

# A CHI SERVE IL NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE MARCHE?

FABIO RAGAINI  
GRUPPO SOLIDARIETÀ

A partire dai contenuti della proposta di Piano socio sanitario l'articolo riflette sul significato dell'Atto programmatico, discutendone dell'utilità alla luce degli obiettivi delineati dal Piano

Dopo la lettura della proposta di Piano sociosanitario<sup>1</sup> mi sono chiesto a cosa servono questi atti di programmazione. Lo scrivo senza alcun spirito polemico ma con l'unico desiderio di capire. Tento di riflettere su questo perché dopo l'abbuffata di pagine del Psr 2007-2009<sup>2</sup> e l'emissione l'anno successivo del Piano sociale 2008-2010, ora parte l'iter di un nuovo Piano integrato sociosanitario<sup>3</sup> che ci accompagnerà fino al 2012.

Nelle motivazioni della Proposta di Piano si specifica che "Il nuovo Piano 2010-12 si connota come Piano sociosanitario e mette in evidenza il ruolo innovativo e di sviluppo dell'intero sistema socio-sanitario come motore di crescita economica della regione Marche. Inoltre pone al centro del suo sistema la semplificazione della governance regionale nei processi assistenziali attraverso un disegno progettuale che integra in modo sistematico elementi di carattere strategico, organizzativo, funzionale e tecnologico delle realtà sociali e sanitarie. In tale ottica il nuovo PSS 2010-2012 va inteso in termini di progresso ed evoluzione del precedente, quasi uno sviluppo dei presupposti nello stesso già tracciati".

## NON PRENDERE IMPEGNI COSÌ DA EVITARE DI ESSERE ACCUSATI DI DISATTENDERLI

Appare in ogni caso sempre più chiaro il cambiamento di prospettiva degli atti di programmazione. La paura di non mantenere fede agli impegni - e dunque l'essere accusati di inadempienza - produce documenti di indirizzo generale, pieni di dati, e scarsissimi in termini di obiettivi programmatici per il periodo di validità. Non ci sarà motivo per nessuno di dire che gli obiettivi non sono stati rispettati, così come ogni provvedimento successivo al Piano avrà come presupposto l'attuazione dello stesso.

Così ci troviamo sempre più con atti programmati nazionali che in nome delle autonomie e competenze regionali tracciano generiche linee di indirizzo, Piani regionali che ricalcano questa filosofia e così le scelte vere - quelle sostenute da finanziamenti - vanno rintracciate all'interno di specifiche delibere di giunta e nella definizione dei budget.

Ad esempio difficilmente qualcuno potrà dire che il precedente Psr non è stato attuato o che non si sono rispettati gli impegni presi, tanto assente era ogni forma di vincolo.

Quanto al Piano sociale 2008-2010, ha riproposto in sintesi le indicazioni contenute in molti altri atti precedentemente emanati dalla Regione, li ha ricapitolati e inseriti nell'atto principe della programmazione. Quali sono gli obiettivi più stringenti del piano sociale vigente? Penso pochi possano definirli ed elencarli. Questa situazione determina peraltro una grande stanchezza tra tutti gli attori: pagine su pagine che ripetono e ricapitolano questioni mille volte scritte e dette; una ipertrofia della parola a discapito della chiarezza degli obiettivi e del conseguente impegno finanziario<sup>4</sup>.

In riferimento a questo atto mi atterò ad aspetti generali che riguarderanno soprattutto la parte dei cosiddetti servizi sociosanitari<sup>5</sup>. Affermo subito che, se possibile, questo atto dice ancora meno del precedente Psr. In meno di quattro pagine vengono "pianificate" le azioni riguardo l'area materno infantile, adolescenti e giovani, disabilità (11 righe), salute mentale (12 righe), dipendenze patologiche, anziani, altre fragilità (lotta disuguaglianze, salute immigrati fragili, accompagnamento fragilità, contrasto violenza donne).

## COSA TROVA UNA FAMIGLIA DA QUI AL 2012

Mi sono allora chiesto: in questo atto di programmazione cosa trova una famiglia:

- che assiste a domicilio un proprio congiunto affetto da una malattia molto grave che necessita di una presa in carico infermieristica, riabilitativa, specialistica. Può sperare di avere in tutta la Regione un servizio, capace di effettuare una effettiva presa in carico, calibrato su 12 ore con reperibilità festiva e prefestiva? Oppure deve continuare, se ha i mezzi, ad affidarsi a prestazioni a pagamento? Il documento predisposto nell'aprile 2008 dalle cabine di regia, quali innovazioni porterebbe, se approvato, rispetto a quanto sopra detto rispetto alla situazione attuale? Esiste una linea di finanziamento specifica e vincolata che la Regione destina alle Zone per le cure domiciliari così che in tutte possano essere assicurate un livello minimo di prestazioni?

- con al suo interno un malato di Alzheimer che necessita di un centro diurno o di una struttura residenziale. Vi trova la definizione dei posti da realizzare e delle regole di funzionamento? Anche dopo l'approvazione del Piano la famiglia continuerà a dover rivolgersi a strutture inadeguate senza standard assistenziali determinati? Dovrà, a malincuore, continuare a dire, che in questa Regione non ci sono più di una qualche decina di posti residenziali dedicati specificatamente a questa malattia?

- che si rivolge al fondamentale snodo per l'accesso ai servizi che ha il ruolo di definire il percorso assistenziale e/o educativo. Mi riferisco alle Unità di valutazione distrettuali (ora definite integrate) per le persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni e le Unità multidisciplinari per l'età evolutiva e adulta per le persone con disabilità. Troverà luoghi che definiscono i percorsi sulla base di criteri e

parametri definiti? Riuscirà a sperimentare finalmente una qualche forma di presa in carico?

- che vive all'interno di un Ambito territoriale sociale nel quale i singoli Comuni non gestiscono in forma associata i servizi e dunque non esiste una rete territoriale di interventi;

- che vive in un Comune che non eroga il servizio di assistenza domiciliare e dunque non può fruirne, presente invece dalla parte opposta della strada, territorio di un altro Comune;

- il cui figlio, frequentante la scuola, ha una grave disabilità intellettuale e fruisce di alcune ore di assistenza educativa scolastica (la cosiddetta assistenza per l'autonomia e la comunicazione), ma all'operatore che effettua questo servizio non sono richiesti requisiti professionali specifici. Dunque di anno in anno si trova, a fronte della complessità dell'intervento, con qualifica indefinita.

Altri esempi in area salute mentale, riabilitazione, si sarebbero potuti fare ma credo questi possano bastare. Dunque queste famiglie vi troveranno una qualche risposta? No, non troveranno sostanzialmente nulla. Se non il continuo rimando a provvedimenti in via di emanazione o già emanati. Ma se questi atti non definiscono o non hanno definito nulla? Se sono dunque altri gli atti fondamentali della programmazione a cosa serve un nuovo Piano<sup>6</sup>?

#### **CREDERCI ANCORA?**

Io non credo più e me ne rammarico - perché significa aver perso la speranza - che le cose previste si faranno. Non credo più che

### **I toni bassi**

Il valore unico, come il pensare appiattito, fiacca altri valori e li relativizza con l'armamentario stesso dell'antirelativismo. Non permettendo loro di proporsi e difendersi, crea squilibri non domabili. Prefigura alternativamente o guerre di tutti contro tutti, o estesi conformismi. Assolutizza perfino i modi del conversare democratico. In Italia l'avversario è zittito in nome di una nuova mitica terra promessa, dove alignano adorati gli intoccabili, sacrosanti "toni bassi": quest'altro valore supremo, usato come mezzo per non affrontare il merito di una questione e azzettare ogni critica e ogni salutare correzione. I toni bassi per definizione non possono essere all'altezza dei momenti più difficili, nella vita dell'individuo come in quella della collettività. Per definizione chi li invoca o li prescrive desidera ardentemente abbassare il tono altrui, non il proprio. Desidera spegnere i Lumi che rischiarano, la voce pubblica che tiene in vita la conversazione fra cittadini, il molteplice che aspira a sostituirsi all'Uno.

**Barbara Spinelli**, in "Una parola ha detto Dio, due ne ho udite", Lo splendore della verità, Laterza 2009

si definiranno le tariffe dei servizi, si rivedrà il fabbisogno, si definirà quali sono i servizi a totale carico della sanità, quali a compartecipazione tra sanità e sociale con le rispettive percentuali, che si definiranno gli standard di tutte le strutture che ancora non li hanno. Non credo che si vorrà lavorare seriamente a definire le modalità organizzative delle Unità di valutazione. Non ci credo perché sono più di dieci anni che ogni atto lo prevede e nessuna di queste cose è stata fatta. Non ci credo perché definire questi aspetti tocca punti vitali del sistema, punti che hanno bisogno di coraggio politico e di competenza. L'una e l'altra non sembrano abbondare<sup>7</sup>.

Non ci credo più perché tutte queste cose potevano essere fatte se si volevano fare e invece così non è stato. Il continuo rimando alle Cabine di regia<sup>8</sup> è francamente abbastanza penoso; quali sono stati gli atti prodotti in questo triennio che hanno portato all'emanazione di provvedimenti di sistema? Vedremo e sarò felicissimo di essere smentito, se verranno realizzati gli atti previsti al capitolo XI.5 (p. 131) "Le azioni e gli atti per l'implementazione e la stabilizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria".

D'altra parte un banco di prova si è avuto con la recente delibera di previsione del fabbisogno sanitario e sociosanitario<sup>9</sup>; un atto

di estrema importanza che poteva rappresentare una importantissima occasione per capire la direzione e l'orizzonte di riferimento. Un atto che invece non solo ha offerto pochissime indicazioni, ma più spesso le ha offerte in modo indefinito (vedi: nella implementazione dei servizi la mancanza di indicazioni territoriali – quanti e con quale ripartizione regionale –; nella mancata distinzione tra residenziale e semiresidenziale; nell'aumento di posti diurni e residenziali per la disabilità all'interno di un sistema per nulla normato; nella disattenzione programmatica degli altri servizi sociosanitari normati dalla legge 20/2002)<sup>10</sup>.

Il banco di prova delle volontà regionali lo avremo nei prossimi mesi quando i tagli della Manovra governativa arriveranno nei bilanci regionali. Una manovra come abbiamo avuto modo di dire ripetutamente, come la politica di questo governo, del tutto scellerata. Vedremo quei tagli cosa andranno a colpire. Ci auguriamo che non servano da alibi per non fare ciò che si poteva fare nel passato, non si è fatto e che si deve fare oggi<sup>11</sup>.

Nello stesso tempo è necessario evidenziare come i risparmi di spesa che in questi giorni si stanno definendo (auto blu, riorganizzazione interna, ecc...) e quelli che ci auguriamo do-

### Se i medici riuscissero a cambiare mentalità!

Se per esempio a un malato di oltre 90 anni, malandato, con demenza, viene un'ischemia cardiaca, cosa facciamo, gli mettiamo un by-pass? Se un centenario diventa anemico e perde sangue nelle feci, lo ricoveriamo per fargli fare colonscopia, gastroscopia e altri esami invasivi, per scoprire magari che ha un cancro allo stomaco? E una volta fatta la diagnosi, cosa si fa? Lo si fa operare?! No, si lasciano le cose come stanno, non avrebbe alcun senso un intervento chirurgico che produrrebbe solo sofferenza. Il problema è che "la fine" può avere molti inizi e che in definitiva dipende da altri (medici, familiari ecc.) decidere se lasciar stare o intervenire. Ma si sa, la medicina, per sua natura e per tradizione, è interventista. Non è detto però che questo atteggiamento sia sempre giustificato ed utile. Se i medici riuscissero a cambiare mentalità, queste decisioni probabilmente non sarebbero così terrificanti: gli ammalati verrebbero accompagnati in maniera dolce, gestiti bene e in modo rispettoso. Accadono cose strane, mi creda. Ad esempio prima si parlava di alimentazione forzata o meno. Noi abbiamo fatto un piccolo studio anni fa, in alcune Rsa, quelle che un tempo si chiamavano "case di riposo". In Lombardia sono circa 650, solo in provincia di Cremona, per dire, ce ne sono sette che hanno più di 200 letti. Bene, in queste grandi Rsa c'erano ovviamente molti malati dementi. In alcune tutti al momento del decesso avevano una Peg, mentre in altre nessuno. E' quindi evidente che molto dipende da chi opera in questi contesti, dalla sua esperienza e competenza e dalla sua mentalità.

Franco Toscani, Una città n. 174, maggio 2010

vranno essere fatti, sono purtroppo successivi alla Manovra governativa.

Quei milioni di euro risparmiati in pochissimo tempo possono essere di assoluta importanza per cittadini in difficoltà che hanno bisogno di interventi e servizi. Sono fondi che gli sono stati sottratti e che li hanno privati di servizi fondamentali. Di questo tutti dobbiamo averne consapevolezza. Ma su questo occorrerà ritorna-

re per mantenere una grande vigilanza ed evitare di essere imprigionati dall'impotenza di una supposta impossibilità.

Mi permetto in conclusione di rimandare ad alcune analisi e proposte del Gruppo Solidarietà e del Comitato associazioni tutela (CAT) volte a dare concreta risposta alle esigenze dei soggetti che necessitano di interventi sociali, sociosanitari e sanitari<sup>12</sup>. □

1 Scaricabile in [www.grusol.it/informazioni/23-07-10.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/23-07-10.PDF).

2 Il percorso del precedente Piano ha necessità di essere ricordato. La giunta deliberò nel febbraio 2007 una prima proposta che apparve come una "introduzione" ad un Piano, tanto era privo di obiettivi programmatici. A fine maggio tra gli atti della Commissione Consiliare compare un nuovo testo deliberato dalla giunta (535 pagine) affiancato al precedente. Successivamente, il 18 giugno la seconda proposta - pur mantenendo la stessa numerazione - viene sostituita con un nuovo testo di 1700 pagine. Ai primi di luglio, dunque a distanza di circa 15 giorni, su quel nuovo testo la Commissione fissa le audizioni. La Commissione poi ridusse il Piano di 1400 pagine, lo inviò al Consiglio che lo approvò il 31 luglio 2007. Una pagina di desolante pressappochismo. Per una cronistoria vedi, [www.grusol.it/informazioni/16-09-07.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/16-09-07.PDF); vediamoci anche in [www.grusol.it/informazioni/23-07-07.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/23-07-07.PDF) le richieste di modifica sottoscritte da oltre 150 persone in 5 giorni.

3 Per parte nostra la questione rilevante non è se fare separatamente o in maniera integrata la programmazione. Il problema, integrati o separati, sono i contenuti degli atti con la chiara definizione degli obiettivi.

4 E' inoltre utile osservare come alla discussione - quando c'è - relativa all'approvazione di questi provvedimenti cali, subito dopo, un sostanziale disinteresse riguardo l'applicazione. Anche quando - non in questo caso - si definiscono gli obiettivi. Per tutti valga il percorso del Psr 2003-2006 che si era sforzato di legare analisi dei bisogni a risposte da realizzare nel triennio successivo.

5 Sempre il 19 luglio è stata approvata un'altra pdl della giunta di riorganizzazione del servizio sanitario regionale, [www.grusol.it/informazioni/22-07-10bis.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/22-07-10bis.PDF), con la quale si ridegna, in parte, gli assetti organizzativi del sistema. Per un commento vedi: [www.grusol.it/vocesociale/23-08-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/23-08-10.PDF). Vale la pena segnalare come con questo nuovo provvedimento si arriverà al quarto riordino del sistema sanitario regionale, mentre per quanto riguarda i servizi sociali si ritiene ancora di poter far fronte al sistema dei servizi con la legge 43 del 1988. L'approvazione di una legge di riordino era tra gli obiettivi della precedente legislatura ma non è stata mai neanche abbozzata; ora è stata rimessa in programma. Vedremo se verrà approvata; ma soprattutto - nel caso lo fosse - se sarà capace di sciogliere nodi essenziali del sistema (gestioni associate, rete dei servizi essenziali, rapporto con la sanità, ecc...), oppure si limiterà come sempre più spesso accade ad enunciare principi generali - sui quali si trova sempre l'accordo - per poi rimandare le questioni essenziali ad innumerevoli atti applicativi.

6 Ciononostante secondo gli estensori del Piano (coraggio, inconsapevolezza, incoscienza?) con lo stesso si colma finalmente il mancato recepimento dei provvedimenti nazionali riguardanti l'integrazione socio sanitaria: dpcm 14.2.2001 sulle prestazioni socio sanitarie e dpcm 29.11.2001 di definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (Lea) che ricomprendono (All. 1c) anche le prestazioni socio sanitarie. Infatti si specifica: "con l'approvazione del presente Piano strategico si colma anche questa "carenza", che non è tanto formale quanto una necessità per dare certezza a questa "area" e ai diversi settori di intervento" (Cap. XI, 4, Pianificazione delle azioni, p. 126). Bene, finalmente!!!. Speriamo, dunque, che il Piano venga approvato presto così poi andremo in assessorato a chiedere quali sono nella nostra regione le prestazioni sociali a rilievo sanitario, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle ad elevata integrazione. Ci diranno, a distanza di 10 anni dagli atti sopra citati, per ogni servizio ed intervento socio sanitario quali sono gli oneri a carico del settore sociale e quello sanitario. Con l'approvazione del Piano terminerà dunque lo stato di indefinizione con il conseguente scarico di responsabilità e competenza tra Comuni e Asl.

7 D'altra parte quando si possono mettere per iscritto affermazioni come quelle riportate nella nota precedente, riferite all'Atto che stiamo leggendo come si può pensare di attingere alla speranza? O meglio, la speranza va alimentata e nutrita ma riferita ad altri obiettivi.

8 Dgr 720/2007, *Consolidamento e sviluppo dell'assistenza sociosanitaria della regione Marche – Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali*, in [www.norme.marche.it/Delibere/2007/DGR0720\\_07.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2007/DGR0720_07.pdf).

9 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).

10 Per una dettagliata analisi dei contenuti di questo atto si rimanda, *Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche*, [www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF).

11 Un pessimo esempio viene dato con le continue dilazioni di tempi nell'utilizzo di finanziamenti già messi in bilancio. La questione della riqualificazione dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti è un esempio emblematico. Da ultimo i 5 milioni di euro stanziati nel 2009 per il 2010 attendono ancora di essere spesi. Vedi in proposito, [www.grusol.it/vocesociale/23-07-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/23-07-10.PDF).

12 *Politiche sociali nelle Marche. Le proposte per la nuova legislatura*, [www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF); *In difesa del welfare*, [www.grusol.it/welfareAppello.pdf](http://www.grusol.it/welfareAppello.pdf); *La programmazione perduta. Una riflessione alla luce dei criteri di fabbisogno sanitario e sociosanitario della regione Marche*, [www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF); *Acuzie, post acuzie, servizi territoriali nel sistema sanitario delle Marche*, [www.grusol.it/informazioni/07-07-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/07-07-09.PDF); *Considerazioni sull'Atto di cognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF).