

## Servizi sociosanitari nelle Marche

### Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'Asur. III parte

In due precedenti schede ([Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale. Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale II parte](#)), avevamo analizzato alcune determinate Asur dalle quali si evidenziavano le distorsioni territoriali nella regolazione dei servizi sociosanitari; distorsioni derivanti dalla mancata definizione da parte della Regione di regole fondamentali di funzionamento dei servizi (standard, tariffe, criteri di compartecipazione, fabbisogno). L'analisi che segue, a partire da recenti provvedimenti dell'Asur, oltre a confermare tale situazione, evidenzia anche il mancato rispetto di alcune delle disposizioni regionali emanate (che vedremo però la Regione negli atti di controllo ha approvato), oltre che – in assenza o in presenza di ambigui atti regionali – una erronea applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (contenuti dpcm 29.11.2011) con conseguenti pesanti ricadute sugli utenti. Sul punto vedi anche l'approfondimento in [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#).

La scheda che segue prende spunto dall'analisi di alcuni atti riguardanti i servizi psichiatrici e quelli per anziani non autosufficienti, compresi quelli per soggetti con forme di demenza. Ricordiamo che le determinate disciplinano i rapporti tra l'azienda sanitaria unica regionale (Asur) e gli enti privati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie. L'Asur, per remunerare le prestazioni, deve quindi porre in essere atti (contratti, protocolli, convenzioni) regolamentari che vanno anche a definire, attraverso un presupposto normativo nazionale e regionale, gli oneri finanziari di competenza dell'Azienda sanitaria. In assenza di disposizioni regionali viene applicata – e più spesso, come dimostreremo, interpretata – quella nazionale. Gli esiti sono quelli che ci accingiamo a descrivere. Esiti, ed è la ragione di questo e dei precedenti lavori, che si ripercuotono in maniera pesante sui destinatari sia in termini di qualità delle prestazioni che di oneri a proprio carico. Conseguenze, talvolta, anche nei riguardi dei Comuni che ad oggi, purtroppo, non sembrano sentire la necessità di rappresentare il problema alla Regione.

#### Psichiatria

Analizzeremo tre atti dai quali emerge:

- la perdurante situazione di incoerenza tra classificazione e funzione;
- tariffazioni che sembrano non compatibili con lo standard di personale previsto;
- ripartizione degli oneri sanità/sociale che, in assenza di normativa regionale, non trova corrispondenza nella normativa nazionale sui Lea;

La **convenzione tra l'Asur e la Solidale cooperativa sociale (determina 311-2012)** per la "residenza psichiatrica Casa Godio" di Pergola (via Godio 12) riguarda un modulo (Casa Godio) di *Residenza protetta disabili (10 posti)* e di *Residenza psichiatrica (CASA GODIO)* sempre di 10 posti. In [Autorizzazioni, confusioni, improvvisazioni](#) avevamo analizzato una precedente determina nella quale venivano regolamentati i rapporti con la stessa struttura. In particolare si evidenziava l'incoerenza, e ciò che essa comportava, tra autorizzazione e funzione (residenza per disabili ma rivolta a soggetti con patologia psichiatrica). Nella nuova convenzione si cerca di mettere parziale riparo alla situazione, specificando che l'ammissione nella residenza per disabili può essere fatta sia dal Dsm che dall'Umea, ma è evidente che non cambia la sostanza in quanto in una residenza per disabili l'ammissione è di competenza della sola Umea. Ed è inoltre evidente, dalla lettura della convenzione, a partire dalle figure

professionali (compreso il coordinamento affidato ad un medico) in aggiunta a quelle previste dal Regolamento 3-2006, che si tratta di una struttura per soggetti con patologia psichiatrica. Ma ci sono anche altri aspetti molto importanti da segnalare, riferiti a standard, tariffa, ripartizione del costo.

- Lo standard è superiore a quello previsto per le RP disabili dalla legge 20/2002 ed è pari a circa 280 minuti al giorno;

- La tariffa - che la Regione ancora non ha determinato - appare fortemente sottostimata, considerando oltre al minutaggio anche le figure professionali (medico e psicologo per complessive 36 ore settimanali). Ad esempio una residenza riabilitativa estensiva con un minutaggio giornaliero di 140 minuti prevede una tariffa di circa 165 euro; qui 280 minuti costano 120 euro.

- Infine la ripartizione degli oneri tra sanità e sociale è fuori da ogni logica. I 120 euro sono compartecipati al 40% (48 euro) dalla sanità e dal 60% (72 euro) dall'utente (la determina lo chiama, e non è un caso, "paziente") o dal Comune. La questione deve essere sviscerata perché è molto grave per le ripercussioni sugli utenti. L'utente e/o il comune dovrebbero pagare una retta mensile superiore a 2000 euro. Una quota non solo improponibile ma assolutamente illegittima in quanto (ma la questione dovrebbe poi essere affrontata per l'effettiva tipologia di utenti) la quota sociale non può superare il 30%.

Per quanto riguarda le strutture residenziali per disabili - così la struttura è stata infatti autorizzata - la ripartizione 40/60, secondo quanto disposto dalla normativa riguardante i Livelli essenziali di assistenza (vedi in proposito [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)), è prevista solo per quelle rivolte a disabili non gravi; per quelli in situazione di gravità (ai sensi della legge 104-1992) gli oneri sono o tutti a carico della sanità o al 70/30. Tale ripartizione appare ancora più erronea se si prendono in considerazione lo standard e le figure professionali: una residenza che ha un minutaggio giornaliero di circa 300 minuti può essere considerata a "basso livello assistenziale"?

C'è purtroppo da tener conto, che la sbagliatissima dgr 1785-2009, che l'atto istruttorio, peraltro, non cita e del quale dunque non tiene conto (mentre, forse per un frettoloso copia incolla con la determina 674-2011, si cita la comunità alloggio di Via Tabano, nell'ex Zona 5 di Jesi), prevede nelle RP disabili questa ripartizione degli oneri (recepita anche nella determina 991-2011 tra Asur e Fondazione Pelagallo). Una delibera (vedi in proposito la nota [Residenzialità disabili. Il Cat scrive ai Comuni](#), con la quale veniva segnalato all'Anci, la gravità di tale situazione) che, ripetiamo, deve essere al più presto abrogata e sostituita da un atto complessivo che metta ordine con completezza alla residenzialità disabili attraverso definizione, sulla base della normativa nazionale, per tutte le strutture di: standard, tariffe, ripartizione dei costi.

La stessa determina disciplina anche i rapporti per la gestione della residenza psichiatrica. La struttura è autorizzata <http://orps.regione.marche.it/ricerca> come SRT (struttura residenziale terapeutica). Una tipologia di residenza che il Progetto obiettivo della regione Marche (del 132-2004, paragrafo 20) quanto a dotazione, accomuna, assimilandone evidentemente la funzione, al Servizio psichiatrico diagnosi e cura ospedaliera (Spdc): 1 x 10.000 abitanti. Anche in questo caso la Regione non ha definito né standard, né tariffa e dunque la Convenzione non può applicare alcuna norma regionale. La determina prevede per uno standard complessivo di oltre 360 minuti al giorno una tariffa di 180 euro. L'unico confronto che si può fare con una struttura privata avente analoga autorizzazione è quello riguardante la Casa di cura "Villa Jolanda" di Maiolati Spontini (vedi a riguardo: [Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)). In questo caso il minutaggio giornaliero previsto è di 142 minuti per una remunerazione pari a 171 euro, con un abbattimento della tariffa del 40% dopo 60 giorni (considerato, irragionevolmente, come se fosse un posto ospedaliero di lungodegenza o di riabilitazione, codice 60 e 56). Il confronto non può che sconcertare per strutture aventi stessa autorizzazione. In un caso lo standard è superiore del 150% (360 contro 142) dell'altro e la tariffa è maggiorata di circa il 5% (180 contro 171).

<b>SRT</b>	<b>standard</b>	<b>tariffa</b>
<b>Casa Godio</b>	360 m/die (circa)	180
<b>Villa Jolanda</b>	142 m/die	171

**Il secondo atto** riguarda la **Convezione tra l'Asur e la cooperativa H Muta** (determina 363-2012) per la gestione della **Comunità protetta "Nilde Cerri" rivolta a persone con disturbi mentali**. Come è noto anche per le comunità protette la regione Marche non ha definito né standard, né tariffa, né eventuale criteri di compartecipazione (in proposito vedi: [La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)). In assenza di determinazione regionale il criterio di eventuale compartecipazione dovrà obbligatoriamente fare riferimento alla normativa sui livelli essenziali di assistenza.

La nuova determina sostituisce la 190/2011. La struttura inizialmente (impropriamente per l'utenza ospitata) autorizzata come comunità alloggio (ai sensi della legge 20/2002) è stata successivamente accreditata - ai sensi della legge 20-2000 - come comunità protetta. Nel precedente accordo la tariffa giornaliera di circa 129 euro (iva 4% esclusa) era ripartita al 70/30 (sanità-sociale): con una quota a carico utente/comune di circa 50 euro giorno. Con la nuova determina la ripartizione della tariffa (nel 2012: 128,24 euro) cambia. La sanità assume ora oneri del 55% (-15%), mentre per l'utente/comune la quota sale della percentuale corrispondente. Come si può vedere dalla tabella, 20 euro al giorno (600 mese), migrano dall'Asur all'utente/comune.

Tariffa 2011	Tariffa 2012	Oneri 2011	Oneri 2012
Sanità 70%	Sanità 55%	Asl, 90,3 €	Asl, 70,53 €
Sociale 30%	Sociale 45%	Utente/comune, 38,7 €	Utente/comune 57,71 €

Nella determina si afferma che la retta "può essere considerata congrua ed in linea con analoghe strutture della regione Marche ed anche la suddivisione del 55% a carico dell'Asur e 45% a carico dell'utente/comune risulta sostenibile e condivisa". Sarebbe da chiedere ad Asur e cooperativa H Muta **per chi** risulta "sostenibile e condivisa" e magari equa. Come si può verificare, l'assenza di disposizioni regionali produce un accordo tra il gestore e uno solo dei due "finanziatori". L'utente/comune (in questo caso come in quello precedentemente analizzato) dovrebbe, dunque, prendere atto di quanto decide l'altro contraente. Un'anomalia evidentemente inaccettabile della quale, purtroppo, per primo gli enti locali non hanno consapevolezza, altrimenti pretenderebbero, nel rispetto della normativa nazionale, dalla Regione gli interventi normativi che le competono.

Ma la domanda successiva è: in base a quale normativa una struttura come quella in oggetto, definisce la ripartizione degli oneri? In mancanza di determinazioni regionali il riferimento può essere solo quello dei Lea (dpcm 29.11.2001). Sulla base di detta normativa, citata in premessa, non esiste una ripartizione 55/45. Le strutture residenziali sono a completo carico della sanità ad eccezione di quelle a bassa intensità assistenziale (nel caso la ripartizione è 40/60). La Comunità protetta, considerata la tipologia di utenza e lo standard di personale, non può essere considerata tale.

**Il terzo atto** riguarda la **Convezione tra l'Asur e l'Opera Pia Mastai Ferretti** di Senigallia (determina 342-2012) per la "regolamentazione dei rapporti per **ricovero e assistenza ai soggetti malati mentali anno 2012**". Per questi malati, fino ad un massimo di 20 posti, sono state individuate - stabilite dal direttore del Dsm - percentuali di incidenza sanitaria sulla base della retta media mensile indicata dalla Casa di Riposo dell'Opera Pia. La differenza tra retta mensile e la quota di competenza sanitaria determinata dal Dsm di Senigallia, corrisponde alla quota alberghiera. La Convenzione adotta, modificandolo, lo stesso schema delle residenze protette (dgr 1729-2010). In questo caso la tariffa giornaliera viene identificata per tutti i 20 utenti in 50,47 euro. Per 3 di questi la quota a carico dell'Asur è pari al 57% (28,80 euro); per 10 è del 38% (19,20 euro); per i rimanenti 7 è del 19% (9,60).

20 utenti	3 utenti	10 utenti	7 utenti
Retta giornaliera totale 50,47 euro	Quota Asur 57% - 28,80 €	Quota Asur 38% - 19,20 €	Quota Asur 19% - 9,60 €
	Quota utente 43% - 21,67 €	Quota utente 62% - 31,27 €	Quota utente 81% - 40,87 €

La domanda è scontata: sulla base di quale norma (e poi eventualmente con quali criteri) un Dsm può stabilire quale e quanta sia la quota di competenza sanitaria degli interventi?

### Anziani non autosufficienti e demenze

In questo caso si tratta dell'**accordo tra l'Asur e la Fondazione Grimani Buttari** di Osimo (determina 138-2012) per l'**erogazione di prestazioni sociosanitarie nella RSA Mimose e Sollievo (60 posti) e nelle Rp per anziani (20 posti)**. Come è noto per le Rsa anziani la Regione non ha fissato né lo standard, né la tariffa; in analogia con le Rp anziani ha fissato la quota a carico di utente/comune pari a 33 euro +/- 25% (massimo 41.25 euro). Per le Rp invece è stata fissata anche la tariffa pari a 66 euro (80 per le demenze) e la ripartizione dei costi, al 50%, tra sanità e sociale. Per i 60 posti di Rsa l'Asur riconosce una quota sanitaria (in analogia con altre Rsa private dell'ex Zona 7, ora ricompresa nell'Area Vasta 2) giornaliera pari a 91,38 euro. Per i 12 posti di Rp dementi, 40 euro; mentre per i rimanenti 8 posti di Rp non autosufficienti, 33 euro. L'accordo, come è noto, definisce soltanto le quote a carico dell'Asur. Data la fissazione da parte della Regione delle quote a carico dell'utente ne dovrebbero risultare le seguenti tariffe giornaliere: Rsa 124,35 (aumentabile fino a 132,63), Rp demenze: 80 euro; Rp non autosufficienti 66 euro (non dovrebbe prevedersi la maggiorazione del 25% in quanto la quota sanitaria viene erogata per intero al 50% della tariffa). Dal sito della struttura <http://www.buttari.it/index-4.html>, emerge che la quota a carico degli utenti nelle residenze *Mimose e Sollievo* (si desume: Rsa e Rp demenze) è pari a 56,50 euro. Invece nella Rp "*delle Rose e del Sorriso*" la cifra è pari a 56,50 o 57,50 (considerando che nel sito non esiste riferimento né a Rsa o Rp ma solo il nome delle strutture, abbiamo preso come riferimento la tariffa riguardante i non autosufficienti-dementi). Ognuno può fare il conto della differenza presente tra quanto stabilisce la Regione e quanto viene previsto. La cifra a carico dell'utente, eccedente quella regionale, può aumentare fino a 23,50 euro/giorno (circa il 70%).

	Quota sanitaria	Quota sociale prevista	Quota sociale praticata
<b>Rsa</b>	91.38	33 euro +/- 25%	56,50
Rp demenze	40.00	33 euro (+/- 25%?)	56,50
Rp non auto	33.00	33 euro (+/- 25%?)	56,50/57,50

Questioni sulle quali nelle delibere di controllo degli atti (Dgr 531 e 535/2012) la Regione ha ritenuto di non intervenire. La correttezza degli atti si misura solo a riguardo della congruità della spesa assunta dal servizio sanitario o non anche di quella dei cittadini?

Il **secondo atto**, riguarda la **convenzione tra l'Asur e la Cooperativa Labirinto** di Pesaro (determina 365-2012) per la gestione del centro diurno **Margherita per malati di Alzheimer** con sede a Fano. La nuova determina integra la 1013-2011 che avevamo commentato in **Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale II parte**. La Regione chiede all'Asur di conoscere con quale standard assistenziale (minutaggio) opera il centro diurno. Va ricordato che nell'accordo 2011 che modifica sostanzialmente quello dell'anno precedente la tariffa (e la ripartizione degli oneri) era la seguente:

**Tariffa 2011: 49,50 euro: 19,80 (40%) sanità, 29,70 (60%) utente o Comune.**

Così invece la tariffa e la ripartizione degli oneri nel **2010: 63 euro: 49,50 (80%) sanità, 13,50 (20%) utente o Comune.**

L'Asur comunica alla Regione lo standard assistenziale, pari 105 minuti al giorno per utente così ripartito a seconda delle diverse figure professionali: educatore, 35m; fisioterapista/terapista occupazionale, 20m; psicologa, 20 m; Oss, 35m. Ci si chiede come un tale standard possa essere compatibile con una tariffa di nemmeno 50 euro al giorno. Basterebbe a tal proposito fare il confronto con alcune strutture residenziali che hanno minutaggi assimilabili a quelli del diurno.

Infine **tre determine** riguardanti il finanziamento ADI per anziani non autosufficienti ricoverati in case di riposo o in residenze protette non convenzionate.

Nella **704/2011 l'ex Zona 5 di Jesi** destinava (anno 2011) per 350 posti in 13 case di riposo del territorio una cifra pari a 444.050,00 Euro, corrispondente a **3,4 euro giorno** per utente.

Nella **207-2011** si riportano i costi sostenuti nel 2010 dalla **ex Zona 7 di Ancona** per l'assistenza ADI in 8 strutture per complessivi 360 posti. I costi sostenuti sono stati pari 1.894.195 euro corrispondente a **circa 14 euro giorno** utente (con ripartizione dei costi per infermiere e Oss).

Infine nella **332-2012** si riporta l'accordo tra **Asur e Opera Pia Mastai Ferretti di Senigallia** per l'assistenza in ADI di circa 100 utenti. Si prevede una spesa annua pari a 109.800 euro equivalente del costo di 3 infermieri (in questo caso evidentemente si riconosce la sola assistenza infermieristica). Il costo giornaliero riconosciuto è di circa **3 euro giorno**.

A riguardo segnaliamo che: a) questi utenti sono del tutto assimilabili a quelli delle Rp convenzionate e che come tali dovrebbero essere trattati; b) ogni territorio (ex Zona) utilizza in maniera differenziata il fondo ADI; c) si riconoscono (fondi ADI) i costi per l'assistenza tutelare nelle strutture e non invece a domicilio.

### **Fare soltanto ciò che compete**

E' evidente, come ripetiamo da tanto tempo, che molte delle gravi patologie sopra evidenziate potrebbero essere superate se il programmatore regionale esercitasse le sue funzioni. Non accadrebbe quello che abbiamo esposto se standard, tariffe e ripartizione dei costi venisse, come di competenza, definito dalla Regione. Ma non è questo l'unico punto da sottolineare.

E' infatti necessario che la Regione determini tariffe, standard e compartecipazione ma lo deve fare bene. L'esempio da non seguire è quello della dgr 1785-2009 che in maniera del tutto improvvisata è andata a definire la ripartizione dei costi per alcune strutture residenziali dell'area riabilitativa e della residenzialità disabili. Abbiamo visto attraverso le determinate analizzate come si può definire in maniera sbagliata tariffa e ripartizione dei costi con pesanti ripercussioni sugli utenti dei servizi I Lea vanno applicati ma, lo ripetiamo, ciò deve essere fatto correttamente mettendo in relazione, tipologia di utenza, standard, costi e ripartizione.

Altre cose la Regione può farle da subito: si tratta dell'esercizio della vigilanza. Se c'è incoerenza tra classificazione e funzione ha infatti tutti gli strumenti per intervenire; così come se non vengono rispettate le norme (vedi oneri a carico degli utenti) che la stessa ha emanato.

Per accelerare questi interventi, intanto, bisognerebbe che gli utenti, aiutati dalle organizzazioni dei cittadini, si ribellassero nei confronti di regolamentazioni inique o illegittime. Ma per loro non è così facile: devono fare i conti con un bisogno, spesso urgentissimo da soddisfare. Hanno necessità di grande sostegno e di punti credibili e autorevoli di riferimento. Devono trovare compagni di viaggio disinteressati e pronti a spendersi per cause difficili. Compagni, potrebbero essere i Comuni e le loro organizzazioni di rappresentanza, i sindacati e tutte quelle organizzazioni di cittadini che hanno voglia di lottare (parola oggi desueta) per una giustizia che può incarnarsi in una singola persona, con uno specifico bisogno, che abita uno dei tanti territori della nostra Regione.

**8 maggio 2012**

#### **Per approfondire**

[Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)

[Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#)

[Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale](#)

[Servizi territoriali nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale Il parte](#)