

I NUOVI LEA SOCIOSANITARI: CONTENIMENTO INVECE DI SVILUPPO

La bozza del decreto sui LEA², avuto il parere positivo delle Regioni attende quello del Ministero dell'economia. Riguardo l'area sociosanitaria, riprende la gran parte dei contenuti del decreto approvato dal governo Prodi nel 2008³, ritirato poi da Berlusconi per mancata copertura finanziaria. Lo fa con qualche correzione volta ad assicurarsi che non ci siano spese aggiuntive per il settore. Obiettivo evidente è il contenimento non lo sviluppo. La relazione tecnica (p. 26) si preme di specificare, infatti, l'assenza di novità rispetto alla vigente normativa e rassicura circa la possibilità di nuovi oneri. In sostanza dei circa 800 milioni di euro aggiuntivi previsti per la copertura finanziaria, non uno ricadrà, secondo le intenzioni del legislatore (condivise dalle Regioni), per interventi afferenti l'area sociosanitaria.

LA DUPICE STRATEGIA

Ciò viene perseguito attraverso una duplice strategia. Mantenere ferme le quote sanitarie nei servizi; aggiungere, laddove vengono identificate condizioni per le quali i servizi debbano essere a carico del fondo sanitario, l'indicazione di una valutazione, con modalità definite a livello delle singole regioni, per definirne la durata.

Rispetto le **quote sanitarie**, non viene ad esempio confermata (rispetto al "decreto Prodi") l'indicazione della quota sanitaria al 60% nei servizi diurni e residenziali per la

lunga assistenza rivolta alle persone con demenza, mentre viene confermato l'onere sociale del 60% nei servizi residenziali "socioriusabilitativi a bassa intensità riabilitativa", rivolti a persone con disturbi psichici. Servizi che molto spesso hanno, in considerazione delle persone accolte, standard elevati e dunque oneri sociali molto alti, tali da esserne ostacolo all'accesso (ad es. su una tariffa giornaliera di 100 euro la quota sociale a carico di utente/Comune è di 60).

Riguardo il secondo aspetto, si veda ad esempio l'articolo 29, "Assistenza extraospedaliera ad elevato impegno sanitario". Dopo aver indicato le condizioni che definiscono il significato di "elevato impegno sanitario" (che riprende, in forma più restrittiva, quanto presente nel decreto del 2008) viene aggiunto l'inciso che la durata del trattamento è fissata sulla base di valutazione multidimensionale da "effettuarsi secondo modalità definite dalle Regioni". Dizione replicata in altre parti del decreto. Ciò significa, da un lato, il tentativo di porre un freno ad una condizione che determina assunzione di oneri da parte della sanità, dall'altro permettere che condizioni identiche possano essere trattate differentemente a seconda della regione di appartenenza.

Anche in questo senso può essere letta all'interno delle **cure domiciliari** nella parte riferita all'assistenza tutelare,

¹ Si riporta, con alcuni aggiustamenti redazionali, il comunicato dello scorso luglio pubblicato dalla Campagna "Trasparenza e diritti", che raccoglie circa 20 organizzazioni del terzo settore della regione Marche, all'indomani dell'Accordo tra Governo e Regioni sui nuovi LEA. Atto di cui si attende la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Per approfondimenti rimandiamo al blog della Campagna, <http://leamarche.blogspot.it>.

² In tema di disabilità per altri aspetti, a partire dal linguaggio e dalle definizioni, rimandiamo alle osservazioni di FISH, da ANFFAS.

³ <http://www.grusol.it/aprInformazioniN.asp?id=1300>. Per un commento, vedi F. Ragaini, I nuovi LEA sociosanitari. Alcune positive novità e nodi di sistema da affrontare, *Appunti sulle politiche sociali*, n. 3/2008.

l'aggiunta: "professionale". Può interpretarsi come il tentativo, di non riconoscere economicamente (vedi esperienza piemontese), con quota sanitaria le prestazioni tutelari svolte da altro soggetto (familiare o assistente). In sostanza l'assegno di cura composto, analogamente al servizio formale, sia di una quota sociale che sanitaria. Se il riconoscimento economico del lavoro di cura viene ricondotto al solo settore sociale, si impedisce, da un lato, il giusto riconoscimento di prestazioni sociosanitarie; dall'altro si disinveste sul sostegno alla domiciliarità e dunque sulla riduzione del ricorso alla residenzialità (di certo più costosa per il SSN ancor quando assuma il 50% della tariffa).

ISTITUZIONALIZZAZIONE RAFFORZATA

C'è poi un ultimo aspetto (sempre aggiunto rispetto al decreto del 2008), non meno importante e preoccupante ed è quello riguardante l'indicazione (area disabilità e salute mentale) secondo cui le strutture possano articolarsi in più **moduli** (a seconda del diverso impegno assistenziale). E' abbastanza paradossale che proprio nel momento in cui si approva la legge

112/2016 sul cosiddetto "dopo di noi", sbandierata come strumento per favorire processi di deistituzionalizzazione, la normativa sui livelli essenziali, introduca e promuova contemporaneamente **modelli istituzionalizzanti** che vanno esattamente in senso opposto, con la promozione di strutture di almeno 40 posti con più moduli accorpati tra loro.

Un tema, quest'ultimo, sul quale appare indispensabile tornare a mettere con forza l'attenzione. Anche per smontare la concezione e convinzione che laddove il sistema sanitario assuma oneri (quote sanitarie), i servizi debbano automaticamente assumere logiche e modelli di tipo strettamente sanitario. Con persone che si trasformano in pazienti. Al di là di ogni dichiarazione, rimane il fatto (al 31.12.2013) che quasi il 70% delle 32.000 persone attualmente ricoverate in strutture per disabili vivano in residenze da 16 a oltre 80 posti. Di questi 10.826 in strutture da 46 a oltre 80 posti. 11.724 in residenze da 16 a 45 (di contro 1.834 sono i posti in struttura da 4 a 6 e 7.745 da 7 a 15). E non pare sia presente la volontà di invertire tale tendenza. Anzi, l'esatto opposto.



Non separare bisogni sociali da quelli sanitari

Noi sappiamo - lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità - che i determinanti per lo sviluppo di malattie non sono in maggioranza biologici, ma economico-sociali. Questo vuol dire che, quando le persone vivono in un'organizzazione sociale capace di tener conto dei loro bisogni, non ammalano oppure guariscono prima o comunque stanno meglio. Allora, già questo significa che quando parliamo di salute mentale, non possiamo non tener conto di altri determinanti che non sono soltanto quelli biologici ma dobbiamo conoscere dove la persona vive, cosa mangia, con chi abita, che scuola ha fatto, se lavora o è disoccupata, se ha il riscaldamento in casa, se vede qualcuno, se esce, se va al bar, se vuole giocare a calcio, se vede la partita della Juve ... Devo considerare tutto questo universo di questioni che hanno a che vedere con la salute e con il prendersi della cura persona. Quando noi diciamo presa in carico, qualcuno invece intende "ricovero in SPDC, ospedale". No, quello non è prendere in carico. Prendere in carico significa considerare i bisogni delle persone, perché è sui bisogni che dobbiamo lavorare. [...] Tutto questo vuole dire cambiare radicalmente il nostro modo di porci rispetto alla cura. Al centro non è più la cura del sintomo, ma la cura della quotidianità, perché è nella quotidianità che la persona può trovare risposta ai suoi bisogni.

Peppe dell'Acqua, in *Animazione sociale*, n. 303, ottobre 2016