

# LA PROGRAMMAZIONE PERDUTA. UNA RIFLESSIONE ALLA LUCE DEI CRITERI DI FABBISOGNO SANITARIO E SOCIO- SANITARIO DELLA REGIONE MARCHE<sup>1</sup>

FABIO RAGAINI  
GRUPPO SOLIDARIETÀ

*L'analisi evidenzia gli insuperabili limiti della proposta di fabbisogno. A ciò si aggiunge che rimangono indeterminati per molte strutture gli standard assistenziali, le tariffe e la ripartizione degli oneri tra sanità e sociale. Una programmazione che ha necessità di partire da una rigorosa analisi del bisogno sul quale si innesta la costruzione della risposta all'interno dell'idea che si ha del ruolo dei servizi nella società. Un orizzonte ed una prospettiva che paiono assenti nel documento esaminato*

## PREMESSA

La scheda si propone analizzare i contenuti della recente delibera della regione Marche nella quale si intende, a partire dalla ricognizione dell'esistente, fissare i criteri per la definizione del fabbisogno sanitario. Si procederà con l'analisi dei dati e della proposta regionale di fabbisogno, tenendo conto della situazione complessiva dell'offerta sanitaria e sociosanitaria. Pare infatti imprescindibile, in particolare in riferimento alle aree disabilità e anziani non autosufficienti, leggere e collegare la proposta alla situazione dell'offerta di strutture e servizi regolamentati dalla legge 20/2002 sulle autorizzazioni sociali e socio sanitarie. Si ritiene di non ripetere ad eccezione di aspetti specifici quanto già esposto nel commento all'Atto di Ricognizione (d'ora in avanti Ricognizione) delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali della regione Marche<sup>2</sup>. Nell'analisi della delibera di Ricognizione, che ha comportato la necessità della scomposizione dei dati, venivano evidenziati aspetti rilevanti della organizzazione e programmazione (o anche il suo contrario) sanitaria e sociosanitaria della Regione. Alcuni dati presentati nella nuova delibera sono sostanzialmente coincidenti, mentre in altri si discostano in maniera significativa; bisognerebbe individuare quindi dove si trovano gli errori e forse sarebbe anche necessario che i totali ora inseriti derivassero dalla somma dei posti per struttura per capirne fino in fondo la correttezza. In ogni caso riteniamo rimangano valide le considerazioni di commento alla Ricognizione. Sulla base di quei dati è invece importante analizzare con rigore

quali sono i propositi in termini programmatici della regione Marche.

## IL LIVELLO OSPEDALIERO

**La situazione attuale<sup>3</sup>.** L'attuale offerta ospedaliera (compresa la post acuzie) - erogata per l'85% in strutture pubbliche - è composta da **6.496 posti**, di cui **5785 ordinari**, **711 day hospital** (dalla Ricognizione **6265**) per un complessivo di **4.18 posti** per mille abitanti (nella tabella di pag. 9 per un errore i posti in DH e DS sono indicati nello 0,46 anziché 0,45 anche se il numero di 711 farebbe supporre un riferimento allo 0,46; in ogni caso lo scostamento è di circa 10 posti).

I **posti letto per acuti** sono in totale **5629** (dalla Ricognizione **5551**), pari al 3,62 per mille abitanti. La degenza ordinaria copre il 3,17 per mille, circa **4920** (dalla Ricognizione **4845**), mentre i posti in day hospital e in day surgery sono pari allo 0,45 (circa **710**, dalla Ricognizione **706**).

I **posti letto di riabilitazione lungodegenza** (post acuzie), sono pari allo **0,56** per mille abitanti per un complessivo di **867** (dalla Ricognizione **714**). I posti di **riabilitazione** sono complessivamente **360**<sup>4</sup> (304 codice 56 di cui 4 dh, 56 di codice 75) pari allo **0,23** per mille abitanti (dalla Ricognizione **322**). I posti di **lungodegenza** sono pari allo **0,33** per mille,

### Posti letto ospedalieri (compreso DH e DS) situazione attuale

Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
5629	507	360	6496
3.62 su 1000 ab	0,33	0.23	4.18

<sup>1</sup> Dgr 1789 del 2-11-2009, *Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella regione Marche*, consultabile in [www.grusol.it/informazioni/09-11-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/09-11-09.PDF)

per complessivi **507** (dalla Ricognizione **392**)

**Gli obiettivi.** Si intende portare la dotazione complessiva a **4 posti** per mille abitanti (sulla base delle indicazioni della legge 133-2008 che prevede una riduzione dei posti fissati precedentemente attraverso Accordo della conferenza Stato-Regioni in 4,5) così suddivisi: **acuti, 3,3** per mille; **riabilitazione e lungodegenza, 0,7** per mille. Si avrebbero quindi complessivamente circa **6200** posti contro gli attuali 6500 (-300). I **posti letto** per acuti (compreso day Hospital), sarebbero pari a **5124**. Quelli per **riabilitazione - lungodegenza** pari a **1086**.

I posti per **acuti** passerebbero da **5637** (3.63 per mille abitanti) a **5124** (3.3 per mille). **Si avrebbero 513 posti in meno.**

I posti di **riabilitazione e lungodegenza** passerebbero da **867** (0,23 riabilitazione, 0,33 lungodegenza = 0,56 per mille abitanti) a **1086** (0,7 per mille). **220 posti in più.** Per quanto riguarda la post acuzie occorre dividere per il complessivo della riabilitazione e della lungodegenza. Il dato che ne scaturisce con una ripartizione al 50% è il seguente: **Riabilitazione: 0,35** per mille (**543**), contro l'attuale 0,23 (360). **Mancano 180 posti. Lungodegenza: 0,35** per mille (**543**), contro l'attuale 0,33 (507). **Mancano 40 posti<sup>5</sup>.**

Posti letto ospedalieri (compreso DH e DS) – Obiettivi			
Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Totale
<b>5124</b>	<b>543</b>	<b>543</b>	<b>6210</b>
<b>(-513)</b>	<b>(+36)</b>	<b>(+220)</b>	<b>(-300)</b>
<b>3,3</b>	<b>0,35</b>	<b>0,35</b>	<b>4,00</b>
<b>su 1000</b>			
<b>ab</b>			

#### QUELLO EXTRAOSPEDALIERO

L'atto prende come riferimento le strutture residenziali e diurne riguardanti la riabilitazione, la disabilità, gli anziani, la salute mentale, le dipendenze patologiche. Analizzeremo tutte le aree ad eccezione di quest'ultima.

#### Riabilitazione (pag. 38-39; 57)

**Situazione attuale.** In questa area sono considerate le *Residenze riabilitative (Rsr) intensive*, quelle *estensive* e le cosiddette *Unità speciali residenziali* che accorpano cinque tipologie di strutture (due ospedaliere: *Unità risveglio*, *Unità neuromotoria intensiva*; 3 extraospedaliere: *Unità sordo ciechi* (56), *unità comi persistenti + ins. Resp* (80). I posti complessivi sono **191** (55 ospedalieri, 136

extraospedalieri). Il dato è coincidente con quello della Ricognizione. L'offerta di *Rsr intensive* è di **163** posti (nella Ricognizione i posti erano 115; si ha quindi un incremento di 48 posti pari al 40%), quella di *Rsr estensive* di **392** (nella Ricognizione i posti erano 320 con un incremento di 72, circa il 20%).

Purtroppo ancora una volta, riteniamo che in maniera sbagliata siano stati inseriti in questa parte all'interno dell'Alta specialità sia strutture che erogano prestazioni di tipo ospedaliero che extraospedaliero; inoltre qui, come in altre parti, si prende come riferimento normativo il Progetto Obiettivo riabilitazione (dgr 1627/2009) mai approvato dalla Regione. Un aspetto questo assai grave: quando in una Regione si considera norma un provvedimento mai approvato è inevitabile nutrire insuperabili preoccupazioni.

**Obiettivi.** Per le *Unità speciali* si prevede un incremento di 71 posti. Da 191 a 262. *Unità risveglio* (30 - immutato; *Unità neuromotoria intensiva* (25), obiettivo: **36 (+11)**; *Unità sordo ciechi* (56), obiettivo: **98 (+ 42)**; *Unità comi persistenti + ins. Resp* (80) obiettivo: **98 (+ 18)**. **Rsr intensive** (163) posti attivi, obiettivo: **202 (+ 39)**; **Rsr estensive** (392), obiettivo: **492 (+ 100)**.

**Considerazioni.** L'analisi dell'offerta e del fabbisogno di **riabilitazione** intensiva extraospedaliera non può che essere strettamente collegata con quella ospedaliera; le Rsr intensive offrono infatti prestazioni per certi versi assimilabili a quella ospedaliera con un'offerta peraltro molto importante per i problemi legati all'abbattimento della tariffa dopo 60 giorni nel regime ospedaliero che determina degenze molte brevi, spesso incompatibili per pazienti con patologia neurologica che necessitano di riabilitazione intensiva in regime di degenza. Se i dati forniti sono esatti la somma dell'intensivo ospedaliero ed extraospedaliero sarebbe vicina allo 0,35 per mille considerata l'ipotesi di aumento di 40 posti. Il problema come abbiamo fatto notare nell'analisi dei dati della Ricognizione [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF) riguarda l'assenza di posti in 3 Zone e la presenza irrisoria in altre due; con una mancanza significativa in una parte molto significativa del territorio regionale. Occorre dunque garantire omogeneità di offerta in tutto il territorio attraverso la garanzia dei posti ospedalieri in tutte le Zone.

Per quanto riguarda la lungodegenza, occorre da un lato verificare la correttezza del dato, dall'altro va rimarcata l'assenza di qualsiasi modello organizzativo da parte della Regione. Come si è fatto notare nel commento ai dati della Ricognizione, in molti ospedali ci sono state riconversioni da acuti a lungodegenza per pochi posti (4-6-10) rimanendo gli stessi collocati all'interno dei vecchi reparti, gestiti dunque dagli stessi operatori, da cui sono stati disattivati (soprattutto Medicina). Il risultato, in molti casi, è solo un passaggio statistico del dato dall'acuzie alla post acuzie<sup>6</sup>.

Un discorso del tutto diverso riguarda invece i posti di **riabilitazione estensiva**. Qui è necessario fare chiarezza per evitare un'ambiguità che poi si ripercuote sul sistema della residenzialità e della riabilitazione. Fino ad oggi infatti le Rsr estensive sono state sempre considerate tra le strutture residenziali dell'area disabilità<sup>7</sup>; tanto che anche nella Ricognizione in quell'area venivano inserite. Ora sembrano sempre più andare a collocarsi nell'area della riabilitazione estensiva rispetto alla quale la regione Marche non ha mai avviato una effettiva riflessione<sup>8</sup> e programmazione. Positivo l'aumento dei posti di coma persistente e insufficienza respiratoria ma ancora decisamente basso rispetto ai bisogni (meno di 100 posti per tutto il territorio regionale). Da notare un aumento dei posti della Unità sordo ciechi di circa il 70%.

**Disabilità** (pag. 36-37; 56)

**Situazione attuale.** Vengono considerate le Rsa disabili ed i Centri diurni delle strutture ex art. 26/833. L'offerta di **Rsa disabili** è pari a **228 posti** (nella Ricognizione 240); quella dei **Centri diurni** è di **318 posti** (nella Ricognizione 255; si ha, quindi, un incremento di 63 pari al 25%). Si parla, erroneamente, di una offerta di posti letto pari a 546, quando circa il 60% di questi è semiresidenziale. Andrebbero inoltre analizzati i dati per verificarne l'effettività (i 47 di Pesaro non sono autorizzati come Rsa psichici? I 13 di Senigallia non sono posti di residenza protetta? A Fabriano sono effettivamente attivi 17 posti?)

**Obiettivi.** Per le **Rsa disabili** si prevede un incremento di **22 posti** (da 228 a **250**; 1,5 per 10.000 abitanti). Per i **Centri diurni** di **67** (da 323 a **390**, 2,5 per 10.000 abitanti).

**Considerazioni.** Come detto precedentemente nell'area disabilità sono state stralciate

le Rsr estensive che accolgono per la maggior parte disabili in regime permanente la cui gravità in molti casi è assimilabile a quelli ospitati nelle due strutture sociosanitarie della legge 20/2002 (Residenze protette e Comunità socio educative riabilitative); nulla viene detto della nuova struttura ridisegnata nella delibera 1299/2009 (vedi commento in [www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF)) che identifica la nuova struttura - Rsa disabili gravi - a cavallo tra Rsr estensive ed Rsa disabili (ridefinite "accoglienza disabili"). Ma ciò che riesce difficile capire è come si possa stabilire il fabbisogno delle strutture sanitarie senza definire contestualmente quello sociosanitario di competenza dei servizi sociali (legge 20/2002 e regolamenti attuativi). E' utile e necessario prevedere un aumento dei posti di Rsa e di centri diurni senza una definizione del fabbisogno complessivo? Si riportano di seguito due tabelle che danno il complessivo dei posti diurni e residenziali (sociosanitari e sanitari) per disabili modificati con i nuovi dati, che comunque non alterano il dato generale. Per quanto riguarda i **centri diurni**, quelli sanitari sono circa il 30% dei complessivi: con una offerta totale di oltre 1350 (quasi 9 posti per 10.000 abitanti). Che senso ha prevedere un incremento di quelli in ex art. 26/833 - la cui utenza è del tutto assimilabile ai Cser della legge 20/2002 - che sono caratterizzati tra l'altro da un'insufficiente definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali (vedi solo: capacità recettiva, standard di personale)? Come non riflettere inoltre sul fatto che molti di questi centri sono collocati all'interno di grosse strutture residenziali, in genere fuori dai normali contesti abitativi e con limitati rapporti con il territorio e la comunità locale?

#### Disabilità. Posti complessivi centri diurni

CD I. 20/00	CD I. 20/02	totale
<b>255 (13) ora 323</b>	<b>1043 (69)</b>	<b>1298 ora 1366</b>

Per quanto riguarda la **residenzialità**, **620** sono i posti all'interno delle strutture sanitarie, contro gli oltre **300** (il numero dei posti delle Cser è sicuramente aumentato in quanto i dati sono del 2006-2007) all'interno di quelle sociosanitarie. Complessivamente si hanno più di 900 posti con uno sviluppo importante negli ultimi anni delle residenze sociosanitarie collocate all'interno dei normali contesti abitativi. Anche in questo caso ci si chiede come sia pensabile definire un fabbisogno solo di una

parte di questi posti e non definire attraverso un unico atto un fabbisogno complessivo. Si ribadisce inoltre la necessità di riflettere sul significato e sul ruolo delle Rsr estensive che, come ripetiamo, attualmente sono inserite nella parte della riabilitazione e non in quella della residenzialità. Va inoltre ricordato che mentre per la Residenza protetta<sup>9</sup> non è stato stabilito alcun fabbisogno ed anzi al momento sono state bloccate nuove attivazioni, per le Coser è stato definito un fabbisogno di una ogni 50.000 abitanti che significa oltre 300 posti. Ne mancano quindi, tenendo conto di nuove attivazioni, almeno 100; è evidente che in questa area non c'è una prospettiva, un orizzonte di riferimento e quindi una programmazione unitaria. Il ragionamento appare al massimo attento al conteggio dei posti; conteggio che ogni settore fa, chiaramente, per conto proprio. Non sembra di parlare di servizi interni ad una stessa Regione.

to-Regioni; proposta che è stata accantonata per la contrarietà delle Regioni che prevedeva un finanziamento su una dotazione standard di posti residenziali pari a 1 ogni 100 anziani >65 e 3 ogni per cento anziani >75 (per le Marche 3500 e 5400 posti)<sup>10</sup>. Posti comprendenti diverse tipologie di strutture (Rsa, comprese Unità Alzheimer e Residenze protette).

**Considerazioni.** La parte riguardante gli anziani è particolarmente deludente. Nell'analisi e nella definizione del fabbisogno non si distingue il residenziale dal semiresidenziale; si prende a riferimento una indicazione nazionale superata; non si dice una parola, ed è davvero molto grave, rispetto all'offerta semiresidenziale e residenziale per malati di Alzheimer e altre forme di demenze. Anche in questo caso, come per la disabilità, non si programma un fabbisogno complessivo di posti sociosanitari dati dalla somma delle Rsa con le Rp. Nello stesso tempo si continua a

programmare posti di Rsa, non avendo ancora definito standard, tipologie di utenti e tariffe<sup>11</sup>. Situazione analoga riguarda il semiresidenziale i cui standard non sono mai stati inseriti nel Manuale di auto-

rizzazione. Si ricorda che, ad oggi, nelle Case di Riposo e nelle Residenze protette sono ospitati 4.000-4300 anziani non autosufficienti, oltre 1500 dalla valutazione Rug dovrebbero essere ospitati in Rsa e solo il 10% dei non autosufficienti riceve un'assistenza secondo gli standard regionali previsti (100-120 minuti)<sup>12</sup>. Per ulteriori considerazioni si rimanda a quanto già esposto nel commento ai dati della Ricognizione [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF). Per i Centri diurni non è stata fissata tariffa, standard assistenziale, percentuale dei costi a carico della sanità e del sociale.

Da ultimo, un riferimento riguardo l'indicazione di una variabilità di posti in relazione all'investimento riguardante l'assistenza domiciliare. La questione appare del tutto strumentale dato che ad oggi non risulta alcuna effettiva volontà di potenziamento del servizio di cure domiciliari. Molta parte del fondo continua infatti ad essere utilizzato all'interno delle strutture assistenziali; i servizi funzionano nella stragrande maggioranza dei casi solo di mattina e non tutte le prestazioni previste dalla normativa regionale vengono erogate<sup>13</sup>.

#### Disabilità. Posti complessivi residenziali

RSR est	Rsa disabili	Resid protetta	CoSER	totale
<b>320 (ora 392)</b>	<b>240 (ora 228)</b>	<b>130</b>	<b>176</b>	<b>866 ora 926</b>

#### Anziani non autosufficienti (pag. 32-33; 52)

**Situazione attuale.** Vengono prese in considerazione le **Rsa anziani** ed i **Centri diurni** autorizzati ai sensi della legge 20/2000. I posti di Rsa attivi sono **847** (877 nella Ricognizione), 1220 autorizzati; quelli di centro diurno **115** (135 nella Ricognizione), 160 autorizzati. Anche in questo caso la Regione mostra un totale di posti sommando residenziale e semiresidenziale (962 attivi, 1380 autorizzati), indicando così un'un'offerta pari a 0,27 ogni 100 anziani >65. L'offerta residenziale è invece pari a circa 0,24, quelle semiresidenziale a circa 0,03.

**Obiettivi.** Anche negli obiettivi viene cumulo il semiresidenziale con il residenziale avendo come riferimento il numero complessivo di posti autorizzati pari a 1380 (0,39 posti per cento anziani >65; 0,77 per cento anziani >75). Si prevede un aumento di 400 posti (0,49 per 100 anziani >65, 0,97 per cento anziani >75) tra semiresidenziale e residenziale, attivandone 200 (50%) nel primo biennio. Come riferimento programmatico viene preso l'orientamento governativo, sottoposto alla Conferenza Sta-

**Salute mentale** (pag. 34-35; 53-54)

**Situazione attuale.** Viene preso in considerazione il totale dei **posti residenziali** (senza differenziazione delle strutture) pari a **535** (580 autorizzati) e **diurni** pari a **332** (347 autorizzati). Anche in questo caso si offre un dato complessivo (867) sul quale viene calcolata l'offerta di 5.52 posti letto ogni 10.000 abitanti. L'offerta residenziale è invece di circa 3,5 per mille; mentre quelli semiresidenziali sono pari a circa 2. Viene inoltre specificato che si possono "attivare strutture residenziali e SPDC a servizio di due o più DSM, fermo restando i rispettivi limiti di 20 e 16 posti e non più di due moduli contigui ed autonomi". Si prevede quindi accorpamento tra posti ospedalieri ed extraospedalieri con una struttura complessiva di 36 posti. Si conosce bene cosa significhi "contigui ed autonomi"<sup>14</sup>.

**Obiettivi.** In questa parte il dato complessivo attuale viene scomposto nelle varie strutture. Non viene più fatto riferimento ai

centri diurni. Riportiamo di seguito per ogni struttura la situazione attuale, gli obiettivi e le differenze. **SPDC:** attuale: 142 posti; obiettivo: **161** (+19); **SRT:** attuale: 25 posti; obiettivo: **40** (+15) + SRT minori: attuale: 10; obiettivo **20**; **SRR:** attuale: 209 posti; obiettivo **282** (+ 73); **CP:** attuale: 260 posti; obiettivo **322** (+ 62). **Residenzialità minori:** Attualmente: 0, obiettivo: 78. Si passa quindi da una situazione attuale di 646 posti ad un obiettivo di **903**; con un incremento di **257** posti. Va considerato che il numero di 646 è dato dalla somma del residenziale extraospedaliero con i posti ospedalieri. Considerando solo i posti residenziali (come si dovrebbe considerare in quanto quelli del **SPDC** sono stati conteggiati nel livello ospedaliero) essi sono attualmente **504** (circa 3,5 posti per diecimila abitanti), che secondo gli obiettivi dovranno diventare **742** (5 posti per diecimila abitanti). I posti derivanti dalla riconversione dei posti delle Case di cura specialistiche verranno considerati come aggiuntivi rispetto al dato dei 903.

### L'assistenza integrativa può funzionare?

Nessuno è contrario per principio all'assistenza integrativa. È una scelta personale che non attiene alle scelte politiche. Il vero problema è capire se questo tipo di assistenza può realmente funzionare. Il Servizio sanitario nazionale italiano costa circa 1.800 euro a testa all'anno. Con quella cifra si pagano, ad esempio, trapianti che possono costare anche 100 milioni di euro o l'utilizzo dell'elicottero per il 118: l'Italia offre questa assistenza a tutti. La sanità USA, per esempio, costa a persona circa il doppio di quella italiana, nonostante ci siano cinquanta milioni di americani senza alcun tipo di copertura sanitaria. Il costo delle polizze integrative in Italia è molto variabile (per fare qualche esempio, si va dai 900 euro annuali per i dirigenti di grandi industrie fino ai 6.000-7.000 euro per piccole categorie di professionisti). Questi fondi sono agevolati dal punto di vista fiscale e pertanto costano anche ai contribuenti che non ne fanno uso, sottraendo risorse alla fiscalità. Fino a qualche anno fa i rimborsi arrivavano a circa il 40-50% del costo della polizza, ora si fermano al 19%, a seconda delle tipologie. Le polizze integrative, utili peraltro solo per avere un migliore servizio alberghiero, non tecnico, consentono alle cliniche e ai laboratori privati di avere un numero maggiore di clienti. Consentono ai beneficiari di usufruire di servizi migliori dal punto di vista della facilità d'accesso ma che costano circa il triplo del servizio pubblico. Il problema vero d'Italia, lo ribadisco, sono le realtà dove la sanità funziona male, perché in quei territori è difficile difendere il sistema sanitario. La gente, piuttosto che ricorrere ad una sanità inadeguata, preferisce pagare di più ma essere maggiormente tutelata. Se le Regioni che sono rimaste indietro non intraprendono percorsi virtuosi, quindi, sarà difficile difendere la sanità pubblica: non la vorrà più nessuno.

**Nerina Dirindin**, in *Animazione sociale* n. 12/2009



**Considerazioni.** Per quanto riguarda il commento a questi dati vale quanto riportato dall'analisi della Ricognizione [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF). In particolare si richiama il problema delle autorizzazioni sociali<sup>15</sup> (comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali) che in alcuni casi sono strutture del tutto assimilabili per costo retta e tipologia di utenza alle Comunità protette. Sempre riguardo alle CP si è in assenza di definizione di standard assistenziale e di compartecipazione tra gli enti; a differenza di tutte le altre sono a completo carico del fondo sanitario queste prevedono una ripartizione del costo tra sanità e sociale. Ci sono infine le strutture con posti classificati come "Rsa psichici" (ad esempio: Anni Azzurri, Abitare il tempo, Rsa Tomasello) delle quali non si capisce in questa classificazione dove sono state inserite<sup>16</sup>.

#### PER CONTINUARE

Durante l'analisi per aree abbiamo proposto considerazioni e riflessioni che ci sembra inutile ora riprendere<sup>17</sup>. Emerge l'irrinviabilità per le aree nelle quali sono presenti servizi sanitari e sociosanitari della definizione di un fabbisogno complessivo (il fabbisogno delle strutture della legge 20-2002 non è mai stato organicamente fissato, specifiche delibere hanno stabilito fabbisogni di singole strutture) insieme alla determinazione degli standard assistenziali, della tariffa e della ripartizione degli oneri tra sanità e sociale. Richieste che appaiono banali e scontate ma evidentemente non è così se questi atti sono attesi dal 2001 (dopo l'emanazione del decreto sui livelli essenziali di assistenza) e dal 2002 (a seguito della legge regionale 20-2002 sulle

### Accogliere ed integrare nelle scuola multiculturale

I volumi editi dalla casa editrice Vannini intendono offrire strumenti per costruire una scuola capace di accogliere anche studenti non italiani; una sfida, quella della multiculturalità in classe, che può essere affrontata in modo efficace solo a partire dalla formazione degli insegnanti, con l'acquisizione di competenze di natura pedagogica, didattica e relazionale. Il primo testo **I territori dell'intercultura** – curato dall'Ufficio Scolastico Provinciale di Brescia – descrive l'esperienza realizzata dalla rete dei Centri territoriali per l'intercultura delle scuole bresciane: una descrizione (con dati statistici) della presenza numerica degli alunni con cittadinanza non italiana nelle scuole e delle loro esigenze e l'analisi delle buone prassi sperimentate nei diversi gradi di scuola del territorio, per stimolare il confronto e la collaborazione. Gli altri tre volumi di compongono di unità didattiche (con disegni, schede colorate e esercizi di verifica...) per l'apprendimento dell'italiano da parte degli alunni stranieri. **Evviva! Si impara l'italiano. Volume 1 e 2, è rivolto ad alunni** degli ultimi due anni della scuola Primaria e della Scuola Media, che sono arrivati in Italia senza conoscere la nostra lingua: esercizi e situazioni graduate per comunicare con una nuova lingua, a partire dalla conoscenza dei suoni, delle sillabe e dalla conoscenza del lessico essenziale della vita quotidiana. **Evviva! Miglioro il mio italiano** è pensato per il potenziamento della conoscenza della lingua italiana degli alunni di origine straniera che hanno già intrapreso il primo percorso di alfabetizzazione al fine di acquisire competenze necessarie per affrontare lo studio di testi più complessi e applicare le regole (a livello terminologico, di sintassi, per la presenza di lessico astratto...); composto di cinque unità, le attività si svolgono a partire da situazioni e contesti conosciuti: affetti, casa, cibo, luoghi, tempo.

Capoferri Patrizia, **I territori dell'intercultura**, Brescia 2007, p. 168, euro 10.00; Arrighi Enrica, **Evviva! Si impara l'italiano. Volume 1**, Brescia 2009, p. 160, euro 16.00; Arrighi Enrica, **Evviva! Si impara l'italiano. Volume 2**, Brescia 2009, p. 160, euro 16.00; Arrighi Enrica, **Evviva! Miglioro il mio italiano**, Brescia 2009, p. 144, 16.00 euro.

autorizzazioni sociali).

Rispondere a queste esigenze è compito della programmazione. Programmazione che deve basarsi sulla rigorosa analisi del bisogno sul quale si innesta la costruzione della risposta

all'interno dell'idea che si ha del ruolo dei servizi nella società. Un orizzonte ed una prospettiva che faticiamo, purtroppo, a trovare in questo documento.



## Note

- 2 F. Ragaini, *Considerazioni in merito ai dati contenuti nell'Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali della regione Marche* (DGR n. 77/2009), in "Appunti sulle politiche sociali", n. 4-2009, p.1-8.
- 3 Non sempre prendendo a riferimento la popolazione marchigiana, indicata in 1.553.000 abitanti i dati percentuali e assoluti coincidono, gli scostamenti sono minimi ma a volte non coincidenti quando si scompongono i dati (vedi ad esempio dati complessivi posti letto per acuti ripartiti tra degenza ordinaria e day hospital). Si segnala inoltre (p. 15) che tra i posti ospedalieri vengono conteggiati i 72 di Villa Jolanda (AN). Si tratta di una Casa di cura neuropsichiatrica i cui posti sono stati riconvertiti in extraospedalieri. Gli stessi non sembrerebbero essere stati conteggiati nella dgr 77-09; è ipotizzabile che ora siano stati inseriti tra quelli di lungodegenza che sono circa 115 in più, pari al 30%. Sulla questione della riconversione della Casa di cura rimandiamo alla lettera inviata dal Comitato Associazioni Tutela alla Regione Marche [www.grusol.it/vocesociale/19-10-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/19-10-09.PDF)
- 4 Dai 360 andrebbero tolti i 24 di *riabilitazione cardiologia* nella casa di cura Villa Serena di Jesi. Pur avendo codice 56 in realtà si tratta di una "convalescenza cardiologia", la riabilitazione praticata è nel migliore dei casi estensiva. Andrebbero quindi conteggiati nella lungodegenza. Con codice 56 i posti sarebbero dunque 280.
- 5 Nel caso fossero erroneamente conteggiati i posti della casa di Cura Villa Jolanda i posti da realizzare non sarebbero più 40, ma circa 110.
- 6 Continuo a sostenere che invece dell'abbattimento della tariffa che spesso determina da parte della struttura l'unico impegno a garantire la dimissione entro 60 giorni qualunque sia la condizione del malato (magari è peggiorato), si dovrebbero inserire criteri di qualità: ad es: si entra senza piaghe e si esce con le piaghe: si abbatte la tariffa; si entra senza catetere, si esce con il catetere (la prova della necessità spetta alla struttura); si abbatte la tariffa; si entra con un certo livello di mobilità, si esce con mobilità ridotta: si abbatte la tariffa. Insomma, un *cottimo qualitativo*. In fondo era ciò che chiedeva don Milani in *Lettera ad una professoressa*, quando in una classe c'erano bocciati; più bocciati - meno remunerazione.
- 7 Per un dettagliato esame del sistema residenziale per persone disabili nelle Marche, vedi: *La residenzialità per persone disabili nelle Marche. Nodi, prospettive esperienze a confronto*, [www.grusol.it/vocesociale/16-11-08bis.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/16-11-08bis.PDF); F. Ragaini, *La residenzialità per persone disabili nella legislazione della regione Marche*, in "Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche"; Gruppo Solidarietà, 2008; *I servizi territoriali per disabili nella programmazione della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 5/2008.
- 8 Si veda in proposito la recente delibera 1299/2009 che ridisegna il ruolo della residenzialità per disabili, in particolare, all'interno delle strutture ex art. 26/833, "Attuazione DGR 1524/2006, Accordo per gli anni 2006-2009 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate nella regione Marche, aggiornamento anno 2009", in [www.grusol.it/informazioni/12-08-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/12-08-09.PDF); si veda anche la nota di commento alla delibera, *Residenzialità permanente per persone con disabilità alla luce della DGR 1299/2009*, in [www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF)
- 9 Pare sbagliato il riferimento della Residenza protetta (p. 51) con il codice Prf 5, citando il mai approvato PO riabilitazione (dgr 1627-05). Probabilmente si fa confusione con le Rsa ora diversificate in "gravi" e "accoglienza" (dgr 1299-09). Vedi in proposito la nota 6. Le RP sono normate dalla legge 20/2002 e non sono mai state incluse nella programmazione sanitaria. Ciò conferma la confusione complessiva sul tema della residenzialità disabili. Si ricorda peraltro come la recente dgr 1785-2009 assimila, evidentemente non sapendo di cosa si parla, le RP alle strutture per "disabili senza sostegno familiare" che prevedono una compartecipazione della sanità solo del 40%. Il testo della delibera è consultabile in [www.grusol.it/informazioni/07-11-09bis.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/07-11-09bis.PDF); così come la lettera di protesta del CAT, [www.grusol.it/vocesociale/09-11-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/09-11-09.PDF). Al momento i contenuti della delibera non sono operativi.
- 10 In merito agli standard di offerta ricordiamo il documento della Commissione Nazionale sui LEA del Ministero della salute, riguardo le prestazioni semiresidenziali e residenziali; vedi <http://www.grusol.it/informazioni/07-06-07ter.PDF>
- 11 Per una dettagliato esame della situazione delle Rsa, vedi *Le Rsa anziani nelle Marche. L'improcrastinabile regolamentazione*, in [www.grusol.it/vocesociale/20-04-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/20-04-09.PDF)
- 12 Vedi proposito *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009, in [www.grusol.it/informazioni/07-07-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/07-07-09.PDF)
- 13 Vedi, *Sull'organizzazione e funzionamento delle cure domiciliari nelle Marche*; [www.grusol.it/informazioni/18-07-08.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/18-07-08.PDF)
- 14 La recente delibera di riconversione della Casa di cura Villa Jolanda, vedi [www.grusol.it/vocesociale/19-10-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/19-10-09.PDF), prevede nella stessa struttura 40 posti (Srt + Srr) e 32 di Residenza protetta demenze. Ovviamente "contigui ed adiacenti" e sempre nel nome della deistituzionalizzazione e sicuramente della lotta allo stigma.
- 15 Vedi in proposito; *Riguardo alle autorizzazioni di comunità alloggio per persone con disturbi mentali nelle Marche*, in [www.grusol.it/vocesociale/01-08-08.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/01-08-08.PDF)
- 16 Per un approfondimento, vedi *Rsa disabili psichici. Per la regione Marche le strutture autorizzate non esistono*, in [www.grusol.it/informazioni/16-04-06ter.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/16-04-06ter.PDF)
- 17 Ci preme rimarcare che ai fini dell'analisi sarebbe utile, laddove gli scostamenti con i dati presenti nella delibera di Ricognizione sono significativi (vedi lungodegenza, riabilitazione intensiva extraospedaliera), un chiarimento; andrebbe inoltre distinto, sempre, nell'analisi dell'offerta il semiresidenziale dal residenziale; appare inoltre ingiustificabile il riferimento programmatico ad un atto normativo mai approvato come il PO riabilitazione. Infine, ma non meno importante ci chiediamo con quali "criteri" si definiranno le autorizzazioni scaturite dalla definizione del fabbisogno, considerato che non esiste indicazione per territorio.