

## I servizi possono fare a meno delle politiche?

I servizi presenti e che si sviluppano nella nostra Regione hanno un governo? E' chiara la prospettiva assunta e il disegno che li precede? Se questo orizzonte manca, il disordine con cui si sviluppano i servizi può avere ripercussione su un sistema di welfare che dovrebbe assicurare ad ogni cittadino della nostra Regione uguaglianza di accesso e fruizione degli stessi?

Domande che diventano pressanti dall'analisi di atti che vorrebbero essere programmatori o dai percorsi autorizzativi o di accreditamento. Ma entriamo nello specifico delle questioni<sup>1</sup>.

a) **Autorizzazione e accreditamento di 50 posti di Centro diurno (e 73 di residenzialità psichiatrica (legge 20/2000) in un territorio (Ambito/distretto) di 20.000 abitanti**<sup>2</sup>. Ci potrà mai essere in quel territorio (ci riferiamo ai 25 + 25 posti del Montefeltro nelle località Montegrimano e Monte Cerignone) un'utenza per 50 posti di centro diurno? Impossibile, a meno che non si sia in presenza di speciali fenomeni territoriali. Quei servizi e la loro realizzazione, rispondono dunque ad un bisogno di quel territorio? Parrebbe proprio di no. E allora perché li si autorizzano o accreditano? In un'ipotetica definizione di fabbisogno (il numero di posti di Cd psichiatrici non sono stati più definiti nella dgr 1789/2009) quanti ne dovrebbero essere realizzati a livello regionale? Se ne servono 50 per 20.000 abitanti quanti posti dovrebbero essere necessari su una popolazione regionale di oltre 1,5 milioni di abitanti? Nello stesso territorio sono presenti oltre 70 posti di residenzialità psichiatrica. L'indicazione del *Progetto obiettivo salute mentale* della regione Marche, [www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=334](http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=334) è quella di realizzare 3 posti (per questa tipologia di residenze) ogni 10.000 abitanti. In questo territorio, ne dovrebbero essere presenti dunque non più di 6. Si tratta, dunque di un'offerta assolutamente "fuori misura", impropria che determinerà (come accade), lo spostamento di utenti verso strutture collocate a centinaia di Km di distanza dalla propria residenza. Ma non basta: il numero dei posti autorizzabili ha un tetto (742 quelli previsti dalla dgr 1789/2009 sul fabbisogno) e di conseguenza se in un territorio se ne realizzano molti di più di quelli previsti e con diverse tipologie di strutture (in questo caso: Residenza terapeutica riabilitativa, Residenza sanitaria riabilitativa, Comunità protetta) è evidente che in altri territori della Regione i posti autorizzabili saranno di gran lunga inferiori a quelli necessari<sup>3</sup>.

b) **Quanto, ma non dove. Il fabbisogno previsto dalla dgr 1789/2009**. L'atto di fabbisogno non indica una ripartizione territoriale e dunque quando prevede un aumento dell'offerta dei servizi lascia che gli stessi vengano realizzati in maniera discrezionale. Vale il

<sup>1</sup> Non affrontiamo lo specifico dei servizi domiciliari, di cui ci siamo già occupati con altro approfondimento, vedi: [La programmazione perduta. I servizi domiciliari educativi e di aiuto alla persona nelle Marche](#).

<sup>2</sup> La recente dgr 1403 de 1-10-2012, di modifica del numero dei distretti sanitari ha ricondotto quello in oggetto (Macerata Feltria), all'interno di quello di Urbino.

<sup>3</sup> Sul tema della residenzialità psichiatrica lascia alquanto perplessi il contenuto (Ansa Marche del 17 ottobre) della mozione dei consiglieri regionali (D'Anna e Ricci) nella quale si chiede alla regione Marche di "far curare i malati psichiatrici che si trovano fuori Regione - sarebbero 85 per un costo stimato di 2,8 milioni euro anno - in strutture delle Marche". Proposta sostenuta dall'associazione Libera.mente di Fano. Evidentemente non è in discussione il principio che le persone che hanno necessità di servizi li trovino nel territorio in cui vivono. E dunque che occorre evitare di far ricoverare le persone a centinaia di km dalla propria residenza (anche quando il ricovero è all'interno della stessa Regione). Ma il punto è un altro: ci sono persone (con problemi di salute mentale e con disabilità) che vivono da decenni in strutture fuori Regione, in molti casi i legami familiari sono sostanzialmente inesistenti, tanto che se qualcuno avesse chiesto di rientrare, sarebbe già accaduto; sono nati nelle Marche ma la loro vita è oramai altrove. Chi ci dà il diritto, dopo averli sradicati tanti anni fa, di sradicarli di nuovo? Di decidere per via amministrativa cosa è bene per loro? Sarebbe dunque consigliabile maggior prudenza, anche per evitare si possa insinuare il dubbio che non del bene delle persone stiamo parlando ma della necessità di riempire strutture, con posti vuoti, della nostra Regione (nel caso, si tratta evidentemente di *altro bene*).

criterio cronologico della domanda? Per quanto riguarda le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e i Centri diurni (questi ultimi in assenza di regolamentazione rispetto a standard, tariffa e compartecipazione) se ne prevede un incremento complessivo di 400 senza indicazione della ripartizione tra i due servizi. Dunque, in questo caso, non solo non si definisce dove si realizzeranno i nuovi posti, ma neanche quanti afferriranno al residenziale e quanti al semiresidenziale.

Ogni persona dotata di buon senso non può evitare di chiedersi, con sconcerto, perché si sia costruito un atto di questo tipo ed a distanza di tre anni non lo si sia ancora modificato. Un maldestro tentativo di aggiornare il consiglio evangelico: "non sappia la tua destra cosa fa la tua sinistra"? Se pensiamo che la stessa situazione, sostanzialmente, riguarda la gran parte dei servizi diurni e residenziali (minori, disabili, anziani) autorizzati con legge 20/2002, la situazione è evidentemente molto seria.

c) **Gli accorpamenti.** Molte strutture (diurne e residenziali) sanitarie e sociosanitarie della legge 20/2000 non prevedono la definizione della capacità recettiva (ad esempio tutte quelle riguardanti le persone con disabilità). In altri casi, come per la psichiatria, si definisce un numero massimo accorpabile (20 + 16), ma non si impedisce che possano essere realizzate strutture per altra tipologia di utenza. In tutte le strutture della legge 20/02 invece è definita la capacità recettiva massima, ma per nessuna è disposto il divieto di accorpamento. Si va così dalle 5 Comunità socio educative riabilitative (recettività massima 10 posti) accorpate a Loreto, presso *L'Istituto Divina Provvidenza*, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=330>); alle 7 strutture, per 118 posti, accorpate a Montegrimano (PS), presso *Serenity House*, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=695>, o alle 6 per 132 posti (autorizzati) di *Abitare Il Tempo* a Loreto, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=693>. E si potrebbero fare altri esempi.

Sempre in tema di programmazione - ma si tratta di altra questione - ci si potrebbe chiedere come sia possibile per alcune strutture aver determinato la tariffa (vedi centri diurni disabili legge 20-00), senza avere definito lo standard assistenziale.

Pertanto, anche nel caso in cui è stata definita la capacità recettiva, il divieto di accorpamento permette di aggirare tale indicazione attraverso la contiguità di più moduli anche afferenti a diverse aree. Ma qui occorre ritornare al tema di questa riflessione: ovvero se i servizi possono fare a meno delle politiche. Aspetti economici, organizzativi e culturali si intrecciano.

I *programmatori*, anche se si tratta di *tecnici*, si occupano principalmente di compatibilità economica, seppur con qualche strabismo. Nella loro prospettiva gli accorpamenti hanno un duplice vantaggio: riducono i costi e permettono, attraverso la modularità della risposta, di far fronte alle diverse mutate condizioni della persona. La tendenza che si va propagando, anche se in modo latente, non è, dunque, solo quella di aumentare la capacità recettiva delle singole strutture, ma anche di accorpare strutture diverse (per diverse condizioni di bisogno) fino a inglobare diverse aree. Ad esempio: il disabile si aggrava e invecchia e dunque è opportuno avere nella stessa struttura non solo "posti" per la disabilità, ma anche per anziani, così da garantire adeguata risposta al mutato bisogno. Il confine tra disabilità intellettiva e patologia psichiatrica è labile e dunque avere l'opportunità di avere moduli afferenti alle due tipologie diventa opportuno. E ancora: a più moduli di diversa tipologia corrispondono un numero maggiore e maggiori tipologie di figure professionali che possono meglio garantire la risposta ai mutati bisogni. Le esigenze, questo è il punto forte, vengono così garantite e non disattese; si superano, con risorse interne, tutte le problematiche dei "piccoli" servizi che debbono continuamente affidarsi a complicate risorse esterne (visite ambulatoriali, scarsi servizi in ADI, ecc....)<sup>4</sup>.

Sembra legittimo porre alcune obiezioni: così si ritorna a percorrere il *modello istituzionale*; questa prospettiva porta ad allentare dai normali contesti le persone, che vengono così confinate - date le dimensioni di queste strutture - ai margini dei normali contesti abitativi; che un vero modello comunitario (e qui bisogna essere molto severi rispetto a piccole comunità che assumono in toto il modello istituzionale), è radicato nel territorio ed è capace di attivare risorse comunitarie che promuovono e sviluppano relazioni e qualità di vita, dunque benessere, fattore importantissimo in ottica preventiva e di mantenimento delle autonomie.

---

<sup>4</sup> Tesi, peraltro, molto care ai crescenti e pragmatici imprenditori profit e non profit.

Un grande movimento dal basso alcuni decenni fa, ha prima delegittimato e poi, sostanzialmente, abolito, le grandi strutture totalizzanti. C'è consapevolezza che ora stiamo ricreando le condizioni perché rinascano rinnovate nella forma, ma immutate nella sostanza.

Occorre, inoltre, constatare che non cambiano le motivazioni: migliore garanzia di risposta ai bisogni (il "tratto" specialistico), cui si aggiunge il ricatto che *aggiungere posti* è condizione per la risposta, mentre posizioni massimaliste riguardo la capacità recettiva servono solo ad impedire la soddisfazione del bisogno.

Tre esempi e tre argomenti. I primi due evidenziano i danni prodotti dall'incapacità programmatica che, da un lato permette la realizzazione di servizi assolutamente sproporzionati per il territorio di riferimento, dall'altro non riesce a definire una offerta declinata su specifici ambiti di popolazione. Nel terzo caso è in gioco l'idea di servizi e dunque di welfare che si vuole realizzare e proporre. Dunque quale idea e quale sensibilità *muove*, la creazione e lo sviluppo degli interventi. Si può anche chiamare politica dei servizi che come tale si nutre di scelte e non può accampare presunte neutralità.

**Marche. La Campagna "Trasparenza e diritti", <http://leamarche.blogspot.it/>**

### **Per approfondire**

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(IV parte\)](#)

[Considerazioni sull'Accordo Asur-Abitare il Tempo di Loreto](#)

[Campagna "Trasparenza e diritti". Le motivazioni e gli obiettivi](#)

[Marche. Appello per regolamentare i servizi socio sanitari e applicare i Lea](#)

[Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)

[Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)

**2 novembre 2012**