

## "Quaderni Marche". Gli accordi ASUR enti gestori sui servizi socio-sanitari prima delle delibere

Nel periodo settembre 2011-aprile 2013, abbiamo analizzato, attraverso 7 schede, diverse decine di accordi dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) delle Marche con soggetti gestori (pubblici e privati) di servizi socio-sanitari rivolti a persone con disabilità, anziani non autosufficienti, persone con disturbi psichici, soggetti con demenza. In questa scheda uniamo quei lavori (tutti già pubblicati in questo sito, nell'area "Osservatorio Marche", <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>). Le analisi si fermano poco prima dell'emanazione delle contestatissime delibere sui servizi socio-sanitari di luglio e agosto 2013. A breve condenseremo in una nuova scheda il materiale prodotti successivamente.

---

Gruppo Solidarietà

### **Servizi socio-sanitari nelle Marche Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinazioni dell'Asur. I parte**

Più volte siamo intervenuti per sottolineare il quadro di estrema confusione in cui versano i servizi socio-sanitari, conseguente alla mancata definizione da parte della Regione di alcuni aspetti essenziali del sistema dei servizi territoriali. In particolare ci riferiamo agli standard di assistenza, alla definizione del fabbisogno, alle tariffe, alla ripartizione degli oneri tra settore sanitario e settore sociale<sup>1</sup>. La scheda, per avvalorare questa premessa, prende in esame alcune determinazioni dell'Asur (e delibere della Regione di controllo degli atti) nelle quali si definiscono accordi, protocolli, convenzioni con enti gestori dei servizi<sup>2</sup>. Le aree di riferimento sono quelle afferenti la disabilità, la salute mentale, gli anziani non autosufficienti (compresi soggetti con forme di demenza). A lettura ultimata si potrà verificare gli effetti della - sostanzialmente - assente programmazione regionale.

#### **Anziani non autosufficienti**

**Residenze sanitarie assistenziali.** La Convenzione ([determina Asur 727/2011](#)) tra la **Zona 12 di San Benedetto del Tronto** e la **Rsa San Giuseppe** gestita dalla Società Ideas<sup>3</sup>, definisce per i 40 posti (lo stesso ente è convenzionato con la Zona per altri 52 posti nelle strutture di Ripatransone e Montefiore dell'Aso) una **tariffa giornaliera di 96.75 euro** (55,50 di quota sanitaria e 41.25 di quota sociale) per uno standard giornaliero pari a **180 minuti** (130 Oss - 50 infermiere). Ciò che appare immediatamente evidente è la grande differenza nel rapporto standard/tariffa con altre Rsa private con le quali le singole Zone si convenzionano (il confronto con le Rsa pubbliche gestite direttamente dalle Zone è impossibile in quanto nessun atto ne specifica la tariffa). E' presumibile che i costi - a causa della tipologia di utenza<sup>4</sup> - siano molto più alti. Su tutta la convenzione tra Rsa **Anni Azzurri** e Zona 7 di Ancona dove per circa 130 minuti (seppur con la presenza anche del medico di struttura) la **tariffa richiesta è di 140**

---

<sup>1</sup> Oltre ai materiali pubblicati nel sito del Gruppo Solidarietà, [www.grusol.it](http://www.grusol.it), rimandiamo alle due ultime pubblicazioni del Gruppo; *La programmazione perduta* (2011); *I dimenticati* (2010); in [www.grusol.it/pubblica.asp](http://www.grusol.it/pubblica.asp).

<sup>2</sup> E' opportuno segnalare che in questi atti, quasi sempre, si fa riferimento agli oneri assunti dalle Zone. Va specificato che ciò non va inteso automaticamente come tariffa in quanto in molte situazioni alla quota sanitaria si aggiunge quella sociale a carico degli utenti o dei Comuni. Spesso dai siti delle strutture è ricavabile la quota di compartecipazione richiesta agli utenti. In alcuni casi la Regione, con specifici atti, ha definito l'entità della quota (ad esempio, residenze protette anziani, Comunità - Coser - per disabili), in altri no. Spesso anche quando la quota è stata fissata con specifica norma, gli enti gestori disattendono - in particolare nelle RP anziani - tali indicazioni.

<sup>3</sup> Per un aggiornamento vedi, *Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche*, [www.grusol.it/vocesociale/14-06-11.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/14-06-11.PDF).

<sup>4</sup> Per la gran parte soggetti in post acuzie con malattia non stabilizzata.

## Quaderni Marche - 1/2014

euro (90 quota sanitaria e 50 dagli assistiti). Praticamente la quota sanitaria di questo rapporto convenzionale copre l'intera tariffa della Rsa "San Giuseppe", con uno standard assistenziale superiore di circa il 40%. Riguardo gli oneri sanità/sociale, il rapporto è all'incirca 60/40. Come avevamo già fatto notare il rapporto minutaggio/tariffa è assimilabile a quello delle residenze protette (100 minuti/66 euro). In un'altra determina (717/2011), quella tra la **Zona 3 di Fano** e la RSA "Casa Argento" (40 posti autorizzati, 27 convenzionati con la Zona) **la tariffa giornaliera è di 87,50 euro** (54,50 quota sanitaria e 33,00 quota sociale); anche in questo caso il rapporto è di circa 60/40. Nello stesso atto si fa riferimento ad un **costo giornaliero** assunto dalla Zona 3 nella Rsa a gestione diretta di **Mondavio pari a 124,45 euro** (a cui probabilmente si aggiunge la quota a carico dell'utente pari a 33 euro, dopo i 60 giorni). In entrambi i casi non è però specificato lo standard di assistenza che, come è noto, non è stato definito dalla Regione. Nella convenzione della Zona 12 è da segnalare l'inserimento del criterio di accesso alla Rsa. Si stabilisce di utilizzare il sistema Rug, definendo ammissibili gli utenti con valutazione 18-30. Ciò significa - secondo quanto indicato nel Psr 2003- 2006 - che possono accedervi sia soggetti che richiedono cure mediche complesse (Rug 18-20); polipatologie ed instabilità clinica (Rug 21-26); deficit cognitivo (Rug 27-30). Per questi ultimi la destinazione dovrebbe essere le Rsa (Nuclei) Alzheimer, mai definite e attivate nella nostra Regione (ad eccezione di isolate esperienze locali attraverso accordi Zone - enti gestori) .

**Centri diurni.** La determina 854/2011, definisce l'Accordo tra la **Zona 7 di Ancona** e la **Fondazione Grimani Buttari di Osimo** (che gestisce circa 180 posti residenziali) riguardante la gestione da parte di quest'ultima di un **centro diurno Alzheimer di 20 posti**, autorizzato ai sensi della legge 20/2000<sup>5</sup>. Nella assenza totale di indicazioni regionali (la dgr 2200/2000, di definizione dei requisiti delle strutture della legge 20/2000 non ha inserito questa tipologia di strutture e dunque rimangono indefiniti standard e requisiti strutturali; assenti anche, non poteva essere diversamente, tariffa ed eventuale compartecipazione dei costi) l'accordo definisce il costo assunto dalla Zona 7, pari a **48 euro al giorno**, al quale si aggiunge una quota sociale che la determina non indica; le quote a carico degli utenti - distinte in 4 tipologie - sono indicate nel sito della Struttura [www.buttari.it/index-4\\_1.html](http://www.buttari.it/index-4_1.html). Vale la pena evidenziare - sommando le due quote - come il costo complessivo per la frequenza del centro diurno è superiore alla tariffa giornaliera di una residenza protetta (66 euro al giorno). In merito allo standard (in assenza delle ricordate determinazioni regionali) viene indicato questo rapporto: educatori: 2/20; Ota Oss: 5/20; IP: 3h/sett; fisioterapista 18h/sett; psicologo 6h/sett.; viene specificato che il tempo limite di trattamento è pari a 90 giorni, prorogabili. Vale la pena mettere a confronto tale determina con la **214/2011**, nella quale la **Zona 2 di Urbino** stipula una convenzione con la società Eagleas per la struttura **Serenity house di Montegrimano (Ps)** per 4 posti nel centro diurno Alzheimer. In questo caso la retta assunta dalla Zona è pari a 20 euro al giorno (50% della tariffa). Si è dunque in presenza di una tariffa giornaliera pari a 40 euro, inferiore di circa il 20% della sola quota sanitaria del Centro diurno del Grimani Buttari di Osimo. Le strutture sono identiche quanto ad autorizzazione<sup>6</sup>.

**Inserimento di soggetti psichiatrici in residenze per anziani.** Un altro capitolo, molto delicato, riguarda l'inserimento di soggetti psichiatrici in strutture per anziani o le convenzioni che alcune Zone hanno con queste residenze<sup>7</sup>. Vediamo alcuni atti in proposito. Nella **determina 766/2011**, la **Zona 10 di Camerino** definisce il rapporto convenzionale con la **Casa di riposo di Castelraimondo** (la capacità recettiva dovrebbe essere di 23 e risulterebbe convenzionata per 10 posti di residenza protetta anziani) a "favore di 6 ospiti provenienti dagli ex ospedali psichiatrici". In questo caso la convenzione prende a riferimento le delibere della Regione 2566 e 2569 del 1997<sup>8</sup>, nelle quali si impartiscono indicazioni per la chiusura degli ospedali psichiatrici (2566) e per l'assistenza residenziale di soggetti con patologia psichiatrica (2569). Nella dgr 2566 si stabilisce che l'utente, attraverso le sue risorse personali, deve

<sup>5</sup> Sulla normativa regionale riguardante queste strutture, vedi: *La programmazione perduta. Centri diurni per persone con demenza nelle Marche*, in [www.grusol.it/vocesociale/11-06-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/11-06-10.PDF).

<sup>6</sup> Lo si rileva dall'elenco dei centri diurni autorizzati ai sensi della legge 20/2000, incluso nella risposta dell'assessore alla salute della regione Marche (2009), ad una interrogazione del consigliere regionale Massimo Binci.

<sup>7</sup> Vedi in proposito, *Creatività e fantasia in alcune determinate dell'Asur*, in [www.grusol.it/vocesociale/01-04-11.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/01-04-11.PDF).

<sup>8</sup> Per un commento vedi, F. Ragaini, *In merito ad una recente delibera della regione marche sulla psichiatria*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 1-1998, p. 14.

assumere gli oneri alberghieri per una cifra indicativamente pari al 30% del costo e comunque non superiore alla indennità di accompagnamento<sup>9</sup>. Sulla base della normativa sopra richiamata la Determina fissa – per i 6 utenti – lo standard che la struttura deve garantire per una retta giornaliera pari a 72 euro (55,09-70% a carico della Zona; 16,95/30% a carico dell'utente).

Situazione analoga riguarda la convenzione con le strutture residenziali gestite dalla **società Zaffiro**. La **Zona 7** ha una convenzione per complessivi 40/45 utenti (20/25+20) in due residenze protette (Ancona e Montesicuro). L'accesso è disposto dal DSM. Il budget è di circa 1.000.000 euro. La quota corrispondente per utente è pari a circa 60 euro su 45 utenti e 68 su 40 (**dgr 1136/2011**). In altre due determinate (**421 e 422/2011**) vengono inseriti presso le residenze di Ancona e San Lorenzo in Campo (anche questa gestita da Zaffiro) due utenti con grave patologia psichiatrica (disturbo bipolare) assumendo oneri per il 70% della tariffa, pari a 70 euro al giorno (con la stessa struttura è attiva anche una convenzione - **decreto 216/2011** - della **Zona 3 di Fano** per 15 posti di soggetti con demenza per complessivi 219.000 euro corrispondenti a 40 euro al giorno). Il riferimento a queste determinate viene fatto per evidenziare che ci sono ancora molti posti "convenzionati" con le residenze protette per la gestione di pazienti psichiatrici (tanto che l'invio viene fatto dal Dsm); tipologia di utenza non prevista per le Rp che richiede personale ed organizzazione adeguato. Tale utenza in realtà dovrebbe (**dgr 1729/2011**) essere ospitata ad esaurimento nelle Rp in quanto altre sono le strutture previste per queste problematiche (vedi indicazioni Progetto obiettivo salute mentale, del. 132/2004). Tale situazione impedisce inoltre di quantificare l'effettiva necessità di residenzialità psichiatrica che non andrebbe confusa, come spesso accade, con quelle rivolte a soggetti con forme di demenza per le quali la regione Marche prevede l'inserimento presso Nuclei Alzheimer delle Rsa – mai definiti – e nel caso di non rilevanti disturbi comportamentali, presso le Residenze protette per demenze<sup>10</sup>. Ritornando alla residenzialità psichiatrica il numero di utenti ricoverati stabilmente presso strutture non afferenti a questo settore, è sicuramente rilevante se si tiene conto di quelli ospitati presso Rp e Case di riposo per anziani<sup>11</sup>, comunità per disabili e anche nelle comunità alloggio disturbi mentali (che dovrebbe avere sola funzione abitativa ma che in realtà erogano prestazioni terapeutiche e riabilitative assimilabili ad alcune delle strutture previste nel Progetto obiettivo salute mentale ed autorizzate ai sensi della legge 20/2000).

### Salute mentale

**Comunità alloggio soggetti con disturbi mentali.** Rimaniamo nell'ambito della residenzialità psichiatrica prendendo come riferimento due determinate (674 e 696-2011) con le quali la **Zona 5 di Jesi** si convenziona con due comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali<sup>12</sup> (d'ora in avanti CADM). Come è risaputo (per l'analisi della normativa vedi nota 12) le CADM sono strutture con funzione abitativa e per questo motivo non hanno una previsione di standard di personale - previsto con funzione di supporto - e sono rivolte a soggetti con buona autonomia. I requisiti strutturali sono funzionali a questa tipologia di utenza. Si tratta di

<sup>9</sup> Tale normativa appare oramai superata dopo quelle riguardanti le strutture sanitarie e sociosanitarie - legge 20/2000 e 2002 - ed il percorso di riqualificazione della residenze sociosanitarie per anziani. Purtroppo, in assenza di specifiche indicazioni regionali riguardo le tariffe gli enti continuano, in una situazione di grande confusione, ad utilizzare queste vecchie deliberazioni.

<sup>10</sup> Attualmente finanziati con minutaggio 120 minuti/giorno e tariffa complessiva di 80 euro sono circa 100 posti. In realtà la convenzione della Zona 3 con Zaffiro dimostra che i posti sono di più seppur non finanziati (dai dati regionali questi posti non sono ricompresi nei circa 100 sopra indicati).

<sup>11</sup> Ad es. nella **Casa di riposo di Jesi** i 12 posti convenzionati da moltissimi anni tra la struttura e la Zona 5 per pazienti psichiatrici, sono stati riclassificati come posti per dementi (legge 20/2002). I malati così da un giorno all'altro hanno cambiato la diagnosi e come conseguenza anche la retta. Da quel giorno, sono entrati dentro le regole delle RP demenze e il 70/30 è diventato 50/50 con tariffa di 80 euro al giorno (e retta di 40 per gli utenti). Queste persone si sono svegliate una mattina con una nuova diagnosi e con nuovi oneri. Ovviamente non è cambiato il servizio ricevuto. A nulla sono valse le proteste di chi pensava di contare sul principio di ragionevolezza. Zona 5 (Dsm e distretto) e Casa di riposo hanno piegato, con tortuosi ragionamenti, la realtà e la ragione ad oscure, quanto non convincenti interpretazioni. Sul tema vedi: [www.grusol.it/vocesociale/25-11-08.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/25-11-08.PDF).

<sup>12</sup> Sul tema vedi, *Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali*, in [www.grusol.it/vocesociale/13-05-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/13-05-10.PDF).

un servizio del tutto assimilabile ai Gruppi appartamento del Progetto obiettivo salute mentale (del 132/2004). Nella [determina 674](#) si definisce il rapporto convenzionale con la cooperativa **Cooss Marche** che gestisce la Comunità Soteria (Jesi). Per i 10 utenti (dunque due nuclei accorpati in quanto la capacità recettiva massima di queste comunità è 6) è prevista la definizione di un programma terapeutico da parte del DSM nel quale deve indicarsi il periodo di permanenza nella struttura; a ridosso della dimissione vengono verificati congiuntamente (Dsm/struttura) i risultati ottenuti per stabilire l'eventuale prolungamento del periodo di permanenza (art. 2-4 Convenzione). La [tariffa](#) giornaliera è pari a **134,48 euro** (+ Iva 4%); la quota a carico dell'utente è pari a 18.86 euro (circa 13%). Pare difficile poter sostenere che l'utenza ospitata è rispondente a quella delle CADM. Con la [determina 696](#), la **Zona 5** stipula invece la convenzione con un'altra CADM, **Villa Ricci** (Monteroberto) gestita dall'associazione di volontariato "Alveare" di Assisi. Il testo della Convenzione è assimilabile a quello della determina precedente. Nell'uno e nell'altro caso, riteniamo non correttamente, queste comunità vengono ricondotte alle strutture del Progetto obiettivo nazionale salute mentale 1998-2000 (Dpr 10.11.1999). Per quanto riguarda la tariffa, è fissata in **120 euro** (inferiore dunque all'altra CADM); inaspettatamente vengono però definite due tipologie di utenza: **a)** utenza psichiatrica con invio dal Dsm. Quota a carico della Zona 5 circa 101 euro (85%); quota a carico dell'utente: circa 19 euro (15%); **b)** utenza disabile con invio Umea. Quota a carico Zona 5, circa 68 euro (55%); quota a carico utente/Comune, 52 euro (circa 45%). Riassumendo: la CADM, struttura con funzione abitativa rivolta a soggetti con buone autonomie, accoglie "utenza psichiatrica" inviata dal Dsm e ... dall'Umea. Per i primi l'Asl paga l'85% della retta, per i secondi il 55% (peraltro il 55/45 è una ripartizione di oneri non presente in alcuna norma nazionale<sup>13</sup>). Ci si chiede se i Comuni che devono assumere parte rilevante della tariffa sono stati chiamati a condividere tali atti. E' necessaria infine una precisazione in merito al seguente passaggio: *"Da ultimo si torna a precisare che il DPCM 29/11/2001 s.m.i. 'Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza' su cui tra l'altro si fonda la presente proposta, segnatamente all'allegato 1C "Area Integrazione socio-sanitaria" prevede, nell'ambito dell'assistenza territoriale residenziale, l'attività sociosanitaria e le prestazioni socioriabilitative in favore di disabili fisici, psichici e sensoriali gravi e privi del sostegno familiare; tra le normative di riferimento i LEA richiamano il DPCM 14/2/2001 cioè l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Quest'ultimo prevede, per le patologie psichiatriche, l'assistenza in strutture a bassa intensità assistenziale, quale è la comunità alloggio per disabili mentali Villa Ricci, con una ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote fissate a livello regionale, fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell'utente"*. La normativa sui Lea (che riprende l'atto di indirizzo) distingue, non si potrebbe diversamente, l'area della disabilità da quella della psichiatria. Nel primo caso non si fa riferimento alla intensità assistenziale ma soltanto alla residenzialità rivolta a "disabili gravi" (ripartizione 70/30) e a "disabili privi di sostegno familiare" (ripartizione 40/60). Il discrimine nei servizi residenziali riguarda la presenza o meno della gravità. E' allo stesso modo evidente che il *trascinamento* di un'utente con disabilità in una struttura psichiatrica, già di per sé non corretto, non può determinarne l'assimilazione alle regole di questo settore. A meno che, tutto può essere, si tratti di utenti "psichiatrici", in carico all'Umea. Ma ci sono ancora altre due questioni: 1) cosa connota una struttura psichiatrica a bassa intensità assistenziale; 2) gli standard e le prestazioni di un servizio destinato a soggetti con patologia psichiatrica possono essere adeguati anche a soggetti in carico ai servizi per la disabilità? Se dunque il riferimento alla bassa intensità assistenziale non è riconducibile ai servizi residenziali per disabili, occorre chiedersi se una struttura con personale sulle 24 ore, con retta assimilabile a quella della comunità protetta (come vedremo più avanti anche più alta), possa essere considerata di questa tipologia. Lo potrebbe, riteniamo, a condizione di ospitare effettivamente l'utenza prevista dai Regolamenti 1-2004 e 3-2006. La seconda questione attiene agli interventi (educativi, terapeutico e riabilitativi) ed alle figure professionali della comunità. Possono prescindere dalla tipologia di utenza e dunque dai bisogni?

**Comunità protette.** Infine prendiamo a riferimento la [determina 423/2011](#), nella quale si definisce l'inserimento da parte del Dsm della **Zona 7 di Ancona** presso la "struttura

<sup>13</sup> Se si fosse voluto prendere a riferimento le indicazioni dei Lea (dpcm 29.11.2011) per la residenzialità di soggetti "disabili senza sostegno familiare", il riferimento doveva essere 40/60. Nel caso, i soggetti non devono avere la condizione di gravità ai sensi della legge 104 ed essere accolti in residenze per disabili.



residenziale "Atena" di Monte Cerignone (PU) di una persona malata con "Schizofrenia in comorbidità con Disturbo di Personalità N.A.S.". Per tale inserimento la Zona 7 assume il 100% della retta pari a 110 euro al giorno. In riferimento alle strutture sopra analizzate ci si chiede se la *bassa intensità assistenziale* possa essere ricondotta ad una struttura con costi assimilabili o più alti a quelli qui indicati. La "struttura residenziale", è con ogni probabilità una "comunità protetta" autorizzata ai sensi della legge 20/2000<sup>14</sup> (per la ricerca vedi le strutture della legge 20/2002, in <http://orps.regione.marche.it> e poi cerca nei "servizi collegati con l'ente gestore"). Le CP, nella confusa normativa regionale (vedi nota 14), dovrebbero essere a compartecipazione. Ad una lettura approfondita della normativa nazionale riteniamo che essa non possa essere ricondotta a quelle a bassa intensità assistenziale e quindi anche con quota sociale. Ma la sorpresa più grande l'abbiamo provata quando, nel cercare di capire di che tipologia di struttura si trattasse, abbiamo trovato il sito di Atena, [www.strutture-sociosanitarie.it/public/aten/](http://www.strutture-sociosanitarie.it/public/aten/) insieme ai servizi gestiti dalla cooperativa *Benessere*. Nelle strutture di Monte Cerignone (Atena), e Monte Grimano (*Serenity House*) nello stesso edificio, sono presenti una infinità di strutture con diversa autorizzazione, per diversa tipologia di utenti (disabili, anziani, psichiatria, ex detenuti, adulti in difficoltà, ecc ...). Riprendendo dal sito: 65 nella prima e 99 nella seconda: ma le tipologie di strutture ed i posti sono molti, molti di più se si sommano le strutture autorizzate ai sensi della legge 20/2002 e quelle, collegate, della legge 20/2000. La questione è molto seria. All'indomani delle norme sulle autorizzazioni e sui requisiti (leggi 20-2000 e 20-2002) avevamo posto a più riprese il tema-problema degli accorpamenti, sostenendo la tesi che occorreva definire precisi limiti, per evitare la possibilità del sostegno o del ritorno a modelli istituzionali. Il tema, purtroppo, non è mai stato tematizzato e dunque affrontato con la necessaria consapevolezza. Il solo buon senso richiederebbe un esame di coscienza in merito ai modelli che l'attuale sistema produce e legittima.

### Disabilità

**Residenze protette.** Nella determina 549/2011 la Zona 4 di Senigallia stipula un protocollo d'intesa con i Comuni del territorio per la gestione della residenza protetta (RP) di Corinaldo per disabili (13 posti). Le Rp disabili sono disciplinate dalla legge 20-2002 e dai Regolamenti attuativi per quanto riguarda gli standard. La Regione anche per questa tipologia di comunità non ha definito né costo, né ripartizione degli oneri tra sanità e sociale, né fabbisogno (il Piano sociale 2008-2010 ne blocca formalmente l'attivazione)<sup>15</sup>. Viene definita una tariffa pari a 140 euro con ripartizione del costo tra sanità e sociale del 50%. Nella premessa del Protocollo viene citata, erroneamente, la normativa riguardante le strutture di riabilitazione - che ricomprende anche le Rsa disabili - autorizzate ai sensi della legge 20/2000 e sono, peraltro, tutte a carico del fondo sanitario. Si fa riferimento anche al modello di convenzione delle RP anziani (dgr 704/1996) che non sono in nessun modo assimilabili con le residenze protette per disabili. Interessante, nella dgr 1056/2011, le obiezioni della Regione nella delibera di controllo degli atti. Viene chiesto:

- 2) A quale tipologia di accreditamento dei posti letto si riferisce l'atto in esame, poiché, la struttura è autorizzata per due moduli: uno sanitario e l'altro sociale;
- 3) Si richiedono chiarimenti sulla effettiva tariffa di €. 140,00, la quale risulta sopravvalutata, sia se riguarda il modulo sanitario (la tariffa del 2010 di riferimento per le RSA disabili è di €. 117,03 ex DGRM 1799/2010), sia se appartenga al modulo sociale per le strutture autorizzate come "Residenza protetta per Disabili";

Dalla richiesta si deduce il livello di confusione: a) le strutture della legge 20/2002 non sono accreditate in quanto tale normativa non è stata mai emanata; b) nelle Rp non esistono moduli sociali e sanitari; c) nel caso specifico la residenza - con 13 posti - proprio ai fini della autorizzazione deve avere due moduli, in quanto la capacità recettiva massima prevista per

<sup>14</sup> Per approfondire vedi, *La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche*, in, [www.grusol.it/vocesociale/02-07-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/02-07-10.PDF)

<sup>15</sup> Per un approfondimento vedi, *I servizi territoriali per la disabilità nella programmazione della regione Marche*, in, [www.grusol.it/informazioni/03-10-08bis.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/03-10-08bis.PDF).

## Quaderni Marche - 1/2014

singolo modulo è di 10; d) la Rsa disabili è un'altra tipologia di struttura. Qualche domanda la Regione dovrebbe invece porla a se stessa: a) perché non ha definito la tariffa e la ripartizione dei costi; b) come mai le strutture a residenzialità permanente della legge 20/2000<sup>16</sup> (Rsa disabili), hanno rette mediamente più basse delle strutture a funzione protetta e tutelare della legge 20/2002; infine perché non conosce la normativa da essa stessa emanata.

**Centri diurni.** La determina 811/2011, definisce l'accordo tra Zona 12 di San Benedetto del Tronto ed il Comune della stessa città, "per l'integrazione delle prestazioni di assistenza socio sanitaria" nei Centri socio educativi riabilitativi (Cser) *Biancazzurro (18)* e *Arcobaleno 1 e 2* (16 +16) per complessivi 50 utenti. Anche in questo caso, a proposito di accorpamenti, va segnalato come le sedi dei due Centri diurni "Arcobaleno" siano collocate in Via Machiavelli 2 e 2b. Ma il motivo principale per cui questa determina viene citata riguarda la ripartizione degli oneri tra la Zona 12 e il Comune. L'atto infatti con precisione passa in rassegna la normativa vigente (atto indirizzo integrazione e decreto sui Lea) per arrivare a sostenere che nei Cser per disabili gravi spetta alla Asl l'assunzione di oneri per il 70%, mentre il restante è a carico dell'utente o del Comune. Soltanto che la cifra che l'Asl assume è pari a 6,11 euro al giorno ad utente. Considerata l'improbabilità, per un CSE, di una tariffa giornaliera di circa 9 euro, si scopre allora che l'assunzione degli oneri al 70% non viene assunta sul costo del servizio, ma solo sulle prestazioni di assistenza tutelare sociosanitaria (il costo di 3 Oss). Appare poco comprensibile come il Comune abbia potuto accettare tale, errata, interpretazione che sembra costruita appositamente con l'obiettivo di non assumere oneri sanitari. Nella *dgr 971/2011*, invece, la Regione chiede conto alla Zona 11 di Fermo del rapporto convenzionale con i servizi (Coser e Cser) dell'Ambito sociale XX. Dalla delibera si prende visione che per i tre Cser dell'Ambito, la Zona assume tre differenti percentuali di compartecipazione (non sul costo dell'Oss come succede a San Benedetto del Tronto!): 50-70-30%. Parrebbe evidente che ad analogo servizio quanto ad autorizzazione, corrispondesse, analoga regola.

### Una conclusione?

Questo lavoro ha un unico obiettivo. Dimostrare gli effetti a livello locale del mancato governo regionale dei servizi territoriali. Ogni scelta è legittima (seppur ci sono atti che il livello regionale è tenuto ad assumere), l'importante è che sia tale e che venga motivata.

Ricordando che senza regole vige la discrezionalità<sup>17</sup> che mai è andata a vantaggio del debole. Dalla discrezionalità al clientelismo, come è noto, il passo è breve.

*30 settembre 2011*

---

<sup>16</sup> Per un approfondimento vedi, *La residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione*, in, [www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF).

<sup>17</sup> Ed il fatto, come si evince da questa nota, che sempre più il privato speculativo (ma anche un non profit interessato esclusivamente alla ricerca di commesse) cerchi spazio in questo settore, dovrebbe far pensare alla indispensabilità di strumenti di protezione a favore degli utenti. Chi, se non le istituzioni, dovrebbero assicurare e garantire tale tutela?

## Servizi sociosanitari nelle Marche

### Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'Asur. Il parte<sup>18</sup>

In questa nuova scheda prenderemo in esame alcune determinate dell'Asur riguardanti l'area della salute mentale e delle demenze. In particolare ci soffermeremo su tre che in maniera inequivocabile dimostrano e confermano la situazione di grande confusione e ambiguità all'interno dei servizi sociosanitari territoriali. Una confusione che, come si potrà verificare, si ripercuote pesantemente sugli utenti.

#### Salute mentale

La **prima** (n. 927/2011), riguarda il "Rinnovo del contratto con l'Istituto Psicopedagogico Opera Pia Bergalucci di Offida per l'ospitalità di assistiti psichiatrici cronici e di disabili gravi negli anni 2010 e 2011". Nell'atto sono presenti numerosi aspetti che possiamo considerare paradigmatici riguardo gli effetti del mancato governo regionale sul sistema – in questo caso – sociosanitario. L'Opera Pia Bergalucci (d'ora in avanti OPB) è **autorizzata per 40 posti di Rsa per disabili fisici e psichici**<sup>19</sup>. La **Zona 12 di San benedetto del Tronto** ha stipulato un contratto con la struttura per due soggetti con malattia psichiatrica cronica e due soggetti disabili gravi. Per uno dei due disabili gravi paga una quota sanitaria pari a 28 euro al giorno; per l'altro 40; per i due "psichiatrici cronici", invece, non ci sono differenze e anche per loro la quota sanitaria è di 40 euro. La determina, dopo aver passato in rassegna alcune norme nazionali e regionali riguardanti psichiatria e disabilità, ritiene opportuno utilizzare la dgr 704/2006<sup>20</sup>, richiamando allegato C che contiene il verbale della riunione del 3.2.2005, tra Regione e sindacati, trasformato in "protocollo di intesa sulle residenze sociali e sulla non autosufficienza sia degli anziani che dei disabili". Tale delibera viene utilizzata al fine di determinare la quota sanitaria a carico della Zona. Abbiamo fin qui riportato – senza commento – i principali contenuti della determina; con curiosità attendiamo di leggere la delibera regionale di controllo degli atti, così da verificare cosa la Regione "potrà dedurne".

Analizziamo ora le contraddizioni, gli errori e le fantasiose interpretazioni normative.

1) **Autorizzazione.** L'OPB è autorizzata per **40 posti di Rsa disabili fisici e psichici**. Nel quadro normativo regionale il "psichico" non è utilizzato in maniera erranea o impropria per definire soggetti con disabilità intellettiva, ma designa un'autorizzazione psichiatrica che riguarda strutture diverse da quelle della disabilità. Per fare chiarezza: la **Rsa disabili** è una cosa, la **Rsa disabili psichici** è un'altra cosa<sup>21</sup>. Nel primo caso la retta è a totale carico del fondo sanitario (la tariffa stabilita dalla Regione è pari a circa 117 euro, per un minutaggio giornaliero di 140 minuti); nel secondo caso, non avendo la normativa regionale disciplinato questa tipologia di struttura, questa va ricondotta ad altre strutture (quali ancora non si sa. Vedi in proposito i contenuti della nota 4). In ogni caso, l'ingresso in una struttura per disabili non può essere disposto dal Dsm, così come l'Umea non può farlo per strutture psichiatriche<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> Una prima scheda contenente l'analisi di determinate riguardanti servizi afferenti alle aree: disabilità, demenze, anziani non autosufficienti, psichiatria, è stata pubblicata il 30 settembre. E' scaricabile in [www.grusol.it/vocesociale/30-09-11.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/30-09-11.PDF).

<sup>19</sup> Nel 1973, il medico provinciale di Ascoli Piceno aveva autorizzato l'OPB ad aprire un istituto medico psicopedagogico "per il ricovero di minori irregolari psichici di sesso femminile di età dai sei a sedici anni, suscettibili di guarigione".

<sup>20</sup> Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005".

<sup>21</sup> Vedi in particolare, *Rsa disabili psichici. Per la regione Marche le strutture autorizzate non esistono*, [www.grusol.it/informazioni/16-04-06ter.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/16-04-06ter.PDF); *Rsa disabili psichici nelle Marche. Anche il Difensore civico scrive all'assessore alla sanità*, in, [www.grusol.it/informazioni/06-09-06.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/06-09-06.PDF).

<sup>22</sup> Ambiguo e contraddittorio è il quadro delle strutture per disabili autorizzate ai sensi della legge 20/2000, per le quali l'accesso può essere disposto con impegnativa dal medico di base.

2) **La Convenzione.** Il riferimento alla dgr 704/2006 è errato. Questa, successivamente modificata con altri modelli di convenzione (da ultimo dgr 1729/2010), riguarda unicamente le residenze protette per anziani. Il riferimento della delibera alle RSA anziani (e non alle altre tipologie) riguarda unicamente i criteri di compartecipazione dell'utente ricoverato in queste strutture e la possibilità, poi non più ripresa nei successivi accordi convenzionali, che anche le Rsa (sempre anziani) potessero utilizzare tale schema di convenzione. In nessun punto la delibera si riferisce dunque alle residenze per disabili ed in ogni caso anche se - **ma non è così** - avesse fatto riferimento alle RP disabili, tale atto non poteva riguardare l'OPB che è invece una RSA disabili (autorizzata ai sensi della legge 20/2000).

Appare invece evidente l'utilizzo della dgr 704/2006 (che ripetiamo riguarda le RP anziani) in funzione dell'assunzione della quota sanitaria (nelle RP la quota sanitaria è di 40 euro per soggetti con forme di demenza<sup>23</sup> e 33 per anziani non autosufficienti, sempre pari al 50% della tariffa).

3) **La doppia quota sanitaria.** Infine è da rilevare che per i due "disabili gravi" ricoverati, si decide di assumere - sarebbe utile capire in base a quale criterio - due diverse quote sanitarie. L'atto, peraltro, non indica, qual è la quota a carico dell'assistito e dunque, conseguentemente, neanche a quanto corrisponde la tariffa giornaliera<sup>24</sup>.

In conclusione, l'atto presenta, da un lato evidenti profili di illegittimità (a partire dalla previsione di una quota sociale in una struttura a completo carico del fondo sanitario), dall'altro un'incredibile confusione tra norme, tipologia di struttura e di utenti. Sembra davvero la riproposizione di vecchi e superati indifferenziati contenitori, cui si cerca, maldestramente, di dare un supporto normativo.

La **seconda** (n. 991/2011), riguarda il "**Contratto con la Fondazione Pelagallo di Grottammare per l'accoglienza presso le omonime CdR e Rp disabili di pazienti affetti da malattie psichiatriche. Anni 2010 e 2011**". Il contratto stipulato dalla **Zona 12 di San Benedetto del Tronto**, riguarda "**l'accoglienza residenziale di soggetti psichiatrici ex OP e di nuovi assistiti psichiatrici cronici della ZT12, presso la casa di Riposo fino al 30/06/2010 e la Rp disabili dal 01/07/2010**". La quota sanitaria assunta è pari a **40,00** euro nel ricovero nella CdR e successivamente di **59,60** nella Rp disabili. La quota a carico dell'utente è pari a **40,00** euro al giorno. Si tratta dunque, anche in questo caso, dell'inserimento - disposto dal Dsm - di soggetti psichiatrici, prima, presso una Casa di Riposo per anziani, trasformata poi, con nuova autorizzazione, in Rp disabili. Nel contratto viene specificato che fino al 30 giugno 2010 la Fondazione Pelagallo metteva a disposizione della Zona 12 un'area della Casa di Riposo per i 12 malati psichiatrici che dal 1.7.2010 - data della riconversione - sono accolti in una Rp disabili. L'atto precisa che la tariffa complessiva nella CdR era di 80 euro al giorno (40 + 40), mentre nella Rp disabili è di 96,60 (59,60 + 40). Per quanto riguarda la normativa regionale che, a seguito della chiusura degli Ospedali psichiatrici consentiva l'inserimento anche presso le strutture per anziani dei malati, rimandiamo ai contenuti della scheda, di cui alla nota 1. Ricordiamo che, ai sensi di quella normativa (1996), la quota a carico degli utenti - pari a circa il 30% della retta - non doveva superare l'importo dell'indennità di accompagnamento (quindi ad oggi circa 480 euro mese). Come si può verificare, la differenza è di circa 720 euro mensili. E' interessante sapere chi paga tale differenza<sup>25</sup>. Infine, tenendo a riferimento quanto indicato nell'Accordo, la tariffa di una Rp disabili di 12 posti che rispetta gli standard della legge 20/02 (140-170 minuti di assistenza sociosanitaria e 90 minuti di assistenza educativa), così come richiamato nell'articolo 7 dell'Accordo è pari a 96,60 euro al giorno<sup>26</sup>.

Ma è chiaro che in questo caso non siamo tanto interessati alla tariffa della Rp disabili, quanto al fatto che venga riconvertita una Casa di Riposo per anziani, che ricoverava "**ex OP**",

<sup>23</sup> "senza rilevanti disturbi comportamentali".

<sup>24</sup> E' ipotizzabile - considerata la citazione della norma riguardante le Rp anziani - il riferimento alle quote "sociali" di queste strutture, pari al 50% del costo (33 euro anziani e 40 demenze).

<sup>25</sup> Peraltro emerge una differenza tra la tariffa indicata nell'accordo e il Piano dei costi gestione 2011, nel quale si indica un costo complessivo giornaliero, pari a circa 115 euro (60,09 + 54, 04).

<sup>26</sup> Anche in questo caso si veda il raffronto nella scheda della nota 1 con la Rp disabili di Corinaldo con capacità recettiva molto simile (13 posti).



## Quaderni Marche - 1/2014

in una residenza protetta per disabili; ovvero in una struttura che non può accogliere – se non illegittimamente - pazienti psichiatrici<sup>27</sup>. A questo punto è impossibile non chiedersi:

a) per quale motivo si è deciso di riconvertire una CdR per anziani in una Rp disabili, per il ricovero di malati psichiatrici ex OP;

b) come sia stato possibile concedere l'autorizzazione per una struttura per disabili, quando la stessa accoglieva e accoglie soggetti con patologia psichiatrica.

Qualcuno dovrà prima o poi spiegarlo<sup>28</sup>.

**Infine** vale la pena segnalare il gran numero di determine nelle quali si dispone l'inserimento di soggetti psichiatrici all'interno di case di Riposo. Ad esempio la **Zona territoriale 11, di Fermo**, con le **determine 751-2-3/2011**, ha stabilito delle Convenzioni con le Case di Riposo di Montegiorgio, Monte San Pietrangeli, e Sassatelli di Fermo. Nella **prima** sono inseriti 3 pazienti psichiatrici, per i primi due la retta assunta è del 70% (20 euro giorno), per il terzo è del 50% (14 euro/giorno), per una tariffa giornaliera di poco superiore a 28 euro. Nella **seconda**, ne sono inseriti quattro, seppur l'assunzione di oneri ne riguarda tre. Per ognuno la quota di partecipazione è diversa (25%, 40%, 48%, pari rispettivamente a 6,4, 13,2, 18,4 euro al giorno). Nella **terza**, ne sono ospitati 13 (5 ex OP e 8 nuovi inserimenti); in realtà complessivamente sono 14. Di seguito la tabella dalla quale si evince che per i 14 ricoverati le quote sanitarie oscillano dal 100% al 30%, passando per il 70, 56, 50 e 45. Come si può inoltre verificare, le tariffe (retta piena) sono 6.

Numero	Iniziali del nome e del cognome dell'ospite D.Lgs196/2003		retta piena	QUOTA A CARICO ZONA T11	Quota mensile ASUR
1	A	C	677.96	70	€ 474.57
2	C	C	€ 1.270,00	70	€ 889.00
3	Del p	N	€ 950.00	40	€ 380.00
4	Di N	A	€ 850.00	45	€ 382.50
5	F	M	€ 850,00	70	€ 595.00
6	G	C	€ 1270,00	70	€ 889,00
7	I	E	€ 562.61	30	€ 168.78
8	I	A	€ 570.00	50	€ 285.00
9	L	G	€ 950.00	50	€ 475.00
10	M	D	€ 1.270,00	50	€ 635.00
11	M	F	€ 1270.00	56	€ 711.20
12	M	G	€ 1270.00	100	€ 1270.00
13	O	L	€ 1270.00	70	€ 889.00
14	Z	L	€ 850.00	50	€ 475.00

Da ultimo segnaliamo la **determina 514**, sempre della **ZT11 di Fermo**, nella quale si dispone un inserimento residenziale di un soggetto "tossicodipendente con disturbo psicotico ed alcool dipendente" presso la "comunità Atena" (vedi in proposito la scheda della nota 1). L'atto specifica che "La Comunità Atena si configura con le caratteristiche di Casa Protetta, (autorizzata con Decreto GRM 112/s040 del146/010): pertanto con riferimento alla normativa vigente, la retta giornaliera di € 100.00 va ripartita al 35% a carico del DSM, al 35% a carico dell'STDP e 30% Comune di Fermo".

Posto che ai sensi della normativa regionale vigente non esiste alcuna struttura autorizzabile come "Casa protetta", ci si chiede: a) quale normativa vigente prevede l'assunzione di oneri al 70/30 per la tipologia di utente sopra indicato; b) per quali strutture la regione Marche prevede una compartecipazione 70-30 sanità/sociale. Infine, segnaliamo – vedi scheda nota 1 – che tra le innumerevoli strutture, sia ai sensi della legge 20/2002 che 20/2000, **Atena** è autorizzata anche per **comunità protetta psichiatrica**. Come avevamo

<sup>27</sup> Per un approfondimento, vedi, *Casa protetta? Comunità protetta? Residenza protetta? A proposito della convezione tra l'Asur e "Casa Godio" di Pergola*, in [www.grusol.it/vocesociale/10-11-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/10-11-10.PDF).

<sup>28</sup> O forse, purtroppo, la spiegazione è facile. Autorizzarsi con la legge 20-2002 è semplice e - rispettati gli standard strutturali - non comporta grossi problemi. Soprattutto non ci sono limiti (vedi mancanza di fabbisogno). Se poi si ha anche certezza della convenzione, l'obiettivo è quello di assicurarsi un qualsiasi contenitore che verrà successivamente riempito.

documentato nella precedente scheda, la Zona 7 di Ancona ha inserito un utente a retta sanitaria piena ([determina 423/2011](#)), per una tariffa giornaliera di 110 euro. Se la comunità (autorizzazione) è la stessa, ne dovrebbe conseguire identica regola sia per tariffa che per assunzione di oneri.

### Demenze

**Centro diurno Alzheimer.** In questo caso prendiamo in esame ([determina 1013/2011](#)) la "Convenzione tra l'Asur, Zona territoriale 3 di Fano e la Soc. Labirinto Cooperativa sociale per malati di Alzheimer presso la struttura denominata Centro diurno Margherita. Anno 2011".

Ma prima di analizzare questo atto, è interessante riprendere la [dgr 1455/2011](#), nella quale la Regione chiede chiarimenti all'Asur in merito alla [determina 854/2011](#) (che avevamo analizzato nella scheda della nota 1), riguardante la convenzione con la Fondazione Grimani Buttari di Osimo per un Centro diurno Alzheimer. La Regione, riconoscendo di non avere definito una tariffa regionale, chiede all'Asur a quanto ammonti la quota richiesta agli utenti del Centro diurno e come mai in altre strutture diurne con le quali l'Asur ha stabilito degli Accordi, le tariffe si "discostano in modo significativo". Posto che, non siamo convinti - per le ragioni indicate nella scheda di commento alla [determina 845/2011](#) - che il Centro diurno della Grimani Buttari sia autorizzato ai sensi della 20/2002 - come invece sembrerebbe indicare la Regione - (e comunque un Centro diurno Alzheimer se fosse autorizzato ai sensi della 20/2002, sarebbe illegale), ci permettiamo di anticipare la risposta dell'Asur: le diverse tariffe dipendono dal fatto che, in assenza di norme regionali, a livello territoriale ci si regola in maniera autonoma, avendo a riferimento da un lato i bisogni degli utenti, dall'altro le "casse" dei finanziatori. Rigiriamo la/le domande alla Regione. Perché, ad esempio (ed elenchiamo solo alcune strutture sociosanitarie):

- nelle [Rsa anziani](#) le tariffe (e le quote sanitarie) - come abbiamo molte volte documentato si discostano "in modo così significativo"?
- nelle [Comunità protette psichiatriche](#) le tariffe (e le quote sanitarie) si discostano "in modo così significativo"?
- nelle [Coser](#) le tariffe (e le quote sanitarie) si discostano "in modo così significativo"?
- nei [Cser](#) le tariffe (e le quote sanitarie) si discostano "in modo così significativo"?
- nelle [Rp disabili](#) le tariffe (e le quote sanitarie) si discostano "in modo così significativo"?

In attesa della risposta regionale, ci rispondiamo da soli. Perché nella maggior parte dei casi la Regione non ha definito la tariffa (in alcuni neanche gli standard) e il criterio della ripartizione dei costi sanità/sociale<sup>29</sup>.

Ritorniamo alla Convenzione tra Asur e Cooperativa Labirinto per il Centro diurno<sup>30</sup> di Fano. Essa va segnalata per un duplice motivo:

- a) Il cambiamento dei contenuti del rapporto [Asur Zona 3 Fano e Coop. Labirinto](#) che determina una trasformazione radicale del servizio;
- b) I grossolani errori normativi presenti nella predisposizione dell'Atto.

**Sul primo punto.** Nella Convenzione 2010 (vedi [dgr 1545/2010](#) di controllo degli atti) per i 16 ospiti del Centro diurno Alzheimer (autorizzato, vedi nota 8, ai sensi della legge 20/2000) si prevedeva una tariffa giornaliera pari a 63 euro: di questi 49,50 (circa 80% della tariffa) a carico della Zona, il restante 20% (13,50 euro) a carico dell'utente e del Comune. La nuova determina ne cambia radicalmente il contenuto. La tariffa giornaliera passa da 63 a 49,50 euro (inferiore di oltre il 20%), pari alla quota precedentemente assunta dalla sanità. La Zona 3, riduce della metà gli oneri (passa dall'80% al 40 %) con il restante 60 % assunto dall'utente o dal comune. Di seguito il raffronto.

**Tariffa 2010: 63 euro: 49,50 (80%) sanità, 13,50 (20%) utente o Comune.**

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

<sup>29</sup> In proposito rimandiamo alla scheda presentata in occasione del seminario svoltosi a Jesi il 28 ottobre scorso, *I servizi sociosanitari nelle Marche. Bilancio e prospettive*, in [www.grusol.it/vocesociale/29-10-11.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/29-10-11.PDF).

<sup>30</sup> Sul quadro normativo regionale riguardante i centri diurni, vedi, *La programmazione perduta. Centri diurni per persone con demenza nelle Marche*, in [www.grusol.it/vocesociale/11-06-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/11-06-10.PDF).

Quindi: abbassamento del 20% dello standard, diminuzione del 50% degli oneri della sanità; triplicazione degli oneri per l'utente o il Comune (chissà se il Comune di Fano ne è stato informato?). E' chiaro che in queste condizioni il *Centro diurno Margherita*, non può essere in alcun modo considerato, nonostante l'autorizzazione, un Centro diurno Alzheimer (ci sarà poi da capire quale utente sarà disposto a pagare 900 euro al mese per la frequenza di un centro diurno e quale ente locale sarà disposto ad integrare le rette).

**Sul secondo punto.** Questi gli errori presenti nell'Atto: in primo luogo, come si evidenzia dalla normativa citata, si è in presenza di un centro diurno autorizzato ai sensi della legge regionale 20-2000; è dunque errato il richiamo - seppur non citato - ai contenuti della legge 20/2002 (fine pag. 4 e inizio pag. 5 della determina). Se è pacifico che il CD della legge 20/2002 sia al 50% della ripartizione (assimilazione alle Rp), per i Centri diurni Alzheimer la quota dovrebbe essere ovviamente superiore e, in determinate condizioni, fino al 100% a carico della sanità (vedi del CD dell'Inrca di Ancona), con un'assimilazione al *regime estensivo* della disabilità.

Ma ad impressionare è il riferimento normativo sul quale si baserebbe tale ripartizione. Ovvero - l'inesistente - "Dpcm 2008 sui Lea". Come è noto a chi si occupa di queste problematiche, il Dpcm citato è stato approvato dal governo Prodi, ma - caduto il governo - non è mai stato emanato dal nuovo esecutivo<sup>31</sup>. Peraltro il provvedimento non prevedeva l'assunzione del 40% degli oneri sanitari nei Cd Alzheimer, ma l'aumento, rispetto al Dpcm 29.11.2001 tuttora vigente, dal 50 al 60% per quelli per demenze<sup>32</sup>.

E' inoltre davvero fastidioso come in modo strumentale (ma in questo caso errato) si cerchino appigli normativi con l'unico obiettivo di ridurre l'assunzione degli oneri sanitari. Viene da chiedersi come mai non si faccia riferimento ai Lea quando gli stessi stabiliscono l'assunzione del 70% del costo retta, da parte della sanità, nei centri diurni e residenziali per disabili gravi, o il 50% nell'assistenza tutelare; l'elenco potrebbe continuare.

L'analisi degli atti conferma una volta di più, gli effetti del mancato governo regionale riguardo i servizi territoriali. La mancanza di regole, esaltando la discrezionalità, produce gli effetti documentati dagli atti sopra riportati. Anche ad un osservatore non esperto appare in tutta evidenza come vengano utilizzate strumentalmente le normative (nazionali o regionali) al fine di ridurre gli oneri sanitari e conseguentemente aumentare quelli a carico degli utenti (o dei comuni). Problemi che non sarebbero presenti, o sicuramente di gran lunga ridotti, se il programmatore regionale adempisse al suo ruolo e funzione.

Che la causa sia inconsapevolezza o incapacità non muta il quadro delle responsabilità, politiche e tecniche, di chi ha il dovere del governo del sistema, offrendo certezze a tutti gli attori del sistema ed in particolare a quelli, come queste pagine dimostrano, non in grado di tutelarsi da soli.

**12 novembre 2011**

<sup>31</sup> Per un approfondimento, F. Ragaini, *[I nuovi LEA socio-sanitari. Alcune positive novità e nodi di sistema da affrontare](#)*, In, "Appunti sulle politiche sociali, n. 3/2008, in [www.grusol.it/informazioni/13-05-08.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/13-05-08.PDF).

<sup>32</sup> Non è inoltre questa la sede per esaminare approfonditamente la normativa sui Lea socio-sanitari soprattutto in riferimento alle prestazioni da considerare nel regime estensivo e in quello della lungoassistenza - peraltro complessa e di non facile interpretazione -.

## 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 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.

## Quaderni Marche - 1/2014

- 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).

SRT	standard	tariffa
Casa Godio	360 m/die (circa)	180
Villa Jolanda	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



## Quaderni Marche - 1/2014

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 Convezione 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

## Quaderni Marche - 1/2014

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 socio-sanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)

[Livelli essenziali e servizi socio-sanitari nelle Marche](#)

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

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

## Servizi sociosanitari nelle Marche

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

In questa nuova scheda (per le tre precedenti vedi in nota), attraverso l'analisi degli impegni di spesa delle Aree Vaste - assunti per l'inserimento in strutture di soggetti con disturbi psichiatrici - si possono verificare le tariffe delle singole strutture, mettendole così a confronto tra quelle aventi identica autorizzazione - psichiatriche e no - insieme alle quote sanitarie assunte dall'Asur. Verificheremo poi la corrispondenza con la normativa nazionale e regionale, insieme ad altri aspetti che riguardano più specificatamente la politica dei servizi.

Un primo gruppo di determinate riguarda inserimenti di soggetti con patologia psichiatrica disposti dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) presso Case di Riposo e Residenze protette per anziani. Un secondo gruppo, invece, gli inserimenti presso strutture psichiatriche o per disabili.

#### Inserimenti presso Case di Riposo e Residenze protette per anziani

Nella tabella che segue indicheremo: la residenza, la quota sanitaria assunta dall'Asur e nei casi in cui la determina<sup>33</sup> lo specifica, la tariffa complessiva giornaliera praticata.

#### Inserimenti del DSM presso Case riposo e residenze protette per anziani<sup>34</sup>

Struttura	Quota sanitaria	Tariffa complessiva
RP Corinaldo	11,7 € (30%)	39 €
RP Filottrano	30 € (70%)	43,35 €
RP Cupramontana	15 € (50%)	30 €
CR Recanatesi (Osimo)	16 € (30%)	51,61 €
RP Visintini (Falconara)	35 € (70%)	46,53 €
RP Zaffiro (S. Lorenzo in campo)	51,77 € (100%)	51,77 €
CR OP Ceci (Camerano)	28 € (70%)	41 €
CR Jesi	29,11 € (non indicata %)	Non indicata

Nelle Rp della Fondazione Grimani Buttari di Osimo (det. 1673-2012) e nella Casa di Riposo Mastai Ferretti di Senigallia (1672-2012) sono inseriti rispettivamente 8 e 9 utenti. Questa la situazione:

Struttura	Quota sanitaria	Tariffa complessiva
Fondazione Grimani Buttari Osimo: 8 utenti	6 utenti: 55,17 € (70%) 2 utenti: 39,41 € (50%)	78,81 €
Opera Pia Mastai Ferretti Senigallia: 9 utenti	7 utenti: 44,2 € (70%) 2 utenti: 31,5 € (50%)	62,30 €

Non possiamo verificare se gli inserimenti sono tutti presso strutture autorizzate come residenze protette o anche come Case di riposo. Per quanto riguarda le RP la normativa vigente (per un approfondimento della questione vedi le schede consultabili nella nota finale) prevede (dgr 1729-2010, art. 4, comma 2) l'inserimento ad esaurimento. Il riferimento normativo citato nelle determinate a sostegno dell'inserimento nelle strutture per anziani è la dgr 2569-1997; successivamente a tali indicazioni sono state emanate le leggi sulle autorizzazioni delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali. Si ricorda che la normativa sui Lea, dpcm 29.11.2001, prevede che gli oneri siano a completo carico del fondo sanitario ad eccezione degli inserimenti presso strutture a bassa intensità assistenziale (per approfondire vedi le schede in nota). Da notare inoltre la diversità delle tariffe giornaliere delle residenze. Fanno

<sup>33</sup> Le determinate, approvate nel 2012, sono tutte dell'AV2, con i seguenti numeri: 1671, 1678, 1677, 1676, 1638, 1631, 1620, 1607.

<sup>34</sup> Il riferimento alla tipologia di struttura (Casa Riposo o Residenza protetta) è quello che compare sulla determina.

supporre un minutaggio di gran lunga inferiore a quello previsto (100 minuti/giorno equivalente a 66 €). E' dunque ipotizzabile che molti inserimenti siano effettuati in posti autorizzati come Casa di Riposo, i cui standard assistenziali sono stabiliti avendo come riferimento anziani autosufficienti.

### Gli inserimenti in residenze psichiatriche e per disabili

Come detto, altre determinine riguardano inserimenti presso strutture psichiatriche e per disabili. Nel primo caso è interessante confrontare le tariffe praticate dalle strutture aventi identica o diversa autorizzazione.

#### **Inserimenti del DSM presso residenze psichiatriche<sup>35</sup>**

<b>Struttura</b>	<b>Quota sanitaria</b>	<b>Tariffa complessiva</b>
Thaon de Revel, Ancona (SRR)	139 € (100%)	139 €
Casa Gialla, Ancona (CP)	97 € (70%)	139 €
Madonna Rose, Fabriano (SRT)	133 € (100%)	133 €
Atena, M.cerignone (CP)	70 € (70%)	100 €
Villa Silvia, Senigallia	87,80 € (100%)	87,80€
Anni Azzurri, Ancona	122 € (100%)	122 €

**Residenze psichiatriche.** Le prime quattro strutture vanno differenziate dalle due successive. Si tratta di servizi residenziali previsti nel Progetto obiettivo salute mentale (del. 132-2004), autorizzate ai sensi della legge 20-2000. Due sono a completo carico del fondo sanitario (SRR e SRT); la CP, prevede, secondo il Posm, compartecipazione. I criteri non sono però mai stati definiti dalla Regione (vedi scheda nella nota finale). Dal punto di vista della intensità assistenziale, la SRT è quella a più alto livello; i posti sono assimilati e conteggiati con quelli del SPDC. La SRR è una struttura riabilitativa per la gestione della post acuzie. In entrambe la degenza è prevista a termine. La CP, infine, dovrebbe accogliere malati in fase stabilizzata; spesso arrivano in CP, dopo un periodo in SRT e/o SRR. Per nessuna delle 3 tipologie di strutture la Regione ha fissato standard assistenziale e tariffa.

Dalle determinine esaminate, si può desumere solo la tariffa praticata dalla struttura e la quota assunta dall'Asur. Secondo logica, la SRT dovrebbe avere maggiore e più qualificato standard di personale e dunque tariffa più alta. Di poco inferiore dovrebbe essere standard e tariffa della SRR; infine, minore dovrebbe essere standard e tariffa della comunità protetta, per la quale come detto è prevista anche compartecipazione a carico dell'utente/comune. E invece, paradossalmente, la SRT<sup>36</sup> è quella che pratica la retta più bassa (ad eccezione della CP di Atena), inferiore addirittura alla CP di Ancona, che ha la stessa tariffa della SRR. Da segnalare inoltre la differenza tariffaria delle due CP; è evidente che qualcosa non torna.

Per quanto riguarda le altre due strutture, *Villa Silvia* è una Casa di cura neuropsichiatria con posti ospedalieri di riabilitazione e lungodegenza. E' dunque ipotizzabile che l'inserimento sia per uno di quei posti che prevede abbattimento della tariffa del 40% dopo 60 giorni di degenza. Paradossalmente per l'Asur è più conveniente un ricovero ospedaliero in una Casa di cura che in una comunità extraospedaliera. *Anni azzurri*, ha invece autorizzazione per RSA anziani, ma accoglie anche soggetti ex OP. Il caso in oggetto è di questo tipo e per questo la tariffa è a completo carico dell'Asur (che recupera l'indennità di accompagnamento per evitare che venga sospesa nel caso di gratuità del ricovero).

#### **Le ... altre residenze**

Le altre determinine<sup>37</sup>, riguardano inserimenti presso strutture per disabili (Rsa e residenze protette), ma non solo.

<sup>35</sup> Le determinine, dell'AV2, sono la 1617, 1643, 1627, 1679, 1681. L'inserimento nella Cp di Atena è dell'AV 4 (det. 605-2011). L'utente inserito è in carico all'Umea.

<sup>36</sup> Due altre SRT hanno le seguenti rette: Casa Godio, Pergola: 180 € (360m/giorno); Villa Jolanda, Maiolati Spontini: 171 € (142m/giorno). Per approfondire vedi le schede di approfondimento,



## Quaderni Marche - 1/2014

Struttura	Quota sanitaria	Tariffa complessiva
OP Bergalucci, Offida ( <b>Rsa dis</b> )	51,70 € (60%)	84,70 €
Serenity House, M.grimano ( <b>Rp di che tipo?</b> )	200 € (100%)	200 €
Serenity House ( <b>Rp di che tipo?</b> )	47 € (50%)	84,80 €
Serenity House*, ex Opg	120 € (100%)	120 €

Nel caso dell'inserimento di un utente in carico al Dsm, già ricoverato in Liguria, presso la RSA disabili dell'Opera Pia Bergalucci, trova conferma la situazione che già avevamo evidenziato (vedi note) in occasione dell'Accordo dell'Asur con la struttura. Si prevede nella Rsa disabili una compartecipazione a carico dell'utente pari al 40%. Nessuna disposizione regionale lo prevede. Le Rsa disabili (quasi tutte ex art. 26/833) sono attualmente a totale carico del fondo sanitario con tariffa giornaliera pari 120 euro (minutaggio 140 minuti).

I successivi 2 inserimenti a carico dell'AV4 di Fermo sono nella residenza protetta della struttura Serenity House di Montegrimano Terme (al cui interno, sono collocati, vedi tabelle, più moduli autorizzati con la legge 20/2000 e 20/2002). La situazione è analoga per la struttura Atena (vedi a riguardo il sito: <http://www.strutture-sociosanitarie.it>). Le determinate stabiliscono inserimenti presso *Residenze protette (per disabili?)* di soggetti anche con problematiche psichiatriche (in tutti è citata la dgr 2569-97). Si può verificare come per la stessa RP vengano applicate tariffe differenti (da 84 a 200 €/giorno) e differenti ripartizioni del costo (50 e 100%). In realtà ad una verifica incrociata non è possibile dire se si tratti di Rp disabili. La determina dell'AV2 di Fermo specifica che la struttura è autorizzata dal Comune "con autorizzazione n. 4/2005 del 1.12.2005 quale residenza protetta, accreditata senza prescrizioni in classe 5 dalla regione Marche con decreto 182/AIR dell'8.6.2011". Dal sito della struttura [http://www.strutture-sociosanitarie.it/public/serenity\\_house/index.php?id=6](http://www.strutture-sociosanitarie.it/public/serenity_house/index.php?id=6) si può verificare che l'autorizzazione comunale n. 4/2005 è per 38 posti di residenza protetta per anziani; l'accreditamento regionale (decreto 182/2011) riguarda "l'erogazione di prestazioni psichiatriche in regime residenziale con una dotazione di n. 40 posti letto suddivisi in: 20 p.l. di SRP2, 5 p.l. di SRP1 e 15 p.l. di SRP3; e in regime semiresidenziale con una dotazione di n. 25 posti (CD)". Davvero impossibile districarsi in tanta incredibile confusione. Le 4 tabelle che seguono, rielaborate con grande fatica con i dati dell'Osservatorio regionale sulle politiche sociali, cercano di fare una sintesi della tipologia di offerta delle strutture di Montegrimano e Montecerignone con un offerta complessiva di circa 260 posti.

Grato a chi vorrà segnalare imprecisioni.

### SERENITY HOUSE, Via per san Marino 48, Montegrimano (PS)

Tipologia di struttura	Numero posti
Centro diurno demenze	15
residenza protetta anziani	20
Residenza protetta disabili	18
Comunità Protetta psichiatrica	15
Centro Diurno Psichiatrico	25
Strutt res riabilitativa psic.	20
Strut res terapeutica psic.	5
<b>Totale</b>	<b>118</b>

Dati ripresi dal sito <http://orps.regione.marche.it>

### La SALUTE, Loc. Mulino del Rio 1, Montegrimano (PU)

Struttura	Numero posti
Alloggio sociale adulti difficoltà	6
Alloggio sociale adulti difficoltà	12
<b>Totale</b>	<b>18</b>

Dati ripresi dal sito <http://orps.regione.marche.it>

### Atena, Via De Gasperi 10, Montecerignone

Tipologia Struttura	Numero posti
Strut Riabi Residenziali (SRR)	13
centro diurno psichiatrico	25
Comunità protetta (cp)	20
residenza protetta per disabili	11
Centro diurno (Cser) disabili	8
Centro accoglienza ex-detenuti	11
<b>Totale</b>	<b>88</b>

Dati ripresi dal sito <http://orps.regione.marche.it>

### MOLINO GIOVANETTI, Loc Molino Giovanetti Montegrimano

<sup>37</sup> Sono rispettivamente la 1256 dell'AV3 e la 604, 606 e 605 dell'AV2. Riguardo l'inserimento dell'ex OPG, si tratta di una determina (1604) dell'AV2. Tutte sono del 2012.

## Quaderni Marche - 1/2014

Ogni persona di buon senso si rende conto del livello di perversione di questo sistema. Dalla Regione, passando per l'Asur, si dovrebbe spiegare come sia possibile che vengano a crearsi situazioni di questo tipo. A partire dalla spiegazione di come all'interno di una stessa struttura possa darsi una situazione nella quale un utente costa 87 euro e un altro 200. Come per uno, l'Asur paghi il 50% e per un altro il 100% della tariffa. Ma non è solo questo. Da una parte ci sono regole non definite o disattese; dall'altro la constatazione della mancanza di governo del sistema. Un sistema nel quale vengono inseriti soggetti presso strutture che sono a centinaia di Km dalla residenza. Strutture nelle quali (ci riferiamo a quelle del Gruppo che fanno riferimento alla Cooperativa Benessere: Atena, Serenity House, Molino Giovanetti, Hotel La salute, ecc ...) esistono una infinità di autorizzazioni all'interno dello stesso edificio. Capita spesso di sentir dire che anche in riferimento a questi servizi occorre che ci siano meno regole, più flessibilità e meno rigidità. Un sistema come quello che stiamo descrivendo, come può essere definito?

L'ultimo inserimento riguarda invece, sempre presso Serenity House, il trasferimento di un utente dall'Opg di Reggio Emilia.

Se potrà apparire faticoso leggere un testo di questo genere, ci si può immaginare quanto lo sia stato realizzarlo (ed anzi saremo grati a chi potrà segnalarci eventuali inesattezze); tanta è la difficoltà nel trovare un senso, una ragione, una linearità ai provvedimenti presi in esame. Questa scheda, come le precedenti, rappresenta l'ennesima richiesta, o meglio un accorato appello, di mettere mano ad un sistema di offerta che è insostenibile e inguardabile da ogni punto di osservazione.

La Campagna *Trasparenza e diritti*, promossa da 44 organizzazioni e con l'adesione di molte altre, nasce per cambiare questa situazione.

Diceva Albert Einstein *"il mondo è pericoloso da vivere. Non a causa di chi fa del male. A causa di coloro che guardano e lasciano fare"*<sup>38</sup>. Che ci siano dati occhi capaci di vedere e senso di responsabilità per non lasciar fare!

**25 settembre 2012**

### Schede di approfondimento

[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 II parte](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#)

[Campagna "Trasparenza e diritti". Le motivazioni e gli obiettivi](#)

[Marche. Appello per regolamentare i servizi socio sanitari e applicare i Lea](#)

---

<sup>38</sup> A. Canevaro, "Nostalgia canaglia", L'integrazione scolastica e sociale, n. 4-2012, [www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2975](http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2975)

## Servizi sociosanitari nelle Marche

### Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'Asur. **V Parte**

La scheda analizza tre atti convenzionali dell'ASUR riguardanti due strutture residenziali identiche (quanto ad autorizzazione), rivolte a persone con problematiche psichiatriche (comunità protette) e una rivolta ad anziani non autosufficienti e persone con demenza (residenza sanitaria assistenziale anziani).

L'obiettivo, per quelle operanti nei servizi di salute mentale è quello di analizzare:

- la regolamentazione delle due strutture mettendole in relazione con altre, convenzionate con l'Asur, operanti sul territorio regionale;
- la normativa regionale di riferimento;
- la corrispondenza con quanto previsto dalla normativa nazionale (dpcm 29.11.2001, sui Lea).

Quanto alla Rsa anziani, analizzeremo il rapporto convenzionale di questa con altre analoghe strutture convenzionate con l'Asur quanto a standard e tariffe.

#### Salute mentale. Le comunità protette

Le due comunità (San Girolamo di Fermo e San Claudio di Corridonia) sono gestite dalla società cooperativa Solaria ed autorizzate come Comunità protette, <http://servizioprs.regione.marche.it/leggeventiserv>, ai sensi della legge 20/2000 sulle autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie.

**La Comunità San Girolamo di Fermo** (AV 4) è convenzionata per 34 posti in due moduli da 17 (capacità recettiva 40), La **Comunità San Claudio di Corridonia** (AV 3), è dotata di 20 posti. La prima ha un rapporto operatori (infermieri, educatori, addetti assistenza)/utenti:0.75/1 per una tariffa di 102 euro al giorno; 70% a carico della sanità (circa 71,5 euro giorno) e 30 a carico di utente o Comune (circa 30,5 euro giorno). La seconda prevede, per le stesse figure professionali un minutaggio pari a 160 minuti al giorno, per una tariffa giornaliera di 120 euro. A carico della sanità sono: 87,00 euro (circa il 72,5%), a carico dell'utente/Comune: 33,00 euro (circa il 27,5%).

Comunità protetta	standard	Tariffa	Ripartizione
San Girolamo, Fermo (Det. 17/2013)	Rapp. Op/utenti 0,75/1	102 euro	Asur: 70% (71,5 €) Utente: 30% (31,5 €)
San Claudio, Corridonia (Det. 53/2013)	Minutaggio 160 min/ giorno	120 euro	Asur: 72,5% (87 €) Utente: 27,5% (33 €)

Il quadro non stupisce, in quanto in mancanza di regolamentazione regionale (per approfondimento vedi le schede in nota), gli accordi dell'Asur con i soggetti gestori differiscono l'uno dall'altro. Tariffe e quote sanitarie differenti si rilevano, sempre per identica struttura, negli impegni di spesa assunti dalle Aree Vaste per l'inserimento di singoli utenti. Si possono, a tal proposito, verificare i diversi costi sostenuti per gli inserimenti presso le Comunità protette del Gruppo Atena (Montefeltro). In una precedente scheda avevamo segnalato la Convenzione tra Asur e Cooperativa H Muta di Senigallia (determina 363-2012), sempre riguardante la gestione di una Comunità protetta (Nilde Cerri). La tariffa complessiva è stata determinata in 128,24 € (iva esclusa). Interessante verificare lo scostamento degli oneri sostenuti dall'Asur dal 2011 al 2012, con una riduzione del 15%.

#### Comunità protetta, Nilde Cerri Senigallia

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

## Quaderni Marche - 1/2014

Nell'accordo tra regione Marche e la Casa di cura Villa Jolanda (vedi nota, anche al fine di una lettura complessiva del protocollo), al cui interno sono presenti diversi moduli e differenti tipologie di residenza, la comunità protetta viene remunerata 126,42 euro per uno standard di 110 minuti/giorno.

Nello specifico delle due comunità vanno evidenziate le diverse (e distanti) motivazioni volte a giustificare la determinazione e ripartizione degli oneri. Per quello che ci riguarda è importante capire, su quale base normativa (nazionale o regionale) vengono definiti i criteri con i quali vanno a definirsi le ripartizioni delle quote tra sanità e sociale. Interessante è poi constatare come lo stesso soggetto (Asur) stipuli – per medesimi servizi – atti nei quali si adottano criteri difforni per motivare l'assunzione degli oneri sanitari e la ripartizione dei costi.

Prima dell'analisi delle singole determinine, vale la pena segnalare, che almeno in questi due casi, non si sono utilizzate autorizzazioni di strutture per disabili per poi essere gestite come servizi dell'area della salute mentale (vedi ad esempio: *Coser*, Pian dell'Abate a Urbania; le *residenze protette* di Casa Godio a Pergola e Fondazione Pelagallo a Grottammare; la *Rsa disabili* dell'Opera Pia Bergalucci ad Offida), determinando il fenomeno, tante volte denunciato, per le sue conseguenze, dell'incoerenza tra classificazione e funzione.

Nell'accordo (determina 17/2013) riguardante la **Comunità protetta San Girolamo**, il principale riferimento normativo è la dgr 2569/1997: "Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali". Si tratta di un atto con il quale la Regione ha inteso stabilire i criteri per definire le modalità di inserimento (ed i conseguenti oneri) presso strutture sanitarie o socio assistenziali. La determina riprende la dgr citata, sulla base della quale motiva i criteri di ripartizione degli oneri (grassetto nostro). *"La Regione Marche con Delibera n°2569 del 13-10-1997 avente ad oggetto le linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali ha previsto **che nelle strutture bassa intensità assistenziale** con caratteristiche di lungo assistenza con programmi di inserimento sociale e lavorativo (quali case protette, case di riposo, casa accoglienza ecc.), i soggetti assistiti siano chiamati a contribuire alla spesa. Nelle strutture ad elevata integrazione sanitaria (strutture residenziali, semiresidenziali, RSA, comunità protette) gli oneri fanno invece carico al 100% sul fondo sanitario. Nel caso specifico la Comunità di San Girolamo **ha le caratteristiche di Casa Protetta** quindi in base alla normativa di riferimento gli ospiti ivi inseriti sono tenuti al pagamento della retta giornaliera per la quota sociale che di regola è del 30%, mentre la restante quota sanitaria è posta a carico della ASUR -. Da ciò deriva che il costo da porre a carico del bilancio dell'ASUR deve essere quello riferito alla quota sanitaria per la quale solamente quest'azienda assume un vincolo contrattuale con l'ente fornitore del servizio. La restante quota sociale va invece posta a carico dell'ospite".*

Pare opportuno analizzare diversi aspetti, al fine di capire se le definizioni assunte nella determina, volte alla determinazione dei criteri, sono compatibili con l'attuale sistema dei servizi.

1) **Con le leggi sulle autorizzazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali (leggi 20-2000 e 2002), le strutture semiresidenziali e residenziale sono ridefinite:** non è pertanto più possibile utilizzare le definizioni precedenti. In questo senso, nella vigente legislazione regionale, non esistono strutture autorizzate come "Casa protetta" (ex art. 41, legge 43/1988). La struttura in oggetto è una comunità protetta, autorizzata ai sensi della legge 20/2000 (codice SRP3) e non può essere assimilata alle strutture assistenziali della dgr 2569/1997. Dunque si ritiene che quel riferimento normativo, non possa essere utilizzato. Si tratta di una struttura socio sanitaria che, come specificato dalla determina, "svolge attività terapeutiche e psicosociali".

La dgr 2569-1997 continua peraltro, come abbiamo evidenziato in precedenti approfondimenti, ad essere ampiamente utilizzata dall'Asur - anche a causa della mancata emanazione di specifiche norme regionali - sia nella definizione degli inserimenti di soggetti con disturbi mentali nelle Case di riposo e nelle residenze protette per anziani (inserimenti che, peraltro, secondo la stessa normativa regionale, dovrebbero essere ad esaurimento; in realtà come evidenziano gli accordi che l'Asur continua a stipulare con le strutture residenziali per

anziani, non esiste traccia di percorsi ad esaurimento), sia in strutture, come quelle in oggetto, del settore della salute mentale.

2) **La bassa intensità assistenziale.** Il riferimento alla bassa intensità assistenziale si ritiene, nello specifico, non corretto. Un riferimento peraltro assente, se anche si volesse continuare ad utilizzare, nella citata dgr 2569. La vigente normativa regionale riguardante i servizi residenziali di salute mentale non utilizza mai questa definizione in riferimento alle CP. Tale definizione viene usata per le "comunità alloggio per persone con disturbi mentali" della legge 20/2002, strutture che non prevedono la presenza di operatori sulle 24 h. Definizione usata invece sia dall'atto di indirizzo sulle prestazioni socio sanitarie (dpcm 14.2.2001) che dal dpcm (29.11.2001) di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il decreto sui Lea, indica in questi casi, un'assunzione di oneri sanitari pari al 40% (l'atto di indirizzo una quota sanitaria oscillante tra il 30 e il 70%); si tratta, quindi, di norme emanate precedentemente alla legge 20/2002 sulle autorizzazioni sociali e sociosanitarie. Si ritiene, pertanto, errato, l'utilizzo di tale definizione in riferimento alle comunità protette, sia in relazione all'utenza ospitata, alle attività previste, che alle figure professionali impiegate. Occorre, infine, non dimenticare che solo le strutture a bassa intensità assistenziale (in base ai LEA) prevedono quota sociale. Le altre sono a completo carico del fondo sanitario. Vanno evitati, pertanto, forzosi passaggi dei servizi verso questo livello assistenziale che, per la tipologia delle prestazioni erogate, non possono esservi ricondotti.

Se dunque, è comprensibile la difficoltà dell'Asur nel definire i contenuti degli accordi, a causa della perdurante assenza di disposizioni regionali, si ritiene in ogni caso non corretto utilizzare riferimenti normativi inadeguati al fine della definizione dei contratti con i soggetti convenzionati.

Non pare invece possibile giustificare l'utilizzo dei riferimenti normativi che guidano la definizione tariffaria nell'accordo (determina 53/2013), con l'altra **Comunità protetta, San Claudio di Corridonia**, gestita dalla stessa cooperativa Solaria. In questo caso, tra le norme regionali citate viene indicata anche la dgr 2566-1997 (approvata lo stesso giorno della sopra citata 2569) che detta "Linee di indirizzo in materia di chiusura degli ex ospedali psichiatrici". Tale norma, peraltro specifica che per gli ex OP, "l'utente, attraverso le sue risorse personali, deve assumere gli oneri alberghieri per una cifra indicativamente pari al 30% del costo e comunque non superiore alla indennità di accompagnamento". Viene fatto riferimento anche alla normativa sui Lea, richiamando la possibilità di ricovero presso "strutture a bassa intensità assistenziale ove è prevista una compartecipazione ai costi a carico dell'utente". Si ritiene quindi che detta comunità, che ha un minutaggio di 160 minuti al giorno (superiore del 15% alle strutture - Rsr e Rsa - sanitarie per persone disabili), possa essere riconducibile a questa tipologia di struttura. Ai fini dei criteri tariffari viene invece presa a riferimento - e ciò si ritiene senza giustificazione - la normativa riguardante le residenze per anziani non autosufficienti (RP e RSA). Ed è sulla base di questa normativa, che si giustifica - in maniera del tutto illogica - l'assunzione, vedi tabella, di una quota a carico dell'utente pari a 33 euro al giorno.

Sono, secondo i dati regionali, circa 280 i posti di comunità protetta in 14 strutture, attivi sul territorio regionale. L'atto di fabbisogno ne prevede la realizzazione di 322 (senza aver cura di definire la ripartizione geografica). E' evidente che in assenza di regolamentazione regionale, che deve tener conto ed assumere la normativa nazionale, ognuna di queste 14 comunità opera in maniera difforme. Con il continuo tentativo da parte dell'Asur, ad ogni rinnovo di convenzione, di riduzione sia degli standard che delle quote sanitarie, funzionale a contrarre i costi a carico del servizio sanitario. Il rischio evidente, già presente in altre regioni, è quello di un abbassamento della qualità dei servizi, con il trasferimento sugli utenti, sui gestori o sui Comuni, di spese non dovute e insopportabili.

### **Anziani non autosufficienti. La residenza sanitaria assistenziale**

Come è noto anche per le RSA anziani la regione Marche non ha definito né standard, né tariffa. Ha, invece, determinato la quota a carico degli utenti (33 euro, +/- 25%), sganciata da un parametro percentuale. E' pertanto interessante, in questa situazione, verificare come l'Asur stabilisce i rapporti convenzionali con gli enti erogatori, quando la gestione non è diretta.



## Quaderni Marche - 1/2014

In questo caso (determina 49/2013), si tratta della **convenzione con il Comune di Urbino per la RSA Montefeltro**, per complessivi 40 posti letto. Nella tabella che segue riportiamo: tariffa, ripartizione degli oneri e standard del personale.

### Rsa Montefeltro. Convenzione 2013

<b>Tariffa giorno: 101 €</b>
<b>Asur</b> 59,5% (60 €)
<b>Utente/Comune</b> 40,5% (41 €)
<b>Minutaggio:</b> Circa 135 m/giorno (Ip 46,50, Oss 84, Fkt 4,7)

Prevista inoltre, la presenza del direttore sanitario, di un coordinatore infermieristico e di una assistente sociale per 48 h al mese.

Riguardo la tariffa, l'atto specifica che è stata determinata sulla base dell'analisi delle rette praticate da strutture "simili" del territorio. Tariffe oscillanti "da un minimo di 70,69 ad un massimo di 123 €".

Il confronto con altri atti convenzionali dell'Asur conferma una situazione di grande diversità, riguardo le prestazioni erogate, le tariffe ed i criteri di compartecipazione. La tabella che segue riprende i dati contenuti in alcune determinate dell'Asur analizzate in precedenti schede (riferimento in nota). Deve essere considerata come indicativa, ma comunque significativa, in quanto non in tutti gli atti sono riportate informazioni rispetto agli standard e alle quote a carico degli utenti, così come gli anni di riferimento divergono, seppur è ipotizzabile non vi siano scostamenti rilevanti.

### Rsa private – convenzioni Asur

Rsa <b>Montefeltro Urbino</b>	Rsa <b>S. Giuseppe S.Benedetto del Tronto</b>	Rsa <b>Anni Azzurri Ancona</b>	Rsa <b>Abitare il tempo Loreto</b>	Rsa <b>Grimani Buttari Osimo</b>	Rsa <b>Casa Argento Fossombrone</b>
Tariffa: 101 € Minuti: 135	Tariffa: ≈ 100 € Minuti: 180	Tariffa: 130-40 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈ 130 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈130-40€ Minuti: ----	Tariffa: 87-95 € Minuti: ≥100
Quota sanitaria 60 € (60%)	Quota sanitaria 63,00 € (≈60%)	Quota sanitaria ≈90 €	Quota sanitaria Anziano: 86,8 € Alzheimer: 93,5 €	Quota sanitaria 91,38 €	Quota sanitaria 54,50 €

### Rsa gestione diretta Asur

Rsa <b>Ripatransone</b>	Rsa <b>Montefiore Aso</b>
Tariffa: 100 € Minuti: 176	Tariffa: 119 € Minuti: 189
Quota sanitaria 67 € (≈67%)	Quota sanitaria 86,00 € (≈70%)

Per quanto riguarda il contenuto della Convenzione si evidenziano alcuni aspetti che confermano l'intenzione dell'Asur, sostenuta dalla Regione (seppur senza indicazione normativa) di utilizzare le Rsa anziani con funzione di gestione dei malati in una fase della malattia e per un periodo definito: *La RSA è destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, anche portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità che di norma non dovranno superare i 90 gg di degenza media, sia di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, sia di completamento di cicli terapeutici eventualmente iniziati in altri presidi del SSN (art. 3) ..... tenendo presente che l'ospitalità in R.S.A. è, per natura, transitoria e non permanente (art. 4).*

La Convenzione stabilisce tre tipologie di ospiti da assistere: *1. Anziani con forme cronico- degenerative, 2. Anziani con forme di demenza, 3. Adulti disabili (...)* Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra: *Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere*

*un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni; Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso; Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni (art. 4).* Si tratta, come si può constatare, di una funzione assimilabile alla post acuzie e al mantenimento riabilitativo per soggetti con disabilità. Per alcuni di questi anziani malati, "non riabilitabili" in tempi brevi, la durata può essere prolungata.

La Convenzione assume tutte le ambiguità, che abbiamo ripetutamente documentato, della situazione marchigiana riguardante le Rsa anziani (oltre 900 posti attivi complessivi) che si concepiscono come strutture - forzatamente - a termine a prescindere dalla condizione dei malati ricoverati. Il criterio della dimissibilità diventa dunque cronologico, e non legato alle necessità assistenziali. Una Regione che con serietà intenda occuparsi delle esigenze di queste persone, dovrebbe definire standard, funzionali alla risposta da dare alle esigenze delle persone. Sulla base di queste, definire la tipologia di malati assistibili. La definizione dei criteri di ammissione, permanenza ed eventuale dimissione - come le norme nazionali impongono alle Regioni - devono essere stabilite attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione volti ad indicare il fabbisogno assistenziale e conseguentemente la tipologia di struttura più adeguata. In questo senso, forse, vale la pena riflettere sull'utilizzo in un atto convenzionale del "per natura". Né *per natura*, né per legge il ricovero in Rsa è transitorio (anche se può esserlo).

Nell'atto di controllo (dgr 119/2013, [http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0119\\_13.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0119_13.pdf)), la Regione disquisisce - nel caso degli adulti disabili - sul basso/medio impegno riabilitativo, da doversi distinguere da quello previsto nelle Rsa disabili (dgr 2200/2000). Forse, a monte, ci si dovrebbe chiedere, cercando anche di dare una risposta, se la terapia di mantenimento per adulti disabili debba realizzarsi in una Rsa anziani. Tanto più che le Rsa disabili, ad oggi nelle Marche, sono a tutti gli effetti strutture che accolgono in residenzialità permanente persone disabili. Bisognerebbe inoltre avere la volontà e la capacità, politica e tecnica, di disegnare un coerente assetto del sistema extraospedaliero e di quello della post acuzie. E invece, mentre nulla in questo senso si delinea, crescono e si regolamentano localmente servizi che sempre più a fatica potranno essere ricondotti all'intero di un richiamato, coerente disegno.

Ma per farlo ci vuole visione, coraggio, capacità di scelta e di resistenza. Qualità non necessarie se si vuole mantenere l'attuale situazione. E allora è più facile continuare a dare a chi più chiede, a chi più spinge, a chi più è introdotto, lasciando qualche briciola a chi non si trova in queste condizioni. Pare incredibile, ma rimane ancora difficile, far capire che i cittadini sono uguali, con gli stessi diritti e doveri, a prescindere dal territorio in cui abitano e che il diritto a ricevere servizi di cui hanno bisogno e diritti deve prescindere dalla capacità di quel territorio e dei suoi soggetti di rappresentarli.

Nel corso dell'analisi degli atti abbiamo formulato alcune considerazioni, rimandando per specifici aspetti ad altri approfondimenti. Se è evidente, e non vale la pena sottolinearlo, come la latitanza programmatica regionale incida sull'erogazione dei servizi (sugli utenti e sugli "erogatori"), è utile mettere in evidenza come per gran parte degli interventi socio sanitari, esista enorme diversità tra identici servizi, sia in termini di prestazioni erogate che di tariffe, comprese quelle a carico degli utenti. Dalla lettura degli atti, questi ed altri precedentemente analizzati, emerge in maniera insistente un duplice aspetto:

- **il tentativo di privatizzazione dei rapporti tra gestore ed utente per la cosiddetta parte sociale.** La volontà di ridurre gli oneri sanitari (che, come è noto, non sono soggetti a compartecipazione) passa, quando non si renda possibile negarli, attraverso due vie:

- a) riduzione del costo complessivo che automaticamente riduce la parte sanitaria (sia essa piena o in parte);
- b) riduzione percentuale della quota sanitaria (e per questo in molti settori la Regione cerca di non dare applicazione ai, pur insufficienti, LEA).

La contrazione tariffaria può determinare una sostanziale impossibilità di gestire il servizio da parte dell'erogatore (quand'anche non sia profit), cui però si cerca di lasciare la possibilità di recupero sull'utente di quote ulteriori, attraverso la possibilità dei cosiddetti servizi aggiuntivi (si veda l'esperienza di questi anni delle residenze protette per anziani). Si cerca allora di far diventare la tariffa elastica con quote sociali che non rispondono a percentuali definite sul costo complessivo del servizio. E' evidente che si tratta di una situazione inaccettabile che deve essere con forza contrastata se non ci si vuole incamminare verso quel "darwinismo sociale", in

cui come, ci ricordava Alfredo Carlo Moro, "è bene che il debole scompaia perché non utile all'organismo sociale".

- **Un confuso utilizzo dei termini "disabilità" e "non autosufficienza"**, volto a far rientrare nelle strutture date, interventi rivolti ad anziani non autosufficienti, soggetti con demenza, disabili e persone con disturbi mentali. Se tutto è *disabilità* e *non autosufficienza*, troppe distinzioni sono di intralcio e ogni contenitore può essere, *per natura*, adeguato. In questo caso il tema non si ravvisa tanto nell'incoerenza tra classificazione e funzione, quanto nella "necessità", di utilizzare i servizi che ci sono a prescindere dai bisogni delle persone. Questione che, evidentemente, non va confusa in alcun modo con una adeguata capacità valutativa che possa individuare, in specifiche circostanze, percorsi ritenuti aderenti ai bisogni di quella determinata persona che vive in quel determinato territorio. Percorsi in cui non domina la diagnosi, ma la situazione di quella persona, in quel specifico contesto.

Ritorna dunque il concetto di discrezionalità, che trova nutrimento nella deregolamentazione. L'inaugurazione del filantropismo programmatico. I buoni sentimenti dilagano. I diritti - dei deboli - restano in lista di attesa.

### Approfondimenti

#### Le precedenti schede

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

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

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#)

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(IV parte\)](#)

[Perché la Campagna "Trasparenza e diritti"? Tre determine Asur lo spiegano](#)

[Livelli essenziali e servizi socio-sanitari nelle Marche](#)

[Servizi socio-sanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)

[Servizi socio-sanitari nelle Marche. Alcuni dati e molte non risposte](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario nella regione Marche](#)

#### Strutture residenziali salute mentale

[La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)

[Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali](#)

[Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)

#### Residenze sanitarie assistenziali anziani

[Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

[Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)

[Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L'improcrastinabile regolamentazione](#)

[Percorsi assistenziali nella post acuzie e nella cronicità. Quadro nazionale e regionale](#)

**Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche, <http://leamarche.blogspot.it/>**

**L'appello di avvio della Campagna, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2892>**

10 febbraio 2013

## Servizi sociosanitari nelle Marche

### Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinine dell'Asur. VI Parte

#### Al *discount* delle prestazioni e ..... non solo

Abbiamo in precedenti schede (vedi riferimenti finali, in particolare le schede evidenziate) analizzato alcune convenzioni stipulate dall'Asur con enti pubblici e privati che gestiscono servizi residenziali rivolti a soggetti con disturbi mentali, insieme ad alcuni atti con i quali l'ASUR, assume l'onere, totale e parziale, per l'inserimento di singoli utenti in servizi residenziali sia dell'area della salute mentale che di altre aree (anziani e disabilità). Il quadro che si presenta, soprattutto a causa delle carenze programmatiche regionali, è fortemente contraddittorio e si caratterizza per servizi:

- aventi identica autorizzazione ma difformi per standard di personale, tariffe, oneri tra settore sanitario e sociale;
- che gestiscono interventi riabilitativi nella fase di post acuzie con standard e costi più bassi di quelli deputati alla gestione di interventi socio riabilitativi;
- che praticano tariffe differenziate all'interno della stessa residenza per i diversi inserimenti.

Un'ulteriore conferma viene dall'analisi di alcune determinine Asur nelle quali questi aspetti risaltano in maniera inequivocabile. L'analisi fa emergere altri elementi, quelli che nel titolo abbiamo ribattezzato: "discount delle prestazioni", nei quali l'accordo prevede - dato il rilevante numero di utenti inviati dall'ASUR (in questo caso dal Dipartimento salute mentale dell'Area Vasta 1) - uno sconto sulla tariffa praticata.

#### Gli accordi dell'ASUR con Serenity House e Athena

Oltre all'aspetto riguardante lo sconto, le Convenzioni (258 e 259 del 2 aprile 2013), sono interessanti in quanto dalle stesse si desumono le tariffe praticate nelle diverse strutture residenziali (rispondenti ad una triplice tipologia di autorizzazione: Strutture residenziale terapeutica e riabilitativa e comunità protetta). Peraltro, in questo caso, è interessante anche il collegamento tra tariffa praticata e standard assistenziale.

#### Serenity House. Prospetto tipologie di strutture (determina 258/2013).

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	N Ospiti	Minuti/pz/die di INF.PROF.	Minuti/pz/die di OSS	Psichi.o med.spec. Min./pz/die	Psicologo Min./pz/die	Educatore prof f.le/ tecnico riab. Min./pz/die
SRP 2 - STR. RES. RIABILITATIVA	20	30	30	10	35	35
SRP 1 - STR. RES. TERAPEUTICA	5	40	35	12	40	40
SRP 3 - COMUNITA' PROTETTA	15	40	35	12	40	40

La convenzione, indica le seguenti tariffe praticate dalla struttura:

- **SRT** (codice SRP 1), € 112,00, standard: 167 minuti/giorno;
- **SRR** (codice SRP 2), € 102,00, standard: 140 minuti/giorno;
- **CP** (codice SRP 3), € 112,00, standard: 167 minuti/giorno.

La vigente normativa regionale (per un approfondimento: [Regione Marche. Progetto](#)

## Quaderni Marche - 1/2014

[obiettivo salute mentale 2004-2006](#)), stabilisce ruolo e funzione dei servizi residenziali; specifica inoltre che le SRT e le SRR sono a completo carico sanitario, mentre per le CP si prevede – seppur non definita - una compartecipazione a carico dell'utente ai sensi del DPCM 14.2.2011 sulle prestazioni sociosanitarie.

In assenza delle determinazioni regionali, la Convenzione prevede per la CP "una compartecipazione della quota sociale, ai sensi del DPCM 14 febbraio 2001, pari al 35%". Oltre ad essere difficilmente spiegabile sulla base di quale interpretazione del decreto, si arrivi a definire una quota del 35% a carico dell'utente (che ovviamente non partecipa, anzi subisce, alla trattativa con l'ente), è inevitabile domandarsi come sia possibile che la Comunità protetta che, dato standard e figure professionali, è in tutto identica alla SRT, possa richiedere una compartecipazione "sociale", pari al 35%: comunità che, peraltro, ha uno standard superiore del 20% della SRR (che, come la SRT, è a completo carico sanitario).

L'ASUR riesce, inoltre, a strappare migliori tariffe, considerati i 9 utenti inseriti; viene così specificato che, *"dalle tariffe individuate, in considerazione del rapporto pluriennale e dell'elevato numero di pazienti inseriti nella struttura, l'ASUR/AV n. 1, otteneva dalla struttura su detta, uno sconto dalla tariffe fissate del 25% per la prosecuzione del trattamento dei seguenti pazienti inseriti nella struttura da parte del Dipartimento Salute Mentale"*, arrivando alle nuove condizioni:

- per la **SRT** (SRP1), **€ 84** (€ 112,00 - 25%);
- per la **CP** (SRP3), **€ 84** (€ 112,00 - 25%) di cui **€ 29,40** a carico dell'assistito-Comune ed **€ 54,60** a carico dell'ASUR;
- per la **SRR** (SRP 2), **€ 76,50** (€ 102,00 - 25%).

Analoga è la convenzione con un'altra struttura dello stesso Gruppo, Athena; in questo caso sono 10 gli utenti dell'AV1 inseriti nei due moduli (SRT e CP).

### Athena. Prospetto tipologie di strutture (determina 259/2013)

IPOLOGIA DI STRUTTURA	N. Ospiti	Minuti/pz/die di INF.PROF.	Minuti/pz/die di inf	Psichi.o med.spec. Min./pz/die	psicologo Min./pz/die	prof.le/ tecnico riab. Min./pz/die
SRP 2 – STR. RES. RIABILITAVA	20	30	30	10	35	35
SRP 3 - COMUNITA' PROTETTA	13	40	35	12	40	40

Anche in questa circostanza si evidenzia la differenza di standard e tariffarie tra le due tipologie di strutture; le tariffe, la ripartizione degli oneri e gli sconti sono identici a quelli della convenzione con Serenity House.

### Le altre Convenzioni

Interessante anche l'analisi (come anticipato in premessa) di altre Convenzioni<sup>39</sup> o assunzioni di spesa da parte dell'ASUR, per l'inserimento nelle residenze. Riguardano 5 diverse tipologie di strutture.

<sup>39</sup> Si tratta delle determinazioni dell'AV 2, 508, 510, 511, 548, 424 del 2013.



## Quaderni Marche - 1/2014

<b>Comunità alloggio disturbi mentali</b> (l. 20/02) Macerata Feltria	<b>Comunità protetta</b> Sassocorvaro	<b>Str res riabilitativa (Srr)</b> Servigliano	<b>Gruppo Appartamento</b> Falerone (FM)	<b>Str resid terapeutica (SRT)*</b> Fabriano
<b>Tariffa: 130 €</b> Quota san: 91€ (70%) Quota soc: 39€ (30%)	<b>Tariffa: 133 €</b> Sono inseriti 6 utenti, per 5 la retta è 100% sanitaria, per il sesto è del 70%	<b>Tariffa:110 €</b> Sanità 100%	<b>Tariffa: 88 €</b> Sanità 100%	<b>Tariffa: 90-95 €</b> Sanità 100%  *in altra determina (572/2013) la tariffa è pari a 114,20 euro

### Qualche considerazione finale

- Impressiona, sia per chi *vende* (una cooperativa) che per chi *compra*, la logica da "prendi 3 paghi 2". Una questione che non può non interrogarci. Non molto tempo fa, in molti, avremmo giudicato scandalosa una prassi del genere; al contrario oggi rischia di apparire una nuova frontiera. Sembra estremamente difficile, con questi presupposti, sottrarsi alla logica del prezzo a prescindere da ogni altra considerazione;
- E' tollerabile tale situazione? Si può ridurre tutto a mercato? Una Regione può sopportare un contesto di questo tipo nel quale peraltro è l'ASUR ad interpretare la normativa nazionale e decidere la percentuale di quota sanitaria e sociale?
- I comuni ed i loro organismi di rappresentanza ritengono che queste questioni non li riguardano? Cosa attendono ad assumere iniziative volte a definire in modo partecipato la ripartizione degli oneri tra settore sociale e sanitario?
- Si può ulteriormente rimandare la definizione di standard sui quali costruire tariffe corrispondenti?
- Si conferma ancora una volta che, a causa della confusione del quadro autorizzativo - ma non solo - comunità con funzione di accoglienza abitativa per persone con buoni livelli di autonomia, assumono funzioni diverse assimilandosi a quelle a più alta intensità assistenziale;
- La situazione complessiva degli inserimenti di persone inviate dai Dipartimenti di salute mentale nei servizi residenziali, per l'entità dei numeri e per le diverse - spesso nascoste - strutture in cui le persone sono "collocate" (dalle più diverse residenze per anziani, ai servizi previsti nel progetto obiettivo salute mentale, fino alle comunità per disabili) chiede con urgenza approfondimento, riflessione e scelte che non possono, come sembra, declinarsi sul solo aspetto monetario. Appare inoltre indispensabile che questi numeri (ci si riferisce, ovviamente, non solo a quelli riguardanti le persone inserite nei servizi residenziali di salute mentale) vengano esplicitati così da rendere visibile l'entità del *quadro* residenziale: quanti e dove.

**12 aprile 2013**

### Per approfondire

Segnaliamo, in particolare, la nuova pubblicazione del Gruppo Solidarietà, **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione, Tiziano Vecchiato, Castelplanio 2013, p. 112, euro 12.00, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>

Dal sito del Gruppo Solidarietà

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

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

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(IV parte\)](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(V parte\)](#)

[Perché la Campagna "Trasparenza e diritti"? Tre determinate Asur lo spiegano](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Alcuni dati e molte non risposte](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)

[La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)

[Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali](#)

[Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)

## Servizi sociosanitari nelle Marche

### Gli effetti del mancato governo regionale a partire dall'analisi di alcune determinate dell'Asur. (VII ed ultima scheda)

Questa nuova scheda analizza: a) quattro accordi dell'Asur con altrettante strutture ubicate nelle Aree Vaste 1, 2 e 3, che erogano prestazioni di **Rsa anziani** - Fossombrone, Ancona e Civitanova Marche -; b) una convenzione con una società (*Zaffiro*), per "nuclei psichiatrici", all'interno di due residenze protette per anziani ubicate ad Ancona.

I quattro nuovi accordi riguardanti le RSA anziani permettono di avere un quadro sempre più chiaro della situazione dei rapporti contrattuali tra l'Asur e le strutture private; la convenzione per *nuclei psichiatrici* in posti di residenze protette anziani conferma non solo la situazione di estrema confusione rispetto agli interventi residenziali rivolti a soggetti con patologie psichiatriche, ma anche il mancato rispetto della normativa riguardante le Residenze protette anziani.

#### Rsa anziani. Standard, tariffe, prestazioni, tipologia di utenza

Nella nostra ultima scheda, nella quale avevamo esaminato l'accordo per l'attivazione di una nuova RSA ad Urbino, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=718>, abbiamo messo a confronto (vedi tabelle) atti convenzionali dell'ASUR riguardanti le RSA anziani; tra queste anche due di quelle che saranno oggetto della presente analisi.

**Tab. 1 - Rsa private - convenzioni Asur**

Rsa Montefeltro Urbino	Rsa S. Giuseppe S. Benedetto del Tronto	Rsa Anni Azzurri Ancona	Rsa Abitare il tempo Loreto	Rsa Grimani Buttari Osimo	Rsa Casa Argento Fossombrone
Tariffa: 101 € Minuti: 135	Tariffa: ≈ 100 € Minuti: 180	Tariffa: 130-40 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈ 130 € Minuti: ≥130	Tariffa: ≈130-40€ Minuti: ----	Tariffa: 87-95 € Minut: ≥100
Quota sanitaria 60 € (60%)	Quota sanitaria 63,00 € (≈60%)	Quota sanitaria ≈90 € (≈70%)	Quota sanitaria Anziano: 86,8 € Alzheimer: 93,5 €	Quota sanitaria 91,38 € (≈70%)	Quota sanitaria 54,50 € (≈60%)

**Tab. 2 - Rsa gestione diretta Asur**

Rsa Ripatransone	Rsa Montefiore Aso
Tariffa: 100 € Minuti: 176	Tariffa: 119 € Minuti: 189
Quota sanitaria 67 € (≈67%)	Quota sanitaria 86,00 € (≈70%)

Analizzeremo ora gli ulteriori accordi e tenteremo, in conclusione, una sintesi complessiva.

**Rsa Casa Argento, Fossombrone (AV 1).** La residenza (vedi tab. 1) è autorizzata per 40 posti; l'accordo (determina 137/2013) con l'AV1, riguarda 30 posti. I primi 60 giorni sono a completo carico dell'ASUR e la tariffa riconosciuta è pari a 87,50 euro; dopo i 60 giorni la quota sanitaria è pari a 54,50 euro, quella a carico di utente/Comune è pari a 33 euro. Quota che può essere aumentata fino al 25%. Riguardo lo standard si definisce il minutaggio degli operatori addetti all'assistenza (70 minuti giorno per ospite) e si prevede poi una copertura infermieristica sulle 24 ore: 30 ore mensili di fisioterapista e 24 di assistente sociale. Presenti il direttore sanitario e il coordinatore infermieristico. Il contenuto della convenzione è assimilabile a quello riguardante la RSA Montefeltro, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=718>; prevede tre tipologie di ospiti: **1. Anziani con forme cronico- degenerative**, **2. Anziani con**

## Quaderni Marche - 1/2014

forme di demenza, **3. Adulti disabili (...)** Per l'accoglienza dei pazienti occorre distinguere tra: Le persone dimesse dagli ospedali affette da patologie internistiche, osteomuscolari, neurologiche, psico-organiche che possono richiedere un'assistenza integrata non fruibile a domicilio la cui degenza di norma non si protrae oltre i 30 giorni; Gli anziani affetti da forme cronico-degenerative e con forme di demenza, per le quali la durata della permanenza viene stabilita caso per caso; Gli adulti disabili di cui alla terza patologia per i quali la durata della degenza non si protrae oltre i 30 giorni.

Per quanto riguarda la contribuzione degli utenti l'accordo (tra la struttura e l'AV1), rispolvera (art. 10), l'inapplicabile art 433 del codice civile, "Nel caso in cui l'ospite non sia in grado di far fronte in tutto o in parte alla quota parte della diaria a suo carico, i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del C.C., dovranno contribuire al pagamento della diaria stessa, in base alla propria capacità economica, accertata nella procedura di ammissione".

**Rsa Villa Margherita, Civitanova Marche (AV 3).** L'accordo (determina 122/2013) con l'ASUR - AV3, riguarda **40 posti**. Anche in questo caso l'RSA prevede una differenziazione dell'utenza, attraverso due moduli: - **25**, sono "a medio livello di medicalizzazione e valori medi dell'indice di turn over, orientato verso patologie cronico invalidanti internistiche ed osteoarticolari a basso recupero"; - **10** (ne mancherebbero 5), "a basso livello di medicalizzazione e medio/bassi valori dell'indice di turn over, orientato verso patologie cronico degenerative". Le prestazioni riguardano persone "non autosufficienti con patologie in fase di stabilizzazione o stabilizzate con bisogno o meno di riattivazione funzionale", o "con patologie ortopedico traumatologiche (...) tali da non consentire un trattamento riabilitativo intensivo".

Si specifica successivamente che "per i soggetti affetti da patologia di Alzheimer in fase non stabilizzata, caratterizzata da disturbi comportamentali, previa valutazione e richiesta dell'UVD, la Rsa assicura un livello assistenziale differenziato".

Per quanto riguarda lo **standard assistenziale** la RSA prevede, per ogni ricoverato, almeno 50 minuti di assistenza infermieristica e 80 di Oss (130 per i malati di Alzheimer); presente un educatore professionale e almeno 8 ore al giorno di fisioterapista.

La **tariffa** è pari a **112,52 euro; 126,73** nei casi di malati di Alzheimer (a completo carico dell'Asur per i primi 60 giorni); successivamente, la **quota sanitaria è pari a 79,52 euro (93,73** per i malati di **Alzheimer)** e quella a carico dell'utente di **33 euro** (il lavaggio della biancheria è considerata come prestazione aggiuntiva). La quota sanitaria è pari a circa il 70% (75, nel caso di malati di Alzheimer).

<b>Rsa Villa Margherita Civitanova Marche (AV3)</b>
<b>Tariffa:</b> ≈ <b>112 €</b> (Alzheimer ≈ <b>126</b> ) <b>Standard:</b> <b>130m.</b> (Inf/Oss; <b>180m.</b> Alzheimer) + fisioterapista ed educatore. Quota sanitaria dopo 60 giorni: ≈70% (Alzheimer 75%)

Da segnalare l'indicazione, in contrasto con le indicazioni regionali riguardanti le Rsa anziani, che la dimissione può essere disposta anche dal medico di medicina generale oltre che dall'Unità valutativa distrettuale.

**Rsa Anni Azzurri del Conero, Ancona (AV 2).** La Rsa è dotata di **84 posti**, "articolati in moduli per pazienti affetti da patologie psichiatriche croniche e/o psichiatriche stabilizzate, per pazienti anziani non autosufficienti - anziani affetti da demenza senile (in particolare Alzheimer)". Per i soggetti con "patologie psichiatriche", accesso, permanenza e dimissione sono "di competenza del direttore del Dipartimento di salute mentale".

Per quanto riguarda lo **standard assistenziale** la RSA assicura, per ogni ricoverato, almeno 34 minuti di assistenza infermieristica e 91,5 di Oss: complessivamente circa, 125 minuti. Presente inoltre con dotazione settimanale: fisioterapista, 36 ore; responsabile servizio infermieristico, 28 ore; psicologo, 18 ore; medico, 32 ore.

L'AV2 "acquista" (determina 141/2013), per il 2012, 82 posti (74 + 8), per una spesa di circa 2,8 milioni di euro, che sono così suddivisi:

## Quaderni Marche - 1/2014

- **34 posti**, "ex OP e patologie psichiatriche croniche e/o stabilizzate",
- **40 posti**, "anziani non autosufficienti e anziani affetti da demenza (Alzheimer)
- **8 posti**, "nuova attivazione per anziani e demenze".

### Rsa "Anni azzurri : 82 posti (74+8)

<b>modulo psichici 34 posti</b>	<b>modulo Anziani-demenze 40 posti</b>	<b>Anziani-demenze (n.a.) 8 posti</b>
<b>4</b> , ex OP ( <b>122,08 €/giorno</b> ) <b>11</b> , "psichiatrici cronici e/o stab" <b>19</b> , "psichiatrici stabilizzati" <b>(93,04, €/giorno)</b>	<b>18</b> , anziani non autosufficienti <b>19</b> , Alzheimer <b>(91,71 €/giorno)</b> <b>3</b> , sollievo ( <b>132,96 €/giorno</b> )	<b>8</b> , ( <b>91,71 €/giorno</b> )

Come si può verificare all'interno dei 74 posti è presente un'ulteriore suddivisione. I posti ex OP (4), e quelli di Sollievo (3), per i quali il ricovero è previsto in 30-60 giorni, sono a completo carico dell'ASUR; per tutti gli altri dovrebbe - l'accordo non lo specifica - prevedersi una quota a carico dell'utente pari a 41,25 € (33 + 25%).

Va ricordato che la RSA *Anni Azzurri*, aveva previsto, con accordo regionale, una compartecipazione a carico dell'utente pari a 50 euro al giorno, superando la quota massima regionale prevista dalla regione Marche di 41,25. Il TAR Marche, a seguito del ricorso di alcuni utenti, ne ha disposto la sospensione (Ordinanza 189/2010). Per un approfondimento:

[Tariffe a carico degli utenti nella RSA Anni Azzurri di Ancona. Riflessioni sulla sospensiva del TAR Marche, A proposito dell'Accordo tra Regione - Asur e RSA "Anni Azzurri", Rsa anziani "Anni Azzurri". Dove sono i forti, dove sono i deboli.](#)

**Residenza Dorica (S. Stefano), Ancona (AV 2).** Nella struttura sono presenti, tra gli altri, posti (20) di **Rsa anziani** e (16) di **Residenza riabilitativa estensiva (RSR)**; questi ultimi trasferiti dall'Istituto S. Stefano di Porto Potenza Picena (di cui la Residenza Dorica è parte). Il contratto prevede (determina 140/2013), l'acquisto da parte dell'AV2, delle prestazioni per i 20 posti di RSA (3 di questi trasferiti dalla RSA *Abitare il tempo* di Loreto, appartenente allo stesso Gruppo), per un budget, 2012, di circa 644 euro.

Per quanto riguarda lo **standard assistenziale** la RSA assicura 140 minuti al giorno per ogni ricoverato, così suddivisi: almeno 25 minuti di assistenza infermieristica e 98 di Oss (totale 123). Presenti inoltre nella struttura (che, come detto, non comprende solo i posti di RSA) con dotazione settimanale, fisioterapista: 2 per 38 ore; capo sala: 38 ore; psicologo: 20 ore; educatore: 20 ore; medico: 20 ore; assistente sociale: 18 ore.

La tabella riepiloga standard e tariffa praticata: 17 sono quelli di nuova contrattualizzazione, 3, quelli già oggetto di Accordo con "Abitare il tempo" di Loreto.

Da segnalare inoltre che nell'Accordo non viene fatto riferimento, come prevede la normativa regionale, al fatto che i primi 60 giorni di degenza sono a completo carico dell'ASUR e non è prevista la corresponsione della cosiddetta quota alberghiera.

<b>Rsa - Residenza Dorica Ancona (AV2). 20 posti</b>
<b>17 posti: Tariffa: ≈123-131 €</b> (Quota sanitaria 90 €, ≈ 70%); <b>Standard: ≈140m</b>
<b>3 posti: Tariffa: ≈120-128 €</b> (Quota sanitaria 86,88 €, ≈ 70%); <b>Standard: ≈130m</b>

**Società "Zaffiro" Ancona (AV 2).** Si tratta della Convenzione per "nuclei psichiatrici", per complessivi **57 posti**, all'interno di due **residenze protette per anziani**, ad Ancona. I posti, con tariffe differenziate, vengono suddivisi in "medio-lievi" e "medio-gravi". Nella residenza di Montesicuro, sono stati trasferiti 12 posti già presenti nella Casa di Riposo Villa Serena di Senigallia. Il quadro riepilogativo riferito a tariffe, quote e standard nella tabella che segue.

## Quaderni Marche - 1/2014

<b>Gruppo "Zaffiro" - Ancona</b> <b>Convenzione, 57 posti, nuclei psichiatrici</b>
<b>Ancona: 20</b> (15, medio/lievi; 5, medio/gravi)
<b>Montesicuro: 25</b> (20, medio/lievi; 5, m/gravi)
<b>Montesicuro: 12</b> (medio/lievi), ex Villa Serena Senigallia
<b>Tariffa: 70-79 euro,</b>
<b>Quota sanitaria: 70%</b> (49-55,30€)
<b>Quota utente: 30%</b> (21,00-23,70€)
<b>Standard: 100 m</b> (80 Oss-20 IP)

Come si può constatare, tenendo fissa la ripartizione percentuale degli oneri (70/30), le persone *più gravi* partecipano con una quota sociale più alta. Riteniamo tale indicazione sbagliata, in quanto, all'aumentare della gravità e dunque dello standard e dei costi, dovrebbe aumentare la quota sanitaria.

### Considerazioni

**Rsa anziani.** Le Convenzioni confermano le diverse funzioni di queste strutture, con un mix di tipologie di pazienti, tutte - in misura minore *Anni Azzurri* - orientate alla gestione prevalente della post acuzie, con ricoveri a termine. Da constatare inoltre la differenziazione della tariffa all'interno dei moduli (Villa Margherita per Alzheimer) e la specificità di *Anni Azzurri* con la presenza di moduli "psichici" e, anche in questo caso, tariffe differenziate. Il rapporto standard assistenziali - tariffe, può essere esteso anche alle RSA analizzate in altra scheda (tabella 1 e 2).

Quanto agli standard, occorre tener presente la differenziazione tra il minutaggio di infermiere e di Oss (previsto per ogni persona ricoverata) e quello delle altre figure professionali, soprattutto nelle strutture al cui interno sono presenti altri moduli; in quei casi è evidente che l'offerta (dal medico allo psicologo, dal fisioterapista all'assistente sociale) riguarda il complessivo dei posti.

Altra questione riguarda la quota a carico dell'utente. Nelle Rsa la quota non può superare i 41,25 euro al giorno (dopo i primi 60 giorni), ma, aspetto innegabilmente grave; nessuna disposizione regionale definisce quali prestazioni la struttura è tenuta a garantire. Così ad esempio, nel caso di Villa Margherita a Civitanova, il lavaggio della biancheria rientra tra le prestazioni a pagamento. Situazione che è ipotizzabile possa valere anche in molte altre RSA private. In altre pubbliche, ad esempio, si tratta di un servizio non previsto a conferma dell'assimilazione con il modello ospedaliero.

In ogni caso, il fatto che aumenti il privato for profit (tutti quelli presi in considerazione in questa scheda), che gestisce queste tipologia di strutture, è evidente dimostrazione che permane un margine importante di redditività. Da segnalare poi la possibilità data ai Centri ex art. 26 di ridistribuire il budget all'interno di Area Vasta e Asur (vedi, [Sull'Accordo 2011 tra Regione e Centri di riabilitazione](#)). Si può vedere in questo caso alla situazione della *Residenza dorica* con il trasferimento dei posti sia da Porto Potenza Picena (Rsr estensiva), che da Loreto (RSA).

**"Nuclei psichiatrici" in RSA e RP.** Il problema riguarda sia la Rsa *Anni azzurri*, con un modulo di 34 persone, che la Residenza protetta anziani "Zaffiro"; in questo caso, sono 57 posti autorizzati come RP che non potrebbero, nonostante il tortuoso "percorso motivazionale" della determina, accogliere questa tipologia di pazienti. Non è peraltro chiaro quale sia lo standard aggiuntivo rispetto ai 100 minuti delle RP che possa giustificare una tariffa di 70 e 79 euro; è presente, infatti, solo un riferimento generico alla presenza di educatori professionali.

Fatto sta, che siamo di fronte a *collocazioni* improprie, come in molti casi le stesse determinate specificano, a ciò deve aggiungersi che questi inserimenti diminuiscono il numero di posti destinati - come in questo caso - agli anziani non autosufficienti. Vale la pena ricordare che sono circa 2.000 gli anziani non autosufficienti ricoverati in posti non convenzionati e dunque con retta a proprio completo carico.

Come abbiamo avuto modo di segnalare sia nell'ultima scheda, che in altri precedenti approfondimenti, il tema dell'inserimento di persone con disturbi mentali all'interno delle più disparate residenze, non può continuare ad essere eluso. Si tratta di un numero molto alto di



persone, inserite dai DSM, nelle più variegata strutture residenziali e con le più diverse modalità.

Proprio mentre chiudevamo questa scheda, abbiamo preso visione della determina 309 del 17.4.2013, "Approvazione Accordo con Opera Pia Mastai Ferretti di Senigallia, per la regolamentazione dei rapporti per ricovero ed assistenza a soggetti malati mentali, anno 2013". L'accordo, rinnova quello del 2012, che avevamo già commentato in, [Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#), pag. 3. E' interessante, verificare la modifica alle percentuali di incidenza sanitaria degli interventi. Nel 2012, per i 20 ricoverati, non si sa sempre su quale base, l'incidenza era del 19% (7); 38% (10), 57% (3). Nel 2013, si ha un leggero miglioramento di 19 dei 20 ricoverati, per il ventesimo invece c'è un leggero peggioramento. Così per i primi 19 diminuisce fino a 3 punti l'incidenza sanitaria, per l'ultimo, aumenta di un punto. Sommando i circa 2 euro di aumento della tariffa giornaliera, ai punti percentuali guadagnati, il risultato è un aumento della quota a loro carico di circa 2-3 euro al giorno, che determina un risparmio per l'ASUR di circa 3.000 euro (123.000 contro 126.000). Cercheremo poi di capire come si definisce l'incidenza sanitaria; ed anche la differenza tra una del 35 e 36%, 17 e 19%, 56 e 58%.

### Ci fermiamo qui

Con questa scheda concludiamo un percorso iniziato circa due anni fa, che ha prodotto l'elaborazione di oltre dieci approfondimenti, a partire dall'analisi di molte decine di determine ASUR, decreti e delibere. Riteniamo infatti, che ciò che si doveva dimostrare è stato ampiamente dimostrato. Ad altri compete, senza dilazioni, affrontare e risolvere i problemi che sono stati evidenziati. Difficilmente si può sostenere che questo sistema è accettabile.

L'impegno continua; se possibile in modo ancor più deciso, per fare in modo che ciò che in molti anni non è stato fatto, venga realizzato, senza furbie o inaccettabili scorciatoie, a tutela delle persone più in difficoltà, che hanno il diritto di ricevere, con modalità trasparenti, i servizi di cui hanno necessità. Continua anche con la ferma volontà di mettere in discussione modelli istituzionali che sembrano con sempre maggior prepotenza voler dominare il campo. E' compito delle Istituzioni, magari aiutata dai soggetti della società civile, fare in modo che siano improntate al massimo rispetto della dignità delle persone, nella consapevolezza che i servizi nascono per "servire" le persone che ne fruiscono. Un lavoro, questo, che deve vederci impegnati ogni giorno, per evitare che a causa delle nostre distrazioni o reticenze, possa accadere il contrario.

---

### Approfondimenti

**Segnaliamo, in particolare, la nuova pubblicazione del Gruppo Solidarietà, Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione, **Tiziano Vecchiato**, Castelplanio 2013, p. 112, euro 12.00, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>

### Le precedenti schede

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Il discount delle prestazioni](#)

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

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

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(III parte\)](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(IV parte\)](#)

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(V parte\)](#)

[Considerazioni sull'Accordo Asur-Abitare il Tempo di Loreto](#)

[Perché la Campagna "Trasparenza e diritti"? Tre determine Asur lo spiegano](#)

[Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico](#)

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

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

[Servizi sociosanitari nelle Marche. Alcuni dati e molte non risposte](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)

## Quaderni Marche - 1/2014

### **Strutture residenziali salute mentale**

[La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)

[Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali](#)

[Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#)

[Le residenze protette per anziani con demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?](#)

### **Residenze sanitarie assistenziali anziani**

[Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

[Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)

[Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L' improcrastinabile regolamentazione](#)

[Percorsi assistenziali nella post acuzie e nella cronicità. Quadro nazionale e regionale](#)

Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche, <http://leamarche.blogspot.it/>

*L'appello di avvio della Campagna*, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2892>

**18 aprile 2013**