

Gruppo di lavoro multi-professionale e multi-disciplinare
dei **Comitati di Partecipazione dei cittadini**
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona – INRCA – Area Vasta 2 dell’ASUR
Progetto **“Presenza in carico post-dimissione”**

Ancona - sede INRCA Lunedì 19 febbraio 2018 INRCA

Intervento di Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Le domande poste: In tema di garanzia per il cittadino nella fase post-ospedaliera, ciascuno per la propria area di competenza/responsabilità

- 1) Cosa abbiamo già fatto?
- 2) Cosa dovrebbero fare gli altri?
- 3) Cos'altro è possibile fare di concreto per superare le criticità emerse?

Ho pensato di rispondere ai tre quesiti con altre domande non per eludere le questioni ma per rilanciarle. Penso anche che le domande contengano delle indicazioni di percorso ed è possibile ci dicano che ci sono questioni (e forse anche perché) che da troppo tempo rimangono senza risposta. Alcune delle questioni poste sono affrontate nel documento che avete elaborato, ma è evidente la necessità che la regolamentazione sia definita dal livello regionale per evitare difformità territoriali

Evidenzio due aspetti.

- **L’appropriatezza** dei percorsi
- **Il sistema di offerta.**

Dobbiamo chiederci, con riferimento al livello regionale, se (i percorsi), sono chiari, definiti per competenze e responsabilità e se, cosa principale, pongono al centro le persone, i loro bisogni ed i loro diritti. O se invece sono governati dall’obiettivo di rendere compatibile il bisogno con lo stato dell’offerta. Se lo stato dell’offerta risultasse inadeguato il rischio evidente è quello di comprimere il bisogno sulla base dell’esistente. E siccome la gran parte degli attori in gioco fa quotidianamente i conti con le esigenze del sistema (nel caso residenziale i cosiddetti posti, peraltro senza fare troppe distinzioni tra posti convenzionati e no) e con quelle delle persone è facile che la pressione aziendale diventi, nel migliore dei casi, più forte di quella dettata dalle esigenze delle persone. Con il rischio evidente, non celato, che si cerchi l’appropriatezza quando questa è funzionale al sistema, la si allontani quando lo mette in crisi. Quando questo accade, e sappiamo che accade, allora il “sistema”, diventa opaco, non trasparente, discrezionale quando non clientelare, resistente finanche aggressivo.

Sarebbe interessante in questo senso prendere un campione di utenti su tutto il territorio regionale e chiedere, in riferimento ad un identico servizio, quali informazioni sono state loro fornite dai servizi territoriali (comunali e distrettuali) rispetto all’accesso.

Ma torniamo alle domande

- Sulla base di quali criteri si differenzia un ricovero tra lungodegenza post acuzie e cure intermedie e tra queste ultime e residenza sanitaria assistenziale anziani? Quando è appropriato un ricovero in una Unità speciale (Rd.1.4)?

- Quando può ritenersi dimissibile un malato da una RSA anziani e appropriato un ricovero in una RP? Ad esempio c’è consapevolezza, sempre a riguardo dell’appropriatezza, che in una RP anziani, l’assistenza infermieristica prevista è pari a 20 minuti/giorno paziente?

- Quali criteri e strumenti utilizzano le Unità valutative distrettuali (UVI) al fine di individuare percorsi appropriati ai bisogni di cura e assistenza delle persone rispettosi dei loro diritti? Come esercitano la funzione di valutazione e definizione del percorso assistenziale? **IL NODO**: Come secondo noi dovrebbe lavorare un'UV?

Io ad esempio non ho mai capito a cosa serve il sistema di valutazione RUG ("compilato" quando si è già entrati in residenza) che la regione Marche indica al Ministero, quale strumento ai fini degli adempimenti LEA di utilizzare, al fine della definizione dei percorsi assistenziali?

- Come va interpretata la condizione di intensività/estensività (ai sensi del DPCM 14.2.2001) tale da determinare nelle RSA anziani la prosecuzione gratuita del ricovero dopo 60 giorni?

- Cosa definisce e distingue un ricovero presso una RSA o RP demenze? Come va interpretato il "senza rilevanti disturbi comportamentali" che definisce il criterio di accesso in una RP demenze?

Se poi prendiamo a riferimento l'attuale stato dell'offerta abbiamo nell'intera Regione:

anno 2017: 255 posti convenzionati RP; dato non indicato RSA. Mia stima circa 150-180 posti (in alcuni casi vengono amministrativamente trasformati posti salute mentale in demenza). Nel 2016 dei 235 posti convenzionati solo 143 erano in nuclei specificatamente organizzati i restanti posti collocati in strutture con convenzionamenti da 2 a 19 posti. Ciò significa convenzionare dei posti ma non avere un servizio dedicato.

- O anche quali sono i criteri per cui si può accedere ad un Centro diurno demenze (SRD)? Sulla base di quale criterio e con quali strumenti si stabilisce la prevalenza di disturbi cognitivi che impedisce l'accesso ad un Centro diurno anziani (SR, ex legge 20/2000), mentre lo prevede in uno per demenze (SRD)?

Se così è, come può essere programmabile un percorso di offerta che abbia come riferimento il bisogno espresso e valutato? Se solo dovessimo prendere a riferimento le liste di attesa presenti, in molti casi dovremmo affermare che la risposta non solo è garantita ma è superiore alle esigenze espresse.

Ad esempio quante persone sono in lista di attesa per un Centro diurno demenze nelle Marche? Quante per un posto di residenza protetta? Chi tiene la lista? A chi "compete", una volta valutata l'appropriatezza del percorso la ricerca del posto?

Rientrare a casa. A quali condizioni e con quali supporti? Qui vorrei evidenziare avendo come riferimento soggetti "complessi" (in particolare, ma non solo, quelli che la dgr sulle cure domiciliari indica di 3 livello) la distanza tra quanto la norma prevede e la situazione complessiva dell'offerta, fatte salve specificità locali.

Mi riferisco alla fondamentale, in particolare nella domiciliarietà, funzione della presa in carico. E poi Quali sono le "prestazioni" che vengono garantite; in quali orari il servizio è assicurato. E lo snodo sta proprio nella presa in carico che non va confusa con la risposta prestazionale. L' ASUR recentemente ha diffuso questo dato: Dal 2016 al 2017 le "prese in carico sono passate da 9379 a 12.345; un incremento del 32%". E ' auspicabile che a questa indicazione numerica si aggiungano altri dati per singolo distretto: modalità effettuazione valutazione multidimensionale, modalità stesura PAI, figure coinvolte, prestazioni assicurate, orari di erogazione, ecc ... Presa in carico non corrisponde ad esecuzione di prestazione.

Domande retoriche? Forse lo sono. Ma vale la pena continuare a porle. Soprattutto per due motivi.

- Le persone più deboli, meno informate, con meno capacità di tutela hanno altissime possibilità di essere ostaggio di un sistema che non solo non li tutela ma li espone a risposte rischiose perché del tutto inadeguate ai propri bisogni di salute.

- Quando gli operatori, in particolare quelli deputati alla definizione dei percorsi assistenziali, crescono in un sistema strutturalmente deregolamentato, sono a forte rischio di non valutare

adeguatamente le esigenze e diritti delle persone. Rischiano di diventare dei “collocatori”, basando la valutazione su criteri di tipo cronologico. Operano in contesti nei quali le indicazioni aziendali che spingono a dare le risposte “con quello che c’è”, sono, spesso, pressanti. Un sistema che cerca semplificazione laddove c’è complessità. La complessità umana.

Chiedere l'utilizzo di strumenti di valutazione, definizione dei criteri, in un tempo come quello che viviamo, può essere foriero di rischi? Ribadire l'esigenza, in tempi di razionamento, di utilizzare strumenti e griglie di valutazione al fine della valutazione delle esigenze, può determinare la definizione di percorsi non mirati alla maggior adeguatezza, ma all'abbassamento di tutele?

Ma non è già forse oggi così per tutti coloro che non hanno strumenti di difesa e tutela? Chi paga, oggi, il prezzo più alto in un sistema deregolamentato che diventa funzionale a perpetuare una discrezionalità a tutto danno degli ultimi della fila?

Non sono, forse, i forti, da qualunque parte si trovino? quelli che traggono beneficio da questa situazione?

O forse delle regole (ovviamente adeguate e intelligenti e definite da persone capaci e competenti) non hanno paura tutti coloro che sanno che con quelle l'inadeguato sistema di offerta, è chiamato rapidamente a cambiare?

Per approfondire, www.grusol.it