quaderni Marche](#) (dossier nei quali vengono riproposti, su uno specifico tema, analisi, contributi, documenti, pubblicati nel sito, riguardanti le politiche ed i servizi rivolti ai soggetti deboli nelle Marche).

[FIRMA e diffondi L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi](#)

[Se apprezzi il nostro lavoro puoi sostenerlo in MOLTI MODI](#)

Abbonati alla nostra rivista [Appunti sulle politiche sociali](#)

