

Dopo le delibere sui servizi sociosanitari. Risposte a quesiti ricorrenti

Sono molte le richieste che, arrivano, al Gruppo Solidarietà in particolare dopo le delibere sui servizi sociosanitari del 2013 e 2014. Abbiamo pensato man mano di pubblicarle, all'interno di una specifica rubrica, insieme alle risposte che abbiamo dato. Considerato che molte richieste di chiarimenti sono simili, riteniamo, possano essere utili anche ad altri.. **Ultimo aggiornamento 4 agosto 2018**. Puoi scaricare il file, [Servizi sociosanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#).

20) Familiari di persona con disturbi psichici ricoverata in una Casa di Cura neuropsichiatrica nel quale un modulo da comunità protetta è stato trasformato in RSA demenze chiede se possono accedere al finanziamento regionale del "fondo solidarietà".

La risposta è no, ma è opportuno, seppur brevemente, fornire alcune spiegazioni. La recente delibera regionale [n. 1065/2018](#), che definisce le modalità di utilizzo del Fondo destina il finanziamento per il rimborso della quota sociale "sostenuta dai Comuni per la compartecipazione al pagamento della quota sociale" di persone ricoverate nelle tre tipologie di comunità protetta, nei gruppi appartamento, nei nuclei dedicati a persone con disturbi mentali in "altre tipologie di strutture convenzionate con i competenti servizi sanitari" (quindi Case riposo, residenze protette, RSA anziani e forse anche residenze protette disabili). Il fondo può, inoltre, essere fruito anche per ricoveri fuori Regione (stando al testo della delibera non ne potrebbero fruire – inspiegabilmente – le persone ricoverate nelle comunità alloggio disturbi mentali). La delibera fissa poi (pag. 9-12) i criteri e le modalità con cui i comuni possono accedere al Fondo. Rispetto al quesito: se il modulo fosse rimasto, come comunità protetta poteva aver accesso al Fondo (stante il requisito richiesto). Non però nella RSA in quanto, il fondo può essere destinato solo con riferimento alle tipologie di residenze sopra indicate. Ad ogni modo la delibera apre molte questioni applicative e interpretative sulle quali interverremo prossimamente con specifico commento. Più in generale sui contenuti della delibera, rimandiamo a questo [commento](#) che si riferisce al testo inviato dalla giunta al Consiglio delle Autonomie locali per il parere di competenza. Le modifiche apportate nel testo definitivo non ne modificano la sostanza. **4 agosto 2018**.

19) Operatori di Comunità socio educative riabilitative (CoSER) per persone con disabilità chiedono cosa cambia dopo l'emanazione della [Dgr 1588/2017](#) di proroga della [Dgr 1331/2014](#) (Accordo Regione-Enti gestori).

La Dgr 1331/2014 definisce le tariffe dei servizi sociosanitari, la ripartizione degli oneri tra settore sanitario e sociale, la modifica di alcuni standard assistenziali. Nello specifico delle CoSER (vedi punto **3** e **15**), le comunità potranno continuare ad operare alle attuali condizioni (standard e tariffa). La Dgr 1588/2017, stabilisce che la proroga rimane in vigore fino all'emanazione dei nuovi regolamenti di autorizzazione e accreditamento previsti dalla legge 21/2016, che sostituiranno gli attuali. Considerato che la normativa regionale riconduce ad un unico livello assistenziale (RD3) tre tipologie di residenze per disabili: RSA, RP e Coser che attualmente hanno standard assistenziali e tariffe diverse (vedi [qui](#) per un approfondimento) occorrerà vedere cosa andranno a stabilire i nuovi requisiti. Se il livello RD3 avrà unico standard e unica tariffa oppure se ci saranno diversificazioni. In questa situazione, appare dunque, superata l'indicazione della dgr 1331 nel punto in cui si afferma che le CoSER dovranno riconvertirsi in RSA. La riconversione, nelle modalità stabilite, poteva darsi permanendo la regolamentazione in vigore al tempo di approvazione della delibera. Sarà dunque determinante, per conoscere il futuro delle CoSER, il contenuto dei nuovi Regolamenti che sono in via di definizione. **6 gennaio 2018**.

18) Familiari di persone ricoverate in RSA disabili chiedono se è stato finanziato il Fondo solidarietà per il 2017.

Il **Fondo di solidarietà** (vedi punto 10) ad oggi non è stato finanziato, nonostante siano state approvate due variazioni di bilancio. Il presidente Ceriscioli aveva assicurato (comunicato stampa del 20 dicembre 2016) che nella prima variazione di bilancio il Fondo sarebbe stato finanziato per una cifra pari a 2 milioni di euro (quella messa in Bilancio negli anni 2018-19). Questo il [comunicato stampa della Campagna "Trasparenza e diritti"](#), del 16 ottobre scorso. Ad ogni modo, a prescindere dal Fondo, i Comuni hanno obbligo di integrazione della retta nel caso in cui l'utente non abbia redditi sufficienti per il pagamento della quota sociale. Si ricorda che nel caso di disabile grave percettore di indennità di accompagnamento l'Isee di riferimento è quello sociosanitario e non quello ordinario. A questo riguardo si veda quanto già indicato nel punto 6. **22 ottobre 2017.**

17) Familiari di persone ricoverate in RSA anziani chiedono come devono essere considerati i 60 giorni di ricovero gratuito e se devono intendersi come 60 giorni in un anno.

La normativa regionale stabilisce la gratuità per i primi 60 giorni di degenza. Questa la formulazione contenuta nella dgr 704/2006: "I primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Nel caso in cui l'Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art. 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuità della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla compartecipazione alberghiera". Nulla dunque viene detto circa la replicabilità dei 60 giorni in un anno. All'interno della regione Marche ci sono prassi diverse. In alcuni Distretti si interpreta la norma nel senso che i 60 giorni vanno considerati nell'anno; altri che i 60 giorni non si sommano nel caso di ricoveri per i quali non c'è connessione. Tenuto conto che la gran parte dei ricoveri nelle RSA avvengono in dimissione ospedaliera si ritiene che considerare i 60 giorni come limite massimo in un anno solare sia una interpretazione non corretta. Sul punto si può vedere la [recente lettera](#) inviata alla Regione Marche e all'ASUR dalla Campagna Trasparenza e diritti. **23 aprile 2017.**

16) Persone con disabilità chiedono quale differenza esista tra "disabilità gravissima" e "persona con particolare gravità" ai fini del contributo erogato dalla regione Marche.

Per un approfondimento rimandiamo a questa scheda, **Non autosufficienti, gravi e gravissimi. Fondo nazionale non autosufficienze 2016 e scelte regionali**. In sintesi: dai primi anni 2000 la regione Marche ha previsto un sostegno alle persone e alle loro famiglie che si trovavano nella condizione di "particolare gravità", così come definita dalla stessa Regione attraverso alcune scale e strumenti di valutazione. Negli ultimi anni il finanziamento regionale è stato pari a circa 2,5 milioni di euro. Dal 2013 il decreto di riparto del fondo nazionale non autosufficienze ha previsto un finanziamento vincolato per le "disabilità gravissime", (vedi definizioni nelle scheda sopra riportata), che fino al 2015 la regione Marche ha fatto confluire nella "particolare gravità" e nel sostegno ai malati di SLA. Nel riparto 2016 il decreto del Ministero ha stabilito che per disabilità gravissima debba intendersi quella rilevata da apposite schede di valutazione. Se, quindi con una certa forzatura, fino al 2015 la Regione ha potuto assimilare la particolare gravità con la disabilità gravissima con il decreto 2016 ciò non poteva più essere possibile. Ovviamente non è automatico che tutte le persone in condizione di particolare gravità rientri nella condizione di disabilità gravissima. Il problema che si pone è che dal 2015 il finanziamento è solo nazionale e dunque le persone "in particolare gravità" ma non "disabili gravissimi", non possono ricevere il contributo attraverso fondi nazionali. Per continuare a riceverlo ci sono due possibilità: a) reintrodurre, auspicabilmente, il finanziamento regionale; b) attingere alla quota del finanziamento nazionale non destinata alla disabilità gravissima che fino ad ora la regione Marche ha destinato agli anziani non autosufficienti e che conseguentemente dovrebbe essere ridotta. **5 marzo 2017.**

15) Associazioni chiedono se le Comunità socio educative riabilitative (Coser) e residenze protette (Rp) disabili, secondo quanto disposto dalla dgr 1331/2014, devono avere lo stesso standard delle Rsa disabili.

No. Come abbiamo già specificato nelle risposte 3 e 6, le Coser e le RP mantengono gli standard e le tariffe in vigore alla data di approvazione della 1331/2014, fino al 31.12.2017. Dal 1.1.2018 anche per queste due tipologie di residenza varrà la tariffa delle Rsa disabili (oggi 120,57). Ciò significa che, dal 1.1.2018 se la normativa non dovesse variare le Coser e le RP possono mantenere dimensionamento e standard attuale, ma tariffa a 120,57. Per le Coser oggi tariffate a 115 non cambia nulla (anzi ci sarebbe aumento di 5 euro), così come per le RP tariffate a 120. Quelle, invece, con tariffa superiore (e dunque con presumibili standard più alti), se nulla cambierà, verranno ricondotte a 120,57. Di qui le problematiche che abbiamo già esposto nelle risposte 3 e 6. Sul tema, per un approfondimento, rimandiamo all'intervista a Fabio Ragaini, **Servizi sociosanitari. A due anni dall'accordo Regione-Enti gestori. Un bilancio**, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 4/2016. **21 novembre 2016.**

14) Alcune associazioni chiedono cosa cambia nei servizi sociosanitari con i nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza sanitaria).

La proposta di nuovi LEA pur avendo avuto l'**intesa con le Regioni**, diventerà legge e sostituirà l'attuale normativa definita con il DPCM 29.11.2001 poi ratificata con legge 289/2012, dopo l'approvazione da parte del Parlamento. La proposta non apporta significative modifiche alle attuali disposizioni. In particolare rispetto all'area sociosanitaria non si prevedono risorse aggiuntive. **Trasparenza e diritti** ha già commentato le nuove disposizioni **Nuovi LEA. Contenimento invece di sviluppo**, cui rimandiamo. Prossimamente ritorneremo con maggior dettaglio sui singoli aspetti del provvedimento. Cogliamo inoltre l'occasione per segnalare l'ultima scheda dell'**Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche**. Si tratta di un'analisi di alcuni accordi, regolamenti, inserimenti in strutture dell'Azienda sanitaria unica della regione Marche (ASUR). **La scheda**, in particolare, analizza: a) inserimento di utenti all'interno di servizi rivolti alle persone con disabilità; b) Accordi contrattuali con enti gestori; c) regolamenti di servizi. Nel **primo** caso l'interesse è dovuto alla possibilità di verificare come in casi specifici l'ASUR abbia potuto derogare ad alcune indicazioni regionali. Deroghe che, nei casi necessari, potrebbero e dovrebbero riguardare anche tipologie di servizi che accolgono utenti in identiche condizioni. Nel **secondo** si evidenziano alcuni aspetti di un Accordo che riguarda utenti inseriti con regole che sono poi mutate con le dgr 1195/2013 e 1331/2014. Nella **terza** infine si approfondisce un regolamento di servizio mettendolo in relazione con la normativa regionale. Sull'Accordo e Regolamento sono state richiesti chiarimenti all'ASUR e alla regione Marche. **30 settembre 2016.**

13) Associazione chiede come sia possibile che una RSA disabili non garantisca servizio per tutto l'anno

La richiesta giunge a seguito della lettura della nostra scheda, **Una RSA disabili con "apertura" stagionale? Succede nelle Marche**, che documenta come la RSA disabili "Villaggio delle Ginestre" di Recanati (MC), non assicura la copertura del servizio per tutti i giorni dell'anno. Fatto di una abnorme gravità. Una contraddizione che sembra insanabile, considerato che questa tipologia di struttura è rivolta a "persone con disabilità grave non assistibili a domicilio". Ma come è possibile che possa accadere una cosa simile, nella quale un diritto (sancito in questo caso dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria) viene condizionato ad un budget? Come è possibile che nel momento in cui si attiva un servizio di questo tipo non vengano garantite le risorse per assicurarolo? La questione è molto importante perché mette in relazione, anzi in contrasto, **diritto e finanziamento**. Un diritto condizionato che, dunque, non è tale. Ma forse in questo caso, vale la pena introdurre qualche altra riflessione che può essere suggerita dalla lettura **dell'accordo 2014** tra la struttura e l'Azienda sanitaria. Come si può verificare, il budget assegnato prevede l'erogazione di diverse "prestazioni" (domiciliari, ambulatoriali, diurne, residenziali), che probabilmente si sono ampliate negli anni. L'ente gestore sottoscrivendo l'accordo ritiene, evidentemente, di poter "sacrificare" quasi la metà delle "giornate di degenza" di un anno di un servizio che è obbligatorio proprio perché **essenziale**. Come è possibile che un ente gestore accetti una situazione come questa? E come è possibile che l'azienda sanitaria non si ponga il problema della assicurazione di questo servizio? Come è possibile costringere persone "non assistibili a domicilio" a rientrare obbligatoriamente a casa? Pare intrecciarsi in questo caso inconsapevolezza e furbizia. Spiace che quest'ultima appartenga anche all'ente religioso (suore guanelliane) titolare del "Villaggio delle Ginestre". **10 giugno 2016.**

12) Associazione di familiari ci chiede di conoscere come sono regolamentate le comunità per minori con disturbi "neuropsichici"

Le delibere 1011/2013 e 1331/2014, hanno collocato le comunità per minori con disturbi neuropsichici all'interno dell'area disabilità; precedentemente afferivano all'area salute mentale. Qui una sintesi del [quadro regionale precedente e successivo alla dgr 1011/2013](#). La dgr 1331/2014 ha confermato gli standard e della dgr 1011/2013 e definito le tariffe (residenziale: 190 e 95; diurno:95), specificandone la provvisorietà considerata l'imminente pubblicazione dell'Accordo Governo-Regioni sui servizi residenziali e diurni per disturbi neuropsichiatrici infanzia adolescenza. Successivamente con dgr [118/2016](#), è stato recepito l'accordo che prevede una riclassificazione dei servizi sia diurni che residenziali sia in termini standard che di tariffe (vedi pag. 41 e 42 della delibera). Sostanzialmente i servizi vengono riportati nell'area della salute mentale. Va sottolineato che oltre la recepimento degli standard e delle tariffe, la delibera specifica che "i livelli assistenziali e di conseguenza le tariffe deliberate si basano su un modello composto da un nucleo di 20 posti". Rimane, dunque, immutata, la filosofia regionale. Attualmente i posti attivi dovrebbero essere 40 collocati in due strutture: Cagli (PS) e recentemente Serrapetrona (MC). E' possibile che la domanda sia inferiore all'offerta. **10 giugno 2016.**

11) Alcuni familiari di persone con disturbi mentali inseriti all'interno di residenze per anziani ci chiedono se e come cambierà l'assistenza ai loro congiunti.

All'interno delle residenze per anziani (case di riposo, residenze protette), sono stati inseriti persone con disturbi mentali (anziani e no) su proposta dei Dipartimenti di salute mentale. Questi inserimenti sono stati "regolamentati" nel 1997 con la dgr 2569 "Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali" ([qui un commento alla delibera](#)). Per ogni persona inserita veniva stabilito sul costo retta la quota assunta dall'ASL di residenza. Tranne rari casi non si sono realizzati *moduli* interni alle residenze. [Qui](#) (pag. 1) una scheda nella quale si analizzano inserimenti in alcune strutture (vedi standard e costi). La successiva normativa (dgr 1729/2010) ha stabilito che questi inserimenti dovessero essere ad esaurimento. Occorre far presente che la gran parte di questi inserimenti è avvenuto all'interno di posti autorizzati come Casa di riposo (dunque con standard per autosufficienti), in quanto quelli convenzionati per residenza protetta sono occupati da "anziani non autosufficienti". La regione Marche non ha mai reso noto il numero di persone con disturbi mentali inseriti ai sensi della citata delibera. E' ipotizzabile, siano un numero non irrilevante.

La dgr 1331/2014, [vedi pag. 8](#), ha disposto quanto segue:

Si concorda che per i moduli assistenziali per pazienti psichiatrici storicamente attivati in strutture residenziali sanitarie e socioassistenziali in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997 e del punto 7.4 del manuale dei Requisiti di Autorizzazione di cui alla L.R. n.20/2000, venga attivato un nuovo percorso di autorizzazione ed accreditamento, da concludersi entro il 31/12/2016, finalizzato alla conversione definitiva di tali moduli per assistenza psichiatrica. Il relativo livello di intensità assistenziale (SRP1-SRP2-SRP3) sarà individuato sulla base del livello di gravità clinica dei pazienti inseriti attraverso la valutazione dei DSM che hanno in carico tali pazienti.

Con quali criteri verrà definito il livello di gravità? Si può ipotizzare che si prenda a riferimento quanto stabilito nella dgr [Dgr 1011/2013](#) (pa. 24 e seguenti), le cui indicazioni non sono peraltro in tutto coincidenti con quanto previsto dalla dgr 1331/2014. Gli standard e le tariffe saranno pertanto quelli indicati a pag 14 e 15 della [dgr 1331/2014](#). Quanto sopra vale però per le poche strutture che hanno moduli di questo tipo (che dunque rimarranno all'interno delle strutture). In tutti gli altri casi dovrebbe valere quanto disposto dalla dgr 1729/2010. Ovvero l'impossibilità di inserire nuovi soggetti con disturbi mentali, che quindi dovrebbero afferire ai servizi residenziali della salute mentale (esterni alle residenze per anziani). Forse! **27 aprile 2016.**

10) Riceviamo molte richieste di informazioni su fondo solidarietà, fondo sociale e fondo non autosufficienze. Spesso non è chiara la loro funzione o vengono assimilati (in particolare i primi due). Vale la pena fare chiarezza.

Per **fondo sociale regionale** si intende la quota di finanziamento della regione Marche destinata ad interventi sociali erogati, per lo più dai Comuni. Una cifra che fino al 2014 è stata di circa 30 milioni di euro. Fondi regionali che finanziavano per lo più leggi sociali di settore

(infanzia, disabilità, famiglia, ecc ...). Nel 2015 il fondo regionale non è stato ricostituito ma alcune leggi di settore sono state finanziate in toto, in parte o per nulla. Per quanto riguarda il 2016, il fondo non è stato rifinanziato (secondo le indicazioni regionali si è trattato di un *bilancio tecnico*). Si attende la nuova manovra, presumibilmente a marzo, per verificare modalità ed entità del finanziamento. Per un quadro della situazione rimandiamo a queste due schede, [Marche. I numeri del bilancio regionale](#) e [Marche. Il finanziamento 2015 degli interventi sociali dopo l'azzeramento del fondo regionale](#).

Il **fondo di solidarietà** è, invece, un fondo previsto dalla dgr [1195/2013](#), al fine di sostenere utenti e Comuni che con la ridefinizione delle quote di finanziamento dei servizi sociosanitari (per tariffe e percentuali vedi [dgr 1331/2014](#)) vedono aumentare la quota a loro carico (quota sociale). In genere, servizi non più a completo carico del servizio sanitario. Si tratta, dunque, di un fondo specifico volto a sostenere le maggiori spese a carico degli utenti frequentanti determinati servizi. Il fondo è stato previsto ma, ad oggi, non è stato istituito e dunque finanziato. La situazione è molto pesante per diverse centinaia di famiglie che stanno ricevendo fatture di circa 1100 euro mese (in genere rispondenti al 30% della tariffa residenziale). Il fondo solidarietà sarebbe dovuto intervenire a copertura della differenza tra reddito dell'utente e quota sociale complessiva. Vedi in proposito il recente [comunicato della Campagna](#).

Quanto, infine, al **fondo nazionale non autosufficienze**, si tratta di una linea di finanziamento nazionale (nel 2015 e 2016 la quota è di 400 milioni) ripartita tra le Regioni. Qui pare opportuno fornire alcune precisazioni riguardo i [criteri di utilizzo da parte della regione Marche del fondo nazionale](#), che ha determinato la [richiesta di intervento al Ministero](#). Ministero che ha il compito di verificare se l'utilizzo da parte delle Regioni del fondo nazionale è coerente con le disposizioni del decreto che fissa i criteri di riparto e le modalità di utilizzo. A più riprese siamo venuti a conoscenza dell'irritazione regionale per il nostro intervento che potrebbe determinare un parere negativo da parte del Ministero e mettere, conseguentemente, in discussione il trasferimento di 7,4 milioni di euro ai Comuni (presi dal fondo nazionale) per sostenere le spese di gestione degli Ambiti sociali. Siamo allibiti. La domanda rimane sempre la stessa. Si può utilizzare il fondo nazionale per pagare il personale degli Ambiti sociali? Sulla base dei criteri di riparto 2015, certamente no. Se è così ognuno di noi può verificare dov'è la radice del problema. Se in chi destina il fondo per altre funzioni o in chi segnala che così non si può fare, considerato che quei finanziamenti sono vincolati per interventi e servizi volti al mantenimento a domicilio di persone non autosufficienti. E dunque a loro non vanno tolti. Il fatto che non lo sappiano non solo non pare un buon motivo per farlo, ma appare pratica di non grande onorabilità. Basti un dato. Ad oggi, l'assegno di cura (uno degli interventi finanziati con il fondo nazionale) agli anziani non autosufficienti è fruito da meno del 5% degli anziani malati che vivono a domicilio ([qui](#) a pagina 10) e potrebbe essere non fruito da persone con disabilità gravissima che hanno più di 65 anni. **14 febbraio 2016**

9) Un familiare di persona con disabilità che frequenta un Centro diurno chiede se è vero che si può fruire di questo servizio solo fino al compimento dei 65 anni.

Occorre distinguere se si frequenta un Centro diurno (Cser) autorizzato ai sensi della legge 20/2002 o ai sensi della legge 20/2000 (questi ultimi gestiti quasi per intero da strutture di riabilitazione ex art. 26/833). **Nel primo caso** la risposta è sì. Nel senso che nella convenzione (determina 577/2015) 2015 tra Asur e Centri diurni [Marche. Convenzionamento 2015 Centri diurni disabili](#), all'art. 2, si stabilisce che la permanenza "è rinnovabile fino ai 65 anni". Norma in contrasto con i criteri fissati dalla stessa Regione con i criteri applicativi della legge 18/96, per gli anni 2014-2015 [Marche. Disabilità. Criteri di finanziamento 2014-2015, legge 18-96](#), "*Tale intervento è rivolto anche agli utenti ultrasessantacinquenni già inseriti nei CSER per i quali si renda opportuna e/o necessaria la permanenza nella struttura, previa valutazione dell'UMEA, fino a che non insorgano particolari condizioni che ne rendano difficile o impossibile la permanenza stessa*" (pag. 6). Una disposizione per nulla condivisibile che dovrebbe essere modificata con la convenzione 2016. Peraltro gli ultimi dati regionali [Marche. Disabilità. Dati 2011 \(LR 18-96\)](#), in nostro possesso, riferiti all'anno 2011 indicavano in 32 persone il numero di utenti con età tra 60 e 65 anni frequentanti i CSER (meno del 3%). Non certo numeri da mettere in difficoltà i servizi. Riteniamo comunque che su indicazione da parte dell'UM che motivi la necessità di proseguimento ci siano spazi per

deroghe. Per quanto riguarda la **seconda tipologia** di Centro diurno non esistono disposizioni al riguardo e dunque nessun ostacolo alla frequenza al compimento dei 65 anni. Non sono solo queste le differenze tra le due tipologie di Centri. Per un approfondimento vedi [Alcune riflessioni sui "nuovi" Centri diurni disabili della regione Marche](#). 5 gennaio 2016

8) Associazione di familiari chiede quali sono criteri per accedere ad un Centro diurno Alzheimer.

Il Centro diurno Alzheimer o per persone con demenze, è ad oggi regolamentato dalle indicazioni contenute nella dgr 1011/13 e 1131/14. Non vengono indicati criteri di accesso, soltanto la generica indicazione di un servizio che "eroga prestazioni sanitarie e riabilitative per pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere infermieristico, rieducative, tutelari, supporto psicologico e di animazione". Lo standard di assistenza previsto è di "almeno" 90minuti al giorno (non indicato minutaggio per tipologia di figura professionale). L'ingresso avviene previa valutazione dell'Unità valutativa integrata. Date le generiche indicazioni se ne deduce che ogni CD definisce i propri criteri di accesso (ad esempio punteggio mini mental o altri strumenti di valutazione). La domanda ci permette di affrontare un altro aspetto riguardante questa tipologia di servizio. Con la dgr 1131/2014, la regione Marche, ha fissato anche la tariffa (59 euro) insieme alla ripartizione del costo. 29 euro a carico dell'ASUR (quota sanitaria) e 29 a carico di utente e Comune (quota sociale). Nei giorni scorsi, abbiamo avuto modo di visionare il *contratto tra ASUR e la Cooperativa Sociale ASEA per il Centro Diurno Alzheimer "Il Girasole" in Brecciarolo di Ascoli*, [vedi qui](#). Nella convenzione la quota sociale non è di 29 euro ma di 14,17, per una tariffa complessiva di 43,17 euro. La metà. C'è da chiedersi se con una tariffa ridotta del 25% si è in grado di garantire lo standard previsto. Se così fosse ci si chiede come mai il CD viene tariffato 59. Si può ipotizzare che ciò sia funzionale a calmierare la quota sociale. Sarebbe interessante capire chi paga i 14,17 euro al giorno. **28 novembre 2015**

7) Associazioni di familiari chiedono cosa cambia nei servizi per la disabilità finanziati dalla legge regionale 18 dopo la recente delibera della regione Marche che assegna fondi ai Comuni per l'anno 2015 e cosa cambia per il fatto che siano finanziati dalla sanità.

I fondi regionali di natura sociale destinati ai Comuni sono stati regolati fino ad oggi dai criteri di erogazione della legge regionale 18/96, che nel 2015 non è stata rifinanziata (il fondo regionale 2013 era di circa 12,5 milioni di euro). Per gli anni 2014/2015 i criteri adottati sono stati regolati dalla DA n. 103/2014, [Marche. Disabilità. Criteri di finanziamento 2014-2015, legge 18-96](#). La dgr [963/2015](#), ha finanziato anche interventi riconducibili alla legge 18/96. Per una analisi complessiva della delibera e del quadro regionale degli interventi, vedi, [Marche. Il finanziamento 2015 degli interventi sociali dopo l'azzeramento del fondo regionale](#). La delibera trasferisce ai Comuni fondi pari a 5,84 milioni per finanziare interventi comunali di: assistenza educativa e domestica, integrazione scolastica, tirocini e borse lavoro. Per questi interventi il finanziamento regionale è assimilabile a quello del 2013 (nel 2015 non è finanziato l'intervento "trasporto" della legge 18/96 che negli anni precedenti era pari a circa 1 milione di euro) e dovrebbe essere superiore a quello del 2014 (si tratta di una valutazione sulla base dei dati desumibili dagli atti regionali). I Comuni nel 2015, riceveranno dunque, per questi interventi, finanziamenti assimilabili a quelli degli anni precedenti e trasferiti con gli stessi criteri). L'altra considerevole voce di bilancio della legge 18, era costituita dal finanziamento dei Centri diurni (CSER legge 20/2002). Ai Comuni venivano trasferiti circa 6 milioni di euro. Dopo le modifiche introdotte dalle dgr sui servizi sociosanitari (vedi, [Come cambiano i servizi sociosanitari nelle Marche](#)) una quota del finanziamento è stata assunta dall'ASUR per una cifra pari o superiore a quella trasferita dalla Regione ai Comuni (vedi successivo punto 2). Sulle problematiche riguardanti i Centri diurni rimandiamo a, [Marche. Centri diurni disabili. Il necessario cambiamento](#) e [Lea sociosanitari nelle Marche. Il parere del Ministero della Salute](#). Quindi, seppur il fondo della legge 18 è stato ridotto, il finanziamento complessivo è rimasto sostanzialmente invariato.

Riguardo la fonte di finanziamento (fondo servizio sanitario regionale), dal punto di vista pratico nulla cambia, in quanto i trasferimenti ai Comuni avvengono con gli stessi criteri degli anni precedenti. Si possono però introdurre alcune considerazioni. I settori sociali e sanitario sono due distinti ambiti con specifiche competenze e criteri di finanziamento. La titolarità degli

interventi sociali è a carico dei Comuni, per quelli sanitari delle Aziende sanitarie (nella regione Marche esiste una sola Azienda sanitaria, l'ASUR). Per quanto riguarda i **servizi sociosanitari** (rivolti a persone che necessitano sia di interventi sanitari che sociali, come ad esempio: assistenza domiciliare integrata, servizi diurni e residenziali per disabili, anziani, non autosufficienti, persone con demenza, soggetti con disturbi mentali, ecc...), alla sanità compete il pagamento delle quote sanitarie dei servizi, ad utenti e Comuni la quota sociale. I servizi cui la sanità è chiamata a pagare la quota di spettanza sono quelli previsti dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (dpcm 29.11.2001, [Decreto sui livelli essenziali di assistenza](#)). **21 novembre 2015**

6) Associazioni e familiari chiedono se con le nuove norme sono modificate le quote a carico degli utenti nei centri diurni disabili, nelle Coser e nelle RSA anziani.

Sono numerose le richieste che ci sono giunte su questi temi; rispondiamo, seppur sinteticamente, affrontando la questione sia ad un livello più generale che specifico. Con la dgr [1331/2014](#), pag. 15, la regione Marche ha definito per tutti i servizi socio sanitari diurni e residenziali, ad eccezione di residenze protette anziani e demenze, la tariffa e chi la paga. Nel caso di servizi in cui la quota è a totale carico della sanità (ASUR), la normativa non prevede compartecipazione (in caso di ricovero gratuito viene sospesa a monte l'indennità di accompagnamento).

La quota sociale è quella che grava su utente e/o Comune di residenza. Nella situazione precedente la definizione delle tariffe e della percentuale e/o quota di compartecipazione (dgr 1331/2014) la tariffa era variabile e la quota sanitaria e sociale - per la gran parte dei servizi sociosanitari - veniva definita a livello locale attraverso negoziazione con ASUR. Rispetto, quindi, alla situazione antecedente la dgr 1331, viene definita la percentuale a carico del settore sociale e la corrispondente quota. Va ribadito che la quota sociale non significa, in nessun caso, automatico trasferimento della stessa all'utente.

Vediamo dunque alcune specifiche situazioni.

- **Rsa anziani e demenze.** Con la nuova normativa è stata fissata in 42,50 euro la quota sociale. Rispetto alla situazione precedente che permetteva una flessibilità del 25% (33 euro +/- 25%, [qui](#) e [qui](#)), si sono avuti, in molte RSA pubbliche, aumenti del 30%. In nessun caso, può essere richiesta agli utenti una quota superiore a quella indicata. Tale quota, come detto, non deve essere trasferita automaticamente sugli utenti. L'intero onere sarà a carico dell'utente, solo nel caso in cui i redditi siano sufficienti per pagare tale quota. In caso di reddito insufficiente il Comune è obbligato ad integrare la spesa.

Sulla base di quali criteri si definisce l'entità della compartecipazione? Applicando la normativa Isee (modificata dal 1.1.2015, [vedi qui](#) e [qui](#)). Il Comune è tenuto a definire un regolamento nel quale, definisce il reddito in base al quale l'utente è tenuto a compartecipare (in genere per fasce di reddito). La differenza, se presente, dovrà essere corrisposta dal Comune di residenza. Il decreto ministeriale indica il criterio di calcolo. Il Comune è tenuto a fissare i criteri di compartecipazione. E' evidente che nel caso in cui i valori Isee (nel conteggio vengono considerati anche i figli non conviventi) siano molto bassi appare del tutto improbabile che la persona possa essere in grado di compartecipare per una cifra pari a 1.275 euro mese. Il problema - non di oggi e dunque presente anche con la vecchia normativa Isee - è che la gran parte dei Comuni marchigiani non ha definito una chiara regolamentazione in proposito e spesso al cittadino che si presenta in Comune viene detto che non ci sono risorse per integrare e dunque la quota deve essere assunta dai familiari o dai parenti. In questi casi è importante che il cittadino, che ritenga di non avere risorse sufficienti per il pagamento della retta, faccia formale richiesta al Comune e chieda di conoscere il regolamento che disciplina, l'integrazione delle rette.

Quanto sopra indicato vale per ogni intervento e servizio (prestazione sociale agevolata) di tipo sociale o sociosanitario (in questo caso in tutti i servizi sociosanitari diurni e residenziali). Occorre inoltre ricordare che la regione Marche nella legge di riordino dei servizi sociali (n. [32/2014](#)), all'articolo 20, ha dettato disposizioni in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sociali. Ha fissato alcuni criteri cui dovrà dare successivamente applicazione. A) applicazione normativa Isee; b) fissazione di una soglia minima di esenzione totale; c) mantenimento di una quota di reddito agli assistiti, d) l'accesso al servizio non può essere impedito dal livello di reddito dell'assistito.

- **Comunità socio educative riabilitative.** La dgr 1331, che recepisce l'accordo tra Regione ed enti gestori, stabilisce che per questa tipologia di servizio fino al 31.12.2017, valgono gli standard assistenziali e tariffari vigenti. Dunque l'assunzione della tariffa (120 euro) e del minutaggio (140 minuti) delle RSA disabili, che queste comunità dovranno assumere (se la normativa non verrà, come auspichiamo, in questo periodo modificata) decorrerà dal 1° gennaio 2018. Fino a quella data dovrebbe presumersi rimanga in vigore la normativa regionale ([Dgr 23/2013](#)), che fissa in non meno di 250 euro, la quota che deve rimanere nelle disponibilità dell'utente. Occorrerà però verificare il contenuto della delibera sul cosiddetto **fondo solidarietà** che dovrebbe supportare utenti e Comuni che con l'applicazione delle delibera 1331 si trovassero ad assumere maggiori costi. La delibera non è stata ancora approvata. Nell'ultimo testo che abbiamo visionato, che non necessariamente è l'ultima versione, la quota che deve rimanere nelle disponibilità dell'utente per le spese personali è pari a 150 euro invece di 250. Sui contenuti delle bozze di delibere del fondo solidarietà la Campagna "Trasparenza e diritti", ha espresso ripetutamente un parere negativo. Vedi [qui](#).

- **Centro socio educativo riabilitativo (CSER).** Il quadro normativo riguardante i CSER, dopo la dgr 1331 e la modifica al regolamento sui requisiti è indicato, sinteticamente, nella risposta 2. Come detto, pur in presenza di persone con disabilità grave, per via amministrativa la Regione ha stabilito che esistono due tipologie di utenti. Il un CD (socio sanitario), lo standard è di 110 minuti, la tariffa di 62 euro (quota sanitaria: 70%; quota sociale 30%). Nel secondo lo standard è di 70 minuti, e viene definita la sola quota sanitaria (15,10 euro). La quota a carico di utente e comune non è quantificata in quanto non è stata definita la tariffa. Attualmente, per quanto riguarda la quota a carico degli utenti, nei CD marchigiani ogni Comune o nel migliore dei casi ogni Ambito sociale ha definito un proprio criterio di contribuzione. Dall'esenzione totale fino a diverse centinaia di euro, da quote fisse per tutti a quote differenziate per reddito. Abbiamo già detto cosa viene stabilito nell'articolo 20 della legge 32/2014 (riordino sociale). Anche riguardo i centri diurni interviene il testo della bozza di delibera sul fondo di solidarietà. Si specifica che in attesa della definizione di soglie Isee regionali, i comuni applicheranno nel 2015 gli stessi criteri del 2014, specificando però che i percettori di indennità di accompagnamento che sono sotto la soglia minima fissata dai comuni dovranno comunque partecipare con una quota corrispondente alla valorizzazione dell'IA per le ore frequentate (pari circa 0,70 euro/ora). Al punto precedente la posizione espressa da *Trasparenza e diritti*, nella quale si motiva la contrarietà a questa ipotesi (frutto di Accordo tra regione Marche e ANCI Marche), considerando la proposta una vera e propria **tassa**. **21 agosto 2015**

5) Operatori di comunità protette salute mentale, ci chiedono, se è vero che diminuirà lo standard degli gli educatori nella nuova regolamentazione.

Le comunità protette nella nuova riclassificazione ([dgr 1331/2014](#), p. 14) sono rimodulate in 3 tipologie di comunità. La presenza delle figure educative per utente è pari a 30 o 40 minuti. La delibera stabilisce che al massimo per figura professionale (nota a) ci può essere uno scostamento del 20%. Precedentemente, nessuna norma regionale stabiliva lo standard di personale e dunque per ogni comunità protetta lo standard veniva definito sulla base di accordi locali (ASUR - Ente gestore). Quindi, se per ipotesi precedentemente la figura dell'educatore era presente per 100 minuti al giorno, la dgr 1331 prevede nel caso, ad esempio, di collocazioni in RP a 24 ore (SRP31.1) che la presenza sia di 40 minuti, con uno scostamento massimo del 20%. Quindi al massimo 40 minuti + 20%. La presenza dell'educatore dovrà, quindi, scendere della metà. **8 agosto 2015**

4) Nuove tariffe e standard Centri diurni disabili. Con quale criterio si collocherebbero gli utenti nelle due tipologie di Centri diurni?

Si tratta di un quesito che ci sono stati posti da diversi soggetti (gestori e associazioni di utenti). Riguardo la situazione dei Centri diurni, rimandiamo ad alcune recenti schede che abbiamo elaborato dalle quali emerge la situazione venutasi a creare dopo la dgr 1331. Nei fatti, la Regione ha definito due tipologie di CD *collocando* per via amministrativa gli utenti all'interno dei due Centri. Sul tema rimandiamo: **a) scheda** sulla nuova normativa dei Centri diurni disabili **b) la nota** con richiesta di chiarimenti inviata in Regione c) l'interlocuzione con il **Ministero della Salute**. **8 agosto 2015**

3) Considerato che le Coser e le RP debbano trasformarsi in RSA disabili, cosa cambia dal punto di vista del dimensionamento?

La dgr 1331 stabilisce che entro il 30 giugno i titolari di Coser ed RP disabili dovevano presentare un piano di riconversione in RSA disabili (pag. 7, dgr 1331) . La data di presentazione del piano di adeguamento è stata spostata, con [DGR 537-15](#) al 30 settembre 2015. Per quanto riguarda la capacità recettiva, nulla cambia rispetto la situazione attuale in quanto per le RSA disabili non è stata mai definita. La questione riguarda però standard e tariffa delle Coser e Rp disabili, che andrà in vigore dal 1° gennaio 2018. Sarà quella prevista per le RSA disabili. Attualmente la tariffa è di circa 120 euro, standard 140 minuti (non indicata tipologia figure professionali). Dunque le comunità dovranno adeguarsi, salvo cambiamenti, a quelle indicazioni. Il riferimento all'aumento della capacità recettiva, in particolare per le CoSER, è motivato dal fatto che alcuni gestori di strutture ritengono che, con le tariffe in vigore dal gennaio 2018, non sarà possibile mantenere la capacità recettiva attualmente prevista (massimo 10 persone). Operatori e utenti delle Coser e delle RP, possono chiedere agli enti titolari il contenuto del piano di riconversione. **8 agosto 2015**

2) Operatori di comunità alloggio salute mentale (CADM), chiedono, quali standard sono previsti con la nuova regolamentazione.

Le CADM disciplinate dalla legge 20/2002, non subiscono modifiche normative. Permangono, dunque, le indicazioni contenute nel [Regolamento regionale 3/2006](#). Il problema è che queste comunità (18 per 102 posti) operano con modalità molto difformi a seconda dei rapporti convenzionali instaurati con ASUR. La maggior parte, pur avendo autorizzazione per una funzione abitativa e quindi per accoglienza di persone con buona autonomia, hanno personale sulle 24h e sono assimilabili (in alcuni casi con tariffe anche più alte di quelle previste dalla dgr 1331/14), quanto a standard e tariffe, alle Comunità protette. Per mantenere la stessa tipologia di utenza dovranno necessariamente essere riqualificate in una delle tipologie delle comunità protette, (vedi risposta 1) cui standard e tariffe sono state determinate. Nella delibera sull'[atto di fabbisogno](#), (vedi pag. 23 e 28) sono indicati i posti nell'area salute mentale presenti e contrattualizzabili nel triennio. **8 agosto 2015**

1) Una cooperativa che gestisce un centro diurno per anziani (legge 20/2002), chiede se è vero che con la nuova regolamentazione diminuirà il personale presente

Il Regolamento 3/2006 che disciplinava i requisiti di autorizzazione del centro diurno anziani della legge 20/2002 è stato modificato dall'art. 32 della legge di assestamento di bilancio, [l.r. 33/2014](#). Per quanto riguarda il personale, il nuovo standard prevede il seguente minutaggio: 30 m. Oss; 5 m. infermiere; 15 m. animatore. La capacità recettiva massima rimane a 25. Con la dgr 1331 è stata definita la tariffa e la ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (precedentemente non fissata), pari a 35 euro giorno (il 50% a carico dell'ASUR e il 50% a carico di utente o comune). Quindi per quanto riguarda il personale occorre verificare come impatta il nuovo standard sul precedente (Oss in rapporto almeno a 1/5, presenza programmata di infermiere). Così come impatta la tariffa. Ritorneremo specificatamente sulla questione dei criteri di contribuzione a carico dell'utente (vedi domanda 2). **8 agosto 2015**