

Incontro di formazione



**La programmazione sociosanitaria, la rilevazione della
domanda, la definizione dell'offerta**

**Tra personalizzazione e standardizzazione. Sulla costruzione di un
Piano di Fabbisogno**

8 ottobre 2026

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

Come nasce questa proposta formativa

Dalla riflessione

- Sulla costruzione del *Piano di fabbisogno* regionale: cosa c'è e cosa no e perché.
- sul richiamo presente in ogni provvedimento normativo alla centralità della «personalizzazione degli interventi».
- sulle «applicazioni» della riforma disabilità e in particolare del PdV.

L'evoluzione delle «risposte»

Non sempre mettiamo la dovuta attenzione sul fatto che quanto sperimentiamo oggi sia dentro un **percorso evolutivo**. Le differenze tra i vari ambiti (disabilità, salute mentale, anziani, dipendenze). **La cura del linguaggio.**

Anni '70 e 80. La «risposta al bisogno». A casa senza sostegni o in Istituto (Raramente si parlava di *residenza*, la nascita di qualche forma di «comunità»). A casa e in Istituto: come. Chi li realizza e chi li finanzia.

Dagli anni '90. Gli interventi sociali domiciliari, i centri diurni, le residenze. Progressivamente si sviluppa rete di servizi territoriali (il territorio torna protagonista): domiciliari, diurni, residenziali. Con quali obiettivi sulla base di quale modello. A monte la decisione del «setting». Evoluzione normativa marchigiana.

Oggi. In particolare negli ultimi 10/15 anni. Cambiano alcuni «riferimenti concettuali». Autodeterminazione, Possibilità di scelta, Personalizzazione, da «servizio» a «sostegno». Le differenze «categoriali». Tre aree disabilità, salute mentale, anziani NA: analogie e differenze.

L'evoluzione dei *servizi e delle risposte* (2)

Il sostegno alla domiciliarità. Sostanzialmente di tipo **sociale** (titolarità comunale, finanziamento: statale, regionale, comunale). Negli ultimi anni ai trasferimenti monetari gestiti da INPS (invalidità/indennità/bonus), si sono aggiunti trasferimenti monetari (statali/regionali) per sostegno lavoro di cura, acquisto servizi (Assegni di cura, voucher, ecc..).

Gli interventi diurni e residenziali. Di tipo **sociosanitario**. I primi (in particolare: disabilità/anziani/demenze), con le dovute differenze (quali?) rientrano tra i sostegni alla domiciliarità. I secondi, si caratterizzano per essere temporanei o permanenti. Tutti sono finanziati in toto o in parte dal Servizio sanitario.

L'evoluzione dei *servizi e delle risposte* (3)

Come sono *disciplinati*?

- ***Domiciliari***: servizi e trasferimenti economici. A livello locale e/o su disposizione regionale/nazionale. Ad esempio: figure professionali, dotazione oraria, entità dell'assegno di cura o disabilità gravissima.
- ***Diurni e residenziali***. Attraverso i requisiti di autorizzazione, accreditamento, per quanto riguarda il «funzionamento» (personale, dimensionamento, ecc..).
- ***Esiste uno standard di offerta***? Il *quanto* oltre il *come*?

Conosciamo il rapporto tra «domanda e offerta»?

Quali riflessioni possiamo trarne

Un riferimento indicativo. **Persone con necessità di assistenza continuativa** (dato certo, ma sottostimato, perché).

- **Circa 63.000** (percettori di IA): **17.000** (meno di 65 anni); **46.000** (più di 65 anni).
- **Ultra65enni. A casa l'82%. In residenza il 18%.** Delle circa 38.000 che vivono a casa **il 17% riceve qualche forma di sostegno** (tipologie ed intensità del sostegno).
- **Infra65enni. A casa l'87%. In residenza il 13%.** Delle circa 14.5000 che vivono a casa **il 38% riceve qualche forma di sostegno.**

Tipi di sostegno: Diurno, domiciliare, trasferimento economico.

Rilevazione della «domanda», «Definizione» dell'offerta

1- Come individuiamo e leggiamo la domanda?

Domanda potenziale, domanda effettiva. Superare un lettura datata per poi assumerla nei ns strumenti regolamentari e programmatori.

Non più solo la «categoria del bisogno» ma anche desiderio: quello che voglio per me.

Ad esempio quello di poter rimanere a casa, ma anche quello di andare a vivere fuori casa (salta il paradigma: quando la famiglia non c'è o non ce la fa più).

2- La domanda per uno specifico servizio è frutto di una scelta, oppure è condizionata da altri fattori? Vedi situazione dell'offerta (domando ciò che è disponibile che non corrisponde automaticamente a quello che mi serve)

Prendo quello che trovo?

Rilevazione della «domanda», «Definizione» dell'offerta

3- Presenza, assenza, significato delle liste di attesa. Indicatori

Ad esempio: Disabilità e anziani non autosufficienti e con demenza.

La lista diventa effettivamente un indicatore ai fini programmatori?

Ad es.; la % di persone con demenza nelle residenze (tutte); l'occupazione dei posti autorizzati ma non convenzionati.

4- Personalizzazione e rigidità dell'offerta (preordinata)

Ad esempio: incompatibilità tra mix servizi: il caso dell'assistenza domiciliare anziani (SAD/AC/HCP), ma non solo.

All'aumento della domanda, il sistema si difende, rendendo amministrativamente rigida l'offerta.

Rilevazione della «domanda», «Definizione» dell'offerta: riflettiamo insieme

- Ad esempio: come leggiamo in **termini programmatori** il dato che circa 300 persone nelle Marche con disabilità tra 55 e 65 anni ricevono un servizio di assistenza domiciliare.
- Quanto conta in «prospettiva» della costruzione della risposta, ***l'intorno.***
- E perché (disabilità) il venir meno di un robusto sostegno familiare non determina (come pensavamo qualche decennio fa) l'automatico «ricorso alla residenzialità», che peraltro oggi decliniamo in termini molto differenti (sostegno all'abitare).
- Pensiamo anche ***all'importanza del linguaggio*** ed al significato che assume: utente, ospite, residente, abitante. Così come: struttura, residenza, comunità, casa. Ad esempio chi è l'ospite in una residenza?

Programmazione e finanziamento (sua incidenza)

Ci siamo chiesti (nel caso, quale risposta ci siamo dati) riguardo al fatto che il *Piano di fabbisogno* prenda in considerazione i soli servizi sociosanitari diurni e residenziali?

Non possiamo pensare che il programmatore regionale non abbia consapevolezza dell'importanza di quelli domiciliari.

Se e quando un servizio è finanziato dal fondo sanitario.

Se e quando un servizio è di tipo sociale.

Perché nel PF la rimodulazione riguarda la sola offerta diurna e residenziale?

- Perché sono solo servizi che incidono sulla spesa sanitaria e quindi sul fondo sanitario regionale (di conseguenza sui trasferimenti alle Aziende sanitarie).
- *Il cuore del ragionamento non è dunque di cosa c'è bisogno e dunque mi impegno a realizzare. ma, quante risorse sanitarie (confinare solo nel diurno e residenziale) sono disposte ad impegnare in quei determinati e specifici servizi e solo in quelli.*
- Il sostegno alla domiciliarità, di qualsiasi tipo, sembra essere confinato ad un ambito privatistico (fondi sociali e fondi privati).
- Le *forme di abitare*, non riconducibili al modello residenziale (verso cui negli ultimi anni si è cercato di far transitare anche quello delle piccole comunità) sono anch'esse escluse per la stessa ragione dal «potenziamento». Cosa ci suggerisce l'esperienza della legge 112 («dopo di noi»).
- La domiciliarità dell'anziano malato non autosufficiente e della persona con demenza.

Lo «stato» del Piano di fabbisogno del 2017

Com'è andata? Prendiamo il dato di questo territorio.

Oggetto (perché) della riflessione: i posti convenzionabili

- Riabilitazione intensiva: **31**
- Riabilitazione estensiva: **28**
- «Mantenimento»Rd3: (RSSD: Coser/Rp/RSA): **53**
- Cser: **91**
- CD riabilitativo: **29. Totale: 120**

Prendiamo a riferimento quella che chiamiamo «residenzialità»?

Proviamo a capire. **a)** perché non abbiamo realizzato; **b)** possiamo spendere diversamente le quote sanitarie che avevamo impegnato?

- **RSSD**: **34** posti (53-19) disponibili. $34 \times 127 \text{ euro} \times 365$: **1,57 milioni**
(circa 1,1+0,47: sanità/sociale)

- **RSR estensiva** **28** posti: $28 \times 167 \times 365$: **1,7 milioni**

- **Non consideriamo** (per la tipologia di servizio) i 21 di RSR intensiva.

- **Centro diurno**: + 42 (29 **CSER** + 23 **CDR**)

CSER: $29 \times 65,66 \times 240$: circa **457.000 euro** (ripartizione 70/30)

CDR: $23 \times 110 \text{ (media)} \times 240$: **612.000 euro**

Postilla. **L'aumento del 35% dei posti autorizzabili**

La recente delibera regionale

- **Significato.** Perché è importate ai fini delle nostre riflessioni
- **Quali servizi riguarda?** E perché, non tutti sono effettivamente interessati.
- **Effetti.**

Qualche riflessione finale

- **La costruzione di un sistema d'offerta.** Abbiamo visto che non può reggersi su un modello che è chiaramente datato.
- **Programmazione dall'alto/dal basso.**
- **Le progettualità prioritarie del precedente Piano di fabbisogno.** Cosa hanno insegnato.
- **Il domiciliare non ha la stessa dignità del residenziale.** L'abbiamo scoperto in maniera plastica con il covid (sospensione servizi/tamponi, vaccini). Ma basti pensare allo standard d'offerta e alle figure professionali.

Qualche riflessione finale

- Se il **progetto personalizzato** non diventa vincolante ai fini della costruzione della risposta (anche attraverso la rimodulazione delle risorse), sarà sempre la persona a doversi adattare alla risposta preordinata. La **libertà di scelta** è sostanzialmente preclusa.
- **Servizi territoriali.** Personalizzazione dei sostegni e strumento dell'appalto.
- Oggi, come ieri, possiamo rimodulare solo alcuni fondi sociali. L'enorme tema/problema del vincolo di destinazione.
- Il «modello abitativo» è residuale rispetto a quello «residenziale». Fondi limitatissimi, finanziamento solo solo sociale, programmabile dentro il ristretto circuito dei fondi nazionali.

Per approfondire

Dal sito del Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

- [Documentazione politiche sociali](#)
- [Osservatorio Marche](#)
- [Corsi di formazione Gruppo Solidarietà. I materiali](#)
- [Quaderni Marche. Politiche e servizi](#)
- [Sanità e sociale nella legislazione della regione Marche](#)
- [Rassegne bibliografiche e schede di approfondimento](#)
- [Articoli della rivista «Appunti sulle politiche sociali»](#)