

Riflessioni sulla bozza di documento della regione Marche
“Modello assistenziale integrato per la residenzialità e la semiresidenzialità
delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori: anziani, disabili,
salute mentale”

La scheda propone di alcune considerazioni sulla bozza di documento della regione Marche. In particolare la lettura si concentrerà sulla filosofia e sul modello della proposta, oltre a prendere in esame altri aspetti riguardanti le singole aree di intervento (anziani, disabili, salute mentale). Pur trattandosi di una bozza infatti alcuni aspetti paiono sufficientemente delineati; inoltre il testo è stato allegato anche al documento della Regione “Piano di riconversione dei piccoli ospedali” (Vedi, [Marche. Alcune domande sul Piano di riconversione dei piccoli ospedali](#)), dello scorso marzo e dunque è da intendersi molto più di una prima ipotesi di lavoro. Il testo, in premessa ed in grassetto, specifica che:

Il presente provvedimento norma il Sistema Residenziale e Semiresidenziale in termini di Percorsi, Standard Assistenziali, Fabbisogno e Tariffe.
Il sistema è coerente con gli indirizzi del documento approvato il 30.5 2007 dalla Commissione Nazionale per la definizione ed aggiornamento dei LEA istituita presso il Ministero della Salute.
Il provvedimento non ha di per sé impatto economico, salvo il progressivo adeguamento di alcuni livelli tariffari, la cui evoluzione sarà comunque vincolata alle risorse derivanti dal processo di riconversione di altri livelli assistenziali.

precisando che “non ha di per sé impatto economico”, ritenendo, evidentemente, che la definizione di fabbisogno, tariffe e ripartizione della spesa nei servizi sociosanitari della nostra Regione non determini un aumento della spesa a carico del fondo sanitario regionale.

Il modello flessibile

Lo schema assistenziale delineato si basa sul “modello flessibile”; non sfuggirà la terminologia utilizzata, di tipo prettamente sanitario o meglio ospedaliero, ad esempio: “tipologie cliniche dei destinatari”, “pazienti”, “patologie omogenee”. Il documento specifica:

Nel corso degli ultimi anni, anche su impulso delle indicazioni nazionali, le regioni stanno adeguando il sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale con l’implementazione di strutture flessibili, in grado di erogare diversi livelli di intensità assistenziale per poter seguire il paziente nella sua *instabilità* e variabilità clinica in modo da calibrare l’assistenza in modo simmetrico ai bisogni contingenti del percorso assistenziale, evitando, peraltro, quanto più possibile spostamenti di struttura. Peraltro la necessaria ricerca di efficienza gestionale sta stimolando anche lo sviluppo di una flessibilità *orizzontale* che consenta alle strutture erogatrici di accogliere diverse tipologie cliniche di destinatari.

Risulta pertanto non rinviabile una azione regolatoria complessiva del sistema assistenziale residenziale della regione Marche per superare l’attuale modello di risposta ancorato alle tipologie organizzativo – gestionali di struttura modulando l’erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato sulla flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel **piano individualizzato di assistenza** la sua espressione operativa.

La riorganizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l’individuazione di livelli d’intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali le commissioni valutative ed i competenti servizi socio-sanitari dovranno riferirsi per l’individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte.

Di conseguenza, tale percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali e semiresidenziali erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate, in fasce assistenziali ed in livelli che connotano l’intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampia ed articolata possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza, disabilità e salute mentale.

Una flessibilità "quali - quantitativa" che viene, successivamente, più ampiamente spiegata:

Come accennato in precedenza, l'implementazione di un modello flessibile finalizzato a rispondere in maniera dinamica alle esigenze assistenziali deve necessariamente superare l'attuale visione prevalentemente ancorata alla tipologia di struttura che eroga prevalentemente un unico livello di intensità assistenziale per una singola categoria di destinatari, per approdare ad un sistema gestionale in cui le strutture stesse siano in grado di fornire un'assistenza distribuita su più livelli di intensità e, possibilmente, per più categorie di destinatari, privilegiando pertanto un modello organizzativo in cui vengano esaltati i presupposti di flessibilità orizzontale e verticale.

Questa visione organizzativa ha la finalità di consentire al paziente assistito in una struttura e/o in un nucleo residenziale con un progetto di lungoassistenza, di poter ottenere nella medesima struttura in caso di deterioramento del quadro di inabilità, non tale di richiedere un intervento riabilitativo specifico, una prestazione assistenziale adeguata all'evoluzione del suo bisogno, senza necessariamente essere spostato altrove.

Di contro l'utente inserito in una struttura residenziale con un progetto di maggiore intensità, qualora la sua situazione si stabilizzi dopo un certo periodo di tempo su livelli che richiedono un'intensità terapeutica e/o assistenziale minore, potrà ottenere l'intervento appropriato nell'ambito della stessa struttura, con un progetto a minore intensità e/o complessità, definito secondo le sue specifiche necessità.

Dopo aver richiamato i diversi livelli assistenziali (intensivo, estensivo, lungoassistenza), il documento specifica che tali livelli assistenziali "sono erogati da unità organizzative denominate *nuclei*, di norma dimensionati in 20 posti letto", e successivamente si addentra nello specifico del "modello flessibile", definendone obiettivi e contenuti:

L'applicazione dei principi di flessibilità assistenziale esplicitati nel precedente punto 1.2.1 richiede un assetto organizzativo della struttura erogante che sia simmetricamente rispondente in termini di duttilità gestionale. E' pertanto necessario che le strutture vengano organizzate in unità erogatrici, dette *nuclei*, intese come aree distributive delle degenze, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, di norma dimensionati su 20 posti letto.

Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, dovrà prevedere la coesistenza di più nuclei che erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale di cui al precedente punto 1.2.1.

Ai fini del perseguimento di livelli minimi di efficienza gestionale, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, ogni struttura dovrà prevedere, di norma, dai 40 ai 60 posti letto e la coesistenza di almeno 2 livelli di intensità prestazionale.

In via eccezionale potranno prevedersi strutture con numero di posti letto superiori ai 60 posti letto, come nel caso di strutture ubicate in zone ad alta intensità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampie dimensioni.

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per patologie omogenee o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

Nelle strutture con capienza inferiore ai 60 p.l., il modello organizzativo fondato sulla flessibilità degli interventi in relazione ai bisogni dei pazienti può essere attuato con opportuna gradualità, procedendo anche in via sperimentale, attraverso forme di collaborazione che possono generare un esercizio coordinato delle funzioni, perseguendo livelli ottimali di efficacia, efficienza ed economicità nella gestione, nonché ottimizzando l'erogazione di prestazioni e di servizi di interesse comune.

E' pertanto auspicata la gestione associata tra quelle strutture che attualmente hanno una unica offerta di tipologia residenziale livello di nucleo. Tale gestione dovrebbe garantire la copertura di almeno due dei tre livelli di tipologia assistenziale (intensivo, estensivo e di mantenimento)

Viene successivamente spiegato l'obiettivo da raggiungere a regime:

Il presente assetto organizzativo-gestionale risponde all'obiettivo di condurre, a regime, le strutture residenziali socio-sanitarie per anziani verso un'articolazione degli interventi erogati, in forma singola o coordinata fra più presidi dello stesso territorio, su tutte le fasce d'intensità e complessità assistenziale per gli anziani non autosufficienti, disabili e soggetti affetti da patologia psichiatrica.

Le lunghe citazioni del documento, chiariscono gli obiettivi del modello flessibile: strutture da (moduli) 20 posti, accorpate con altri moduli che erogano differenti livelli di "intensità prestazionale", di norma, complessivamente, non inferiori a 40-60 (superiori in situazione di alta densità abitativa). Oltre alla diversa intensità assistenziale all'interno della stessa area (ad esempio anziani non autosufficienti), l'obiettivo è quello di avere strutture con nuclei che afferiscono anche ad altre aree (ad esempio, salute mentale e disabilità), così da avere una trasversalità di risposte. Una flessibilità che riguarda anche l'organizzazione del personale:

La funzionalità del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente presuppone, in particolare, l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati centralmente ed operanti, in maniera integrata.

così da ottimizzare "l'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali, e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti".

Il paragrafo sul **governo della domanda sociosanitaria** affronta esclusivamente le problematiche degli anziani e più in generale dei percorsi assistenziali nelle dimissioni protette con riferimento al ruolo delle Unità di valutazione integrata (già distrettuale). In più parti del documento viene chiesto all'ASUR di adottare lo strumento unico di valutazione; una richiesta sbagliata, poiché compete alla Regione definire gli strumenti - come peraltro previsto dal decreto ministeriale 17.12.2008 - per la valutazione dei bisogni e dunque per l'appropriatezza dei percorsi. Si tratta di una funzione non delegabile ad un ente gestore quale l'ASUR, che ha il compito di attuare le determinazioni regionali.

Prima di passare alle indicazioni riguardanti i diversi settori (anziani, disabilità, salute mentale) il documento indica il **percorso applicativo**. Viene specificato che:

La Regione con l'adozione del presente documento ha stabilito le regole generali del sistema a regime che costituiscono la base imprescindibile per attivare la transizione, e precisamente: gli standard assistenziali, le tariffe ed il fabbisogno. Collateralmente alla attività territoriale del periodo transitorio dovrà definire le altre due regolamentazioni generali necessarie per il sistema a regime, e cioè la definizione dei criteri di autorizzazione/accreditamento per il nuovo modello e i criteri di compartecipazione dei cittadini alla spesa sulla base delle disposizioni del DPCM 29 novembre 2001.

Per quanto riguarda infine **il livello di programmazione degli interventi**, viene individuata l'Area Vasta; il riferimento territoriale della programmazione sociosanitaria non è quindi quello distrettuale (coincidenti con le ex Zone territoriali), ma quello provinciale.

I settori

Per ogni area vengono riprese - a volte in modo quasi scolastico -, le indicazioni del *documento della Commissione nazionale sui Lea sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali*, www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011; in particolare in riferimento alla definizione della intensità assistenziale e dello standard assistenziale.

Il documento, dopo aver richiamato le indicazioni del citato provvedimento nazionale, con riferimento alle fasi della intensità assistenziale insieme ad ipotesi di standard, non indica la collocazione di tutte le attuali strutture sanitarie e socio sanitarie presenti nella nostra Regione. Si tratta di un nodo da sciogliere al più presto; una ambiguità che deve essere chiarita. In maniera quasi furtiva, sembra dimenticare alcune, quelle che, presumibilmente, creano i maggiori problemi di compatibilità economica e dunque pongono qualche difficoltà a mantenere la promessa che il documento non "ha impatto di tipo economico"; aspetto questo che verrà meglio sviluppato all'interno dell'analisi delle singole aree. Inoltre, l'indicazione dello

standard assistenziale viene ripreso "senza adattamenti", dal documento della Commissione LEA: un documento che è solo di indirizzo e che, dal nostro punto di vista, presenta molti limiti nella parte riguardante l'area della disabilità e della salute mentale.

Per chiarire meglio quanto affermato, su questo tema, sia in riferimento alle indicazioni nazionali che alla situazione regionale rimandiamo a due nostri precedenti approfondimenti, [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#) e [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#) nei quali, sulla base delle indicazioni nazionali (normativa LEA, atto integrazione socio sanitaria, documento Commissione LEA) si cerca di "collocare", anche in riferimento agli oneri tra sanità e sociale, i servizi sociosanitari diurni e residenziali all'interno delle indicate disposizioni normative e applicative.

Anziani non autosufficienti e persone con demenza. Sulla linea del modello assunto, prendendo a riferimento il documento della Commissione LEA, si avanza una proposta di ridefinizione del modello assistenziale. Non è sempre desumibile la connessione tra proposta presentata e servizi attualmente attivi. Si deduce in ogni modo, che le RSA sono riconducibili a R2, i Nuclei Alzheimer a R2d, le Residenze protette per non autosufficienti a R3.2, quelle per demenze (a *basso impegno*), in R3.1. Gli attuali Centri diurni della legge 20/2002 in SR, quelli (mai regolamentati nella normativa sulla autorizzazione) della 20/2000 (demenze e Alzheimer), in SRD (per un'analisi dettagliata, rimandiamo a, [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)). Ricordiamo che la normativa nazionale prevede oneri a completo carico della sanità nella fase intensiva ed estensiva e compartecipazione in quella della lungoassistenza.

Senza scendere nel dettaglio, ma tentando di indicare gli aspetti più significativi, il documento prevede:

- che tutte le strutture (nucleo almeno da 20), prevedano la coesistenza di più moduli di diversa intensità assistenziale ed avere almeno 40-60 posti (oltre 60 nelle strutture ad alta intensità abitativa);
- nelle *Unità di cure intensive* (R1), la degenza è prevista in 60 giorni, può poi essere spostato "compatibilmente" con le sue condizioni, in livelli assistenziali estensivi o di mantenimento o se possibile al domicilio (se si aggrava, il documento specifica che può andare in ospedale "ovviamente anche prima dei 60 giorni", grazie!);
- i centri diurni (SRD) vengono inseriti "di norma all'interno delle strutture residenziali"; gli altri, quelli della legge 20/2002 (definiti dalla vigente normativa regionale) ad "elevato livello di integrazione sociosanitaria", non sono più considerati servizi sociosanitari;
- nelle *Rsa anziani e demenze*, la degenza è prevista in 60 giorni, qui vale citare il documento, **Il ricovero nel livello estensivo (R2 e R2D), di norma non può esuberare i 60gg, in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di lungoassistenza/ mantenimento, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (60gg) non fossero disponibili posti letto di lungoassistenza mantenimento, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 61° giorno, prevista per il livello assistenziale inferiore**
- il ricovero nella *fase di lungo assistenza mantenimento* (RP), "può essere anche di lungo termine".

Considerazioni. Riesce difficile capire come si possa definire una scadenza temporale di 60 giorni (per la stessa tipologia nella disabilità è di 240 e con la previsione di ricovero permanente all'interno di tipologie quali comi permanenti) ed un sostanziale automatico passaggio in una intensità assistenziale più bassa dei ricoveri nelle *Unità di cure intensive*, che il documento così declina "Prestazioni erogate (...) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali quali, ad esempio, ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, da erogare a pazienti in stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive". E' proponibile prevedere che questa tipologia di malati possa, nelle condizioni date, essere trasferito nei "regimi" indicati?

Stessa riflessione vale per il ricovero in RSA (140 minuti al giorno, di cui 50 di assistenza infermieristica); in questo caso non si prende neanche in considerazione l'ipotesi che il malato ricoverato possa non essere nelle condizioni di poter essere trasferito verso una struttura a più basso livello assistenziale (la sola assistenza infermieristica è inferiore del 60%). Il documento prevede che può rimanere nella RSA, "solo" se non c'è posto nella RP.

Se le dimissioni devono essere forzate non si perda tempo a scrivere né di unità valutative, né di PAI: sarebbe apprezzata, almeno, l'onestà.

Infine, riguardo al Centro diurno, quello della legge 20/2002, non verrebbe più considerato un servizio sociosanitario (operazione fatta in modo abbastanza mimetico); per quello della legge 20/2000 (demenze e/o Alzheimer) si applicherebbero le indicazioni (funzioni di mantenimento assimilabili a quelle di una RP) e le definizioni del DPCM 29.11.2001. Se si volesse fare un passaggio di questo tipo occorrerebbe, da subito: a) modificare la legge 20/2002; b) trasformare i CD con quella autorizzazione, ad eccezione, se ce ne sono, di quelli che ospitano impropriamente anziani autosufficienti, in CD della legge 20/2000.

Ma si dovrebbero chiudere anche i CD che ospitano soggetti con demenza nelle fasi lievi moderate e che esplicano attività riabilitativa: servizi che la proposta non contempla più.

Disabilità. Il documento, in questa parte, sconta un'arretratezza di approccio, come dimostra l'analisi del linguaggio utilizzato; questo, insieme ad una palese ambiguità nella individuazione dei servizi e tipologia di utenti, esplicita la volontà di occultare, ai fini di bilancio, la problematicità degli interventi sanitari e socio sanitari rivolti alle persone con disabilità della nostra Regione.

Si tratta di una parte certamente e auspicabilmente incompleta, ma l'impostazione appare molto chiara. Se il capitolo fosse stato intitolato "riabilitazione", probabilmente avrebbe destato meno impressione, ma siccome il riferimento è la "disabilità", le questioni assumono tutt'altra valenza.

In riferimento al linguaggio e alla terminologia utilizzata, ecco alcuni esempi: per la durata delle "prestazioni", si fa riferimento alla "possibilità di recupero clinico"; per l'accesso ai servizi, viene indicata, "L'Unità valutativa integrata"; non viene mai fatto riferimento alle Unità multidisciplinari età evolutiva ed età adulta; l'accesso è subordinato al "Piano riabilitativo individuale". Nella "descrizione dei livelli di intensità assistenziale", quando si riprendono le indicazioni del Documento della Commissione LEA, si apportano modifiche terminologiche - senza dichiararlo - che hanno importantissime ricadute in termini di oneri da assumere da parte del servizio sanitario. Una scorrettezza molto grave.

Quando si cita infatti si deve riportare fedelmente, quando si interpreta si deve dichiarare di farlo.

Scompare la citazione "disabili gravi" e "disabili privi di sostegno familiare", e compare quella di "disabili non autosufficienti" (R3), o "disabili con parziali ambiti di autonomia privi di supporto familiare" (R4). Come è noto, le prestazioni terapeutiche e riabilitative semiresidenziali e residenziali per "disabili gravi", devono essere assunte per il 70% dal servizio sanitario; quelle per "disabili non gravi" al 40%. Forse si trova qui la ragione della "citazione interpretata".

Il documento, sulla scorta del modello delineato nella parte introduttiva e in quello specifico per gli anziani, prevede:

- nuclei da 20 posti, all'interno di strutture organizzate per moduli "omogenei secondo l'entità del trattamento";
- la coesistenza di più moduli di diversa intensità assistenziale, con almeno 40-60 posti (oltre 60 nelle strutture ad alta intensità abitativa);
- la possibilità che siano coesistenti moduli di residenza protetta per anziani con quelli per disabili gravi e non gravi (in questi due ultimi casi non vengono individuate come per gli anziani la tipologia di residenza: Comunità alloggio? Coser? Rp disabili?);
- nella tipologia RD1, vengono individuate 4 tipologie di servizi (riabilitazione intensiva, estensiva di doppio livello, responsività minimale). Nell'intensiva la durata massima di degenza è 120 giorni (60, come specificato precedentemente sono i giorni previsti per gli anziani che evidentemente sono, dunque, valgono meno dei disabili); 240 nell'estensiva, che a determinate condizioni può essere prorogata.
- non ci sono indicazioni riguardo ai servizi semiresidenziali.

Considerazioni. In aggiunta alle considerazioni sopra espresse, occorre far notare che il documento si conclude nel punto in cui occorrerebbe definire la collocazione di servizi residenziali diurni e residenziali che ospitano disabili gravi. Ci riferiamo ai servizi autorizzati ai sensi della legge 20/2000, quali:

- *Centri socio educativi riabilitativi*: ospitano oltre 1000 utenti;
- *Comunità socio educative riabilitative*: circa 250 utenti;
- *Residenze protette*: circa 150 utenti.

Tutti, tranne forse qualche rara eccezione, in condizione di disabilità grave, ai sensi della legge 104-1992. Ad esclusione dei 250 posti di Coser, per tutti gli altri non è stata definita dalla Regione alcuna ripartizione degli oneri tra sanità e sociale. Eccetto, specifici accordi locali, l'onere viene assunto dai Comuni; ai sensi della vigente normativa compete al servizio sanitario, l'assunzione del 70% del costo delle prestazioni erogate.

Emergono altre interrogativi che necessitano di una risposta: nel non scritto e finora non detto, si vorrebbe che le Coser fossero da 20 posti e auspicabilmente "attaccate" ad una residenza protetta per anziani, oltre a qualche altra tipologia di modulo di diversa fase assistenziale della "disabilità"? che anche i centri diurni fossero inseriti all'interno di una residenza?

Salute mentale. Anche in questo caso si segue l'approccio delle altre aree; nello specifico, il *nulceo* deve essere al *massimo* di 20 posti (erano "almeno" per gli anziani e "di", per le persone con disabilità). La proposta – seppur ancora non compiutamente definita – è quella di più moduli di diversa intensità assistenziale. Si auspica poi:

Ai fini del perseguimento dell'efficienza gestionale, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, i moduli di assistenza residenziale psichiatrica possono essere inseriti in strutture in cui insistono moduli di assistenza residenziale rivolto ad altri destinatari (anziani e disabili). In tal caso è utile l'abbinamento per omogeneità di intensità assistenziale.

In questa area, il documento individua la tipologia di residenza riconducibile a quella indicata dall'atto di indirizzo della Commissione Lea, insieme alla definizione dello standard e alla ripartizione dei costi. La proposta prevede che siano a completo carico del fondo sanitario, oltre il centro diurno, le Strutture riabilitative terapeutiche (SRT) e quelle residenziali riabilitative (SRR, declinate in due livelli). Le comunità protette (CP) verrebbero divise in due diverse tipologie; la prima con assistenza sulle 24 ore e con oneri sanitari del 70%, la seconda con copertura sulle 12 ore e oneri a carico del servizio sanitario del 40%.

Considerazioni. Come in più occasioni abbiamo fatto notare, diventa indispensabile definire cosa connoti, in termini di standard, una struttura a bassa intensità assistenziale, in quanto questa è l'unica tipologia di residenza per la quale la normativa nazionale prevede la ripartizione di oneri tra sanità e sociale (40/60). Oggi sono attivi circa 280 posti di Comunità protetta, molte di queste hanno standard assimilabili a quelle delle strutture terapeutiche e riabilitative; standard equivalenti a quelli di un cospicuo numero di comunità con funzione abitativa della legge 20/2002 (circa 90 posti). Senza tralasciare il fatto che ci sono decine e decine di inserimenti da parte dei DSM di persone con disturbi psichici, anche in moduli specifici, all'interno delle più diverse strutture per anziani.

Richiamando l'affermazione, in premessa del documento, della mancanza di impatto economico, anche in questo caso si nutre qualche dubbio se si volesse agire secondo bisogni e diritti.

Qualche riflessione finale

Poste le premesse, ripetutamente richiamate nella stesura di questa scheda, si possono proporre alcune "prime" riflessioni, che saranno più precise nel momento in cui si potrà analizzare la parte, richiamata nel documento, relativa alla definizione del fabbisogno. E' infatti del tutto evidente come, anche una corretta applicazione normativa (coerenza tra standard, tipologia di utenza, tariffa, ripartizione degli oneri) si possa trasformare in un grande imbroglio, quando è però lontana dal bisogno già identificato.

Si può prendere ad esempio l'attuale situazione delle Residenze protette per anziani. A fronte di circa 3.200 posti convenzionati e dunque con quota sanitaria – seppur non ancora al 50% - ci sono altri 2.000 anziani non autosufficienti, ricoverati in posti non convenzionati con conseguente tariffa a loro completo carico, comprese – evidentemente – anche le prestazioni sanitarie. Il gioco deve, dunque, essere condotto in modo corretto. Ciò detto, il documento:

- si caratterizza per un approccio nel quale appare centrale "la (grande) struttura", invece della "persona", in questo senso emergono gli "adempimenti", non pare scorgersi interesse per la categoria, "qualità di vita";
- assume come esclusivo parametro di riferimento la cosiddetta efficienza gestionale;
- non si pone il problema che, per molte delle persone di cui si occupa, la residenza può rappresentare anche la sua casa nella quale vivere per alcuni decenni;
- assume, anche nella terminologia, un approccio di tipo sanitario, con riferimenti ricorrenti all'interno di questi, a categorie anche di tipo ospedaliero;
- prevede una programmazione di livello provinciale (Area vasta), invece che di livello distrettuale; una dimensione territoriale che mal si concilia con le esigenze delle persone che necessitano di servizi sociosanitari;
- sembra mosso principalmente dall'obiettivo di ricollocare esclusivamente gli attuali servizi della legge 20/00 all'interno della cornice dei LEA con un evidente tentativo di riduzione delle spese a carico del fondo sanitario;
- declina l'area della disabilità quasi esclusivamente in quella ex art. 26, riassorbendola in quella della riabilitazione.
- non considera, o la fa impropriamente alcuni servizi sociosanitari della legge 20/2002, in particolare quelli riferiti alla disabilità (CSER, COSER; RP);
- prevede *permanenze all'interno* delle aree intensive od estensive, che sono a carico del servizio sanitario molto brevi.

Ma, ovviamente, siccome il documento è ancora un'ipotesi, c'è tutto il tempo per cambiarlo radicalmente, a partire dalla ridefinizione del punto di partenza: le persone invece che le strutture.

Per approfondire

- Gruppo Solidarietà (2013), **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione di Tiziano Vecchiato
 - Gruppo Solidarietà (2011), **La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nella regione Marche**, prefazione di Nerina Dirindin
 - Gruppo Solidarietà (2010), **I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche**, prefazione di Giovanni Nervo
 - Gruppo Solidarietà (2007), **Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche**, prefazione di Roberto Mancini.
- in <http://www.grusol.it/pubblica.asp>

Vedi anche

Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche, <http://leamarche.blogspot.it/>

L'appello di avvio della Campagna, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2892>

7 maggio 2013