

PRIMA DELLA RISPOSTA ... LA DOMANDA. SULLA PROPOSTA DI FABBISOGNO SOCIOSANITARIO DELLA REGIONE MARCHE

FABIO RAGAINI,
GRUPPO SOLIDARIETÀ

La proposta regionale che prevede un cospicuo aumento di posti (+ 20% rispetto alla proposta del 2015) ha necessità di indicare con chiarezza le motivazioni che ne sono alla base e dunque esplicitare le modalità con cui il bisogno è stato rilevato. Un bisogno la cui risposta non può esaurirsi nell'offerta diurna e residenziale. L'atto di fabbisogno è atto secondo. L'atto primo è la politica sociale che si vuole perseguire

Con la DGR 557 del 29 maggio 2017 la giunta regionale ha proposto, in attesa del parere della competente Commissione Consiliare, la revisione della Dgr 289 del 9 aprile 2015 riguardante il fabbisogno (autorizzabile, accreditabile, contrattualizzabile) delle strutture diurne e residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali.

La proposta si pone come anello di congiunzione tra la precedente normativa sociosanitaria (dgr 1011, 1195/2013 e 1331/2014) da cui nasce la DGR 289/2015, la legge 21/2016, così come modificata dalla legge 7 marzo 2017, su autorizzazione e accreditamento, la nuova normativa sui LEA (nello specifico quelli sociosanitari) e i prossimi regolamenti che dovranno definire i requisiti di autorizzazione e accreditamento. In questo senso, ai fini della comprensione del percorso tracciato e da tracciare si può fare riferimento alla tabella di pag. 20 (aggregazione per livello di intensità di assistenza) che modifica in parte quella della Dgr 289/2015¹. Indicazioni che prefigurano le diverse tipologie di strutture riconducibili ai livelli di intensità assistenziale.

La riflessione intende concentrarsi su uno specifico aspetto: l'indicazione/previsione di posti "contrattualizzabili" nel triennio,

partendo dal dato della situazione esistente. Ritengo, infatti che ciò abbia significative implicazioni in termini di scelta di politica sociale. La delibera prevede infatti un consistente aumento dei posti (diurni e residenziali) "convenzionabili", fornendo alcune motivazioni (importanza strategica del settore, mobilità passiva², riequilibrio territoriale, ecc...) ed indicando (pag. 26-28) alcune ragioni che determinano modifiche ed incrementi dei posti. Ritengo che le motivazioni addotte siano insufficienti a giustificare alcune previsioni dell'atto. Procediamo analizzando alcuni dati.

POSTI "ATTIVI", "OPERATIVI", "AUTORIZZATI"

Un primo aspetto riguarda il dato dei posti "presenti". Si tratta di un'analisi che meriterebbe un dettaglio per singola area, ma ritengo che il dato generale offra indicazioni, comunque, adeguate. Un primo punto è il confronto del dato dei posti attivi della Dgr 289/2015 (fotografia al 30.9.2014) con quelli della Dgr 557/2017 (fotografia al 1.2.2017). **Si passa da 14.562 a 16.075 (+ 1513) posti con un incremento di poco superiore al 10%. Un aumento significativo in un arco temporale di 29 mesi. L'incremento dei posti contrattualizzabili è di 2938, di poco inferiore al 20%.**

¹ La riflessione sul punto, richiederebbe un approfondimento che si ritiene di non inserire in questo lavoro. Ad esempio la protezione non figura nell'area sociosanitaria dei LEA, mentre è figlia della normativa regionale derivante dalla legge 20/2002. Non si capisce, ad esempio, sulla base di quale criterio la RP anziani sia "declassata" a protezione rispetto alla Rp demenza. Oppure perché il CD demenze sia inserito nell'estensivo, ma sia considerato ai fini della ripartizione della spesa come se fosse nella lungoassistenza. Va ricordato che ai sensi della normativa LEA, lungoassistenza/mantenimento, estensivo ed intensivo hanno precisi significati sia in termini di tipologia di servizio che di responsabilità finanziaria del SSR.

² Il tema della cosiddetta mobilità passiva andrebbe osservato con cura. Un conto è infatti la problematica di interventi riabilitativi intensivi che si caratterizzano per una breve durata, altra la situazione di ricoveri permanenti di persone sradicate dai propri territori decine di anni fa, per molte delle quali, un rientro coatto infliggerebbe una violenza pari a quella subita decenni prima.

Così come significativo è l'aumento dei posti contrattualizzabili rispetto a quelli attivi confrontando i due atti di fabbisogno. Se nel 2015 si prevedeva un aumento (differenza tra posti attivi e contrattualizzabili) del 3,6% (da 14562 a 15098; + 536) nel 2017 l'aumento è del 12,1% (da 16075 a 18032; + 1957). Sono, come detto, numeri significativi.

Qui però quello che interessa evidenziare è il significato di "posto attivo cioè autorizzato e operativo" (p. 21, Dgr 557/2017). Un posto autorizzato non è automaticamente attivo (che poi può essere convenzionato o meno) e dunque il dato dei posti effettivamente operativi è presumibilmente più basso di quello indicato. Il numero di posti contrattualizzabili è quindi maggiore della differenza con i posti attivi indicati dalla Dgr 557.

Un esempio: il dato dei CSER (centri diurni **disabili**). I posti attivi passano da 1073 (2014) a 1256 (2017) i posti contrattualizzabili diventano 1299. In realtà sappiamo che i posti convenzionati sono, da diversi anni, circa 1060 (vedi convenzioni 2015-2017 ASUR), circa 200 posti in meno di quelli dati per attivi. In questo caso (ad esempio a differenza con i posti di residenza protetta anziani) non siamo di fronte a posti attivi ma non convenzionati. Tutti gli attivi, sostanzialmente, lo sono (seppur con diverse tariffe che dovranno essere superate con il corretto inserimento di tutti i posti di CSER nella lungoassistenza/mantenimento). E allora la domanda è: sulla base di quale criterio si prevede nel triennio la contrattualizzazione di circa 240 posti, più del 20% in più? Lista di attesa? Presenza di rilevazioni e studi che segnalano di qui ai prossimi anni la necessità di nuovi posti, ecc....?

Si tratta, dal mio punto di vista, di uno snodo fondamentale. La individuazione e la successiva esplicitazione dei criteri che determinano quel tipo (definizione del numero dei posti) di scelta programmatoria.

All'inverso, ho appena accennato, alla situazione alla situazione dei posti in residenza protetta **anziani** e demenze (con la opportuna ripartizione). In questo caso i posti attivi/autorizzati (5150) sono "pieni"

ma non tutti convenzionati (3960 nel 2016) e dunque sul piano programmatico è chiaro l'obiettivo della contrattualizzazione di tutti i posti in cui siano presenti anziani non autosufficienti e persone con demenza. L'atto in questo caso va oltre il convenzionamento di tutti i posti autorizzati (5150) prevedendone la contrattualizzazione di altri 251 per un totale di 5401 posti contrattualizzabili. Contemporaneamente ci si sarebbe aspettati una riduzione dei posti di Casa di Riposo (destinata ad anziani autosufficienti) per i quali si prevede un incremento di 99 posti (da 2051 a 2150). Ma anche in questa area (di cui non abbiamo analizzato RSA e centri diurni) un atto che va a definire l'offerta non può declinarla senza esplicitazione della rilevazione del bisogno.

Da ultimo il dato, considerata la sua rilevanza, riguardante la **salute mentale**. I posti contrattualizzabili tra il fabbisogno 2015 e quello 2017 **aumentano del 45,6%** (da 1261 a 1836; + 575). Un + 590 tra quelli indicati come attivi. I soli posti residenziali aumentano di 499 passando da 888 a 1387 con un + 56,1%. Incrementi di queste dimensioni, chiedono a supporto, dati inequivocabili.

Prima di proporre alcune riflessioni conclusive segnalo altri due aspetti:

1) La DGR introduce nell'area anziani un "livello intensivo" (in precedenza assente) identificato con le "cure intermedie" (precedentemente inserite livello estensivo). Si tratta di posti che gestiscono sostanzialmente la post acuzie prevalentemente di anziani, ma non solo. Si prevede, nel triennio, l'aumento del 76% dei posti (da 284 a 501). Un'offerta che ha necessità di essere strettamente connessa con il livello superiore che è quello della lungodegenza ospedaliera.

2) Nell'area della estensività disabili tende a scomparire l'estensività protratta (50 posti contrattualizzabili) a favore della residenza riabilitativa estensiva (351 posti). Non è chiara ad oggi la funzione né dell'una né dell'altra visto che la prima tipologia era destinata a ricomprendere i posti di RSA che non potevano (a causa della gravità)

essere trasferiti nel regime rd3 (il cosiddetto "mantenimento" per disabili gravi). Senza chiarezza di funzioni è possibile determinarne l'offerta?

OBIETTIVI E STRUMENTI

Nell'uno e nell'altro caso emerge la necessità che la definizione di uno standard di offerta sia successivo ad una chiara definizione degli obiettivi e delle modalità con cui si intendono raggiungerli. Definiti gli obiettivi l'atto di fabbisogno diventa lo strumento. Ma siccome l'atto disciplina e determina l'offerta di due soli "regimi" assistenziali: residenziale e diurno (in diverse aree) appare evidente che questa casella va inserita dopo aver delineato un puntuale quadro di rilevazione dei bisogni, lo stato effettivo dell'offerta (dal domiciliare all'ospedaliero), le scelte che si intendono compiere e dunque la proposizione di un completo sistema di offerta.

A quel punto l'offerta diurna e residenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale si inserisce all'interno di una proposta complessiva che è seconda ad una precisa linea politica di indirizzo.

Il sostegno forte alla domiciliarità (nelle sue diverse forme) a partire da una effettiva presa in carico determina, in automatico, ad esempio un minor bisogno di residenzialità. La reale presenza di servizi territoriali di valutazione e presa in carico è strumento fondamentale sia nella lettura del bisogno presente e potenziale ma anche come antenna al fine di indicare sviluppo di interventi servizi. Robusti assegni di cura riducono l'istituzionalizzazione. Compiuti servizi di cure domiciliari consentono il mantenimento a domicilio anche di situazioni complesse.

Permettiamo alle persone ed alle famiglie di scegliere e di non dover percorrere l'unica alternativa: assistenza privata al domicilio o ricorso alla residenzialità con tutte le problematiche che conosciamo riguardo costi e standard.

Se mi riferisco al territorio in cui abito (Ambito 9 di Jesi) sono certo che una offerta di 120 posti (di cui 29 estensivi dei quali non sappiamo neanche quale obiettivo

abbiano non essendo mai stato determinato lo standard) di servizi diurni per le persone con disabilità (sostanzialmente doppia rispetto alla situazione attuale) non solo non serve ma è dannosa, perché avrebbe come effetto di inserire all'interno di questi contenitori soggetti che avrebbero possibilità e diritto di fare altri percorsi. E peraltro, destinare risorse in questa direzione (i posti sono rette) le toglierebbe ad altri interventi. Più che aumentare i posti occorrerebbe lavorare per garantire standard adeguati a quelli attivi, lavorando anche affinché questi servizi siano aiutati ad essere sempre più aperti al territorio e inclusivi. Così come un'offerta di 81 posti (nelle diverse tipologie di residenzialità) è del tutto sovrastimata. La stessa cosa per i 44 posti di diurno anziani/demenze.

La proposta di fabbisogno potrebbe essere vissuta come una sfida per ogni territorio. Un'occasione per leggere i bisogni e avanzare proposte - non solo in termini di strutture - volte al soddisfacimento delle esigenze. Verificare come impatta una proposta di questo tipo con quello che c'è e con quello che serve in un territorio. Potrebbe essere una sfida avvincente per quei soggetti che hanno a cuore, non l'accaparramento di un nuovo servizio, ma la qualità di vita delle persone che abitano il territorio. Persone cui dovremmo iniziare a chiedere quali interventi preferiscono e come e dove preferiscono vivere.



PER APPROFONDIRE

Si rimanda ad altri contributi dell'Osservatorio sulle politiche sociali del Gruppo Solidarietà, pubblicati nel sito www.grusol.it insieme ai libri, *LE POLITICHE PERDUTE. Interventi sociosanitari nelle Marche (2017)* e *DOVE SONO I FORTI DOVE I DEBOLI. I servizi sociosanitari nelle Marche (2015)*.