



Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Scelte di politica sociale in recenti provvedimenti della regione Marche

La scheda analizza e commenta alcuni recenti interventi normativi regionali: criteri utilizzo fondo nazionale politiche sociali; riduzione (60%) del fondo regionale non autosufficienze; accordo con i Centri di riabilitazione - dai servizi ospedalieri a quelli domiciliari, funzione di valutazione presa in carico, interventi riabilitativi in età evolutiva - ; analisi utilizzo fondo regionale di solidarietà; convenzionamento nuovi posti di residenze protette per anziani. Lo scopo di questo approfondimento è capire quali siano gli orizzonti di politica sociale che animano questi provvedimenti. Se orizzonti vi sono.

Utilizzo Fondo nazionale politiche sociali 2019 e riduzione del 60% del Fondo regionale non autosufficienze

La [Dgr 1568/2019](#) definisce i **criteri di riparto del Fondo nazionale 2019** pari a 10,53 milioni. 8,59 milioni vengono spesi nell'annualità 2019; 1,9 nel 2020; 62.500 euro nel 2021. La tabella (pag. 2/3), indica le aree di intervento e di destinazione, reintroducendo anche il fondo a sostegno delle spese degli Ambiti sociali per funzione di accesso, valutazione, presa in carico.

Nella stessa [delibera](#) viene modificata la Dgr 1138/2019 che definisce i [criteri di riparto e utilizzo Fondo regionale non autosufficienze 2019](#). La **modifica è significativa** in quanto **si riduce di 3 milioni l'appena aumentato fondo regionale, che passa da 5,1 milioni a 2,1**. Si riporta per intero (il grassetto è nostro) la motivazione (p. 8 e 9 della Dgr): "Con L.R. n. 51/2018, la Regione ha stanziato l'importo di euro 5.100.000,00 a favore del Fondo Regionale per le Non-Autosufficienze al fine di rafforzare sul territorio regionale i servizi socio-assistenziali per la non autosufficienza. Con DGR n. 1138 del 30/09/2019 sono stati approvati i criteri di riparto e le modalità di utilizzo del **Fondo Regionale per le Non Autosufficienze - annualità 2019 pari ad euro 5.100.000,00**, per avviare sul territorio regionale gli interventi a favore degli "Anziani" e a favore delle persone con "Disabilità gravissima" in continuità e in coerenza con quanto disposto dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016 di riparto del Fondo Nazionale per la Non-Autosufficienza (FNA). Il Fondo regionale è integrato per ciascuna annualità dal Fondo Nazionale per la Non-Autosufficienza (FNA). Con riferimento all'annualità 2019, il Decreto ministeriale di riparto del fondo Nazionale per la non autosufficienza del triennio 2019-2021 - annualità 2019 ha acquisito l'Intesa della Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri nella seduta del 7 novembre 2019. **Le risorse a favore delle Regione sono state notevolmente incrementate rispetto all'annualità 2018. La Regione Marche riceverà per l'annualità 2019 un contributo nazionale pari ad euro 16.278.880,00 a fronte di un contributo pari ad euro 13.083.880,00 dell'annualità 2018. Si rappresenta che lo stanziamento del Fondo Regionale per le Non Autosufficienze - annualità 2019 pari ad euro 5.100.000,00 ha subito un notevole incremento rispetto all'annualità 2018 al fine di assicurare a tutti i beneficiari un contributo almeno uguale a quello dell'anno precedente.** Tale incremento in particolare si è reso necessario in quanto, a partire dall'annualità 2016, il numero di "nuovi" utenti che percepiscono il contributo "Disabilità gravissima" è stato di 1.475. Alla luce di quanto detto sopra, considerato che l'FNA 2019 stanziava a favore della Regione Marche un fondo notevolmente superiore rispetto alle precedenti annualità tale da assicurare a tutti i beneficiari degli interventi a favore della non autosufficienza ovvero agli anziani over 65 anni e alle persone con disabilità gravissima un contributo pari a quello dell'annualità 2018, è possibile destinare parte del Fondo Regionale per le Non Autosufficienze pari ad euro 3.000.000,00 per sostenere altri interventi socio assistenziali che ad oggi risultano finanziati con risorse insufficienti. Pertanto a favore degli interventi per la non autosufficienza annualità 2019 sono destinate risorse complessive pari ad euro 18.378.880,00 di cui euro 16.278.880,00 dell'FNA ed euro 2.100.000,00 del Fondo regionale. Tale importo risulta superiore rispetto all'importo complessivo destinato nel 2018 pari ad euro 14.783.880,00, di cui euro 13.083.880,00 dell'FNA 2018 ed euro 1.700.000,00 del FRNA 2018".



In sostanza si **stornano 3 milioni di euro da interventi di sostegno domiciliare alle persone non autosufficienti destinandoli ad indefiniti interventi socioassistenziali**. Va ricordato, al fine di una contestualizzazione, che l'assegno di cura per anziani non autosufficienti pari a sole 200 euro mese viene ricevuto da **circa il 5% dei potenziali beneficiari**; il contributo per la "disabilità gravissima" è inferiore anno 2018 a 300 euro/mese. Così l'8 dicembre il Gruppo Solidarietà si era rivolto alla Commissione consiliare chiamata ad esprimere parere. "Si chiede che la Commissione proponga il mantenimento del vincolo di destinazione per interventi riguardanti le persone non autosufficienti destinando il finanziamento all'interno di questa area per quelle situazioni, documentabili, che richiedono maggior sostegno. Si può ad esempio aumentare la quota dell'assegno di cura (sulla base di condizioni che richiedono maggiori sostegni), o aumentarne il numero dei beneficiari; sostenere quelle persone che all'interno del requisito della disabilità gravissima richiedono il sostegno alle funzioni vitali. Tutto ciò a partire dall'assunto che il sostegno (nelle modalità che un'accurata e adeguata programmazione può indicare) alle persone non autosufficienti attualmente erogato possa considerarsi adeguato, tanto da prevedere lo storno di una quota pari al 60% dell'esiguo fondo regionale. Sempre con riferimento alle persone non autosufficienti si chiede alla Commissione di sollecitare la giunta regionale affinché il sostegno alla domiciliarità (al pari degli interventi diurni e residenziali) non sia sostenuto solo da finanziamenti sociali (siano essi regionali o nazionali) ma anche da fondi sanitari. Ricordiamo infine che per specifiche condizioni - malati di SLA - l'ASUR assume per intero il contributo a sostegno della domiciliarità. Un sostegno che non viene erogato a persone che si trovano nelle identiche condizioni solo a motivo di differente diagnosi". Nella formulazione del parere non risulta che la Commissione abbia preso in considerazione tali richieste. Per un approfondire, vedi, [Sostegno domiciliarità, Fondo non autosufficienze e disabilità gravissima](#).

Quando le incongruenze diventano disuguaglianze. L'Accordo Regione e Centri di riabilitazione ARIS 2019-21

L'[Accordo \(Dgr 1668-2019\)](#) offre innumerevoli spunti di riflessione. Ne consigliamo, pertanto, una attenta lettura contestualizzata con le più generali politiche sanitarie e sociosanitarie regionali (funzione ed evoluzione del servizio pubblico e di quello privato accreditato/convenzionato, facendo in particolare riferimento alla specificità dei Centri riabilitazione affiliati all'ARIS ovvero "gli ex art. 26/833"). Ci limiteremo a segnalare alcuni aspetti, rimandando per quelli più generali al commento dell'[Accordo 2016-18](#) e per la parte specifica della riabilitazione in età evolutiva, oggetto di specifico accordo integrativo, ad una precedente [scheda](#).

Il **budget** annuale per gli anni **2019-2021** (pag. 21), esclusa la riabilitazione in età evolutiva, che passa da 981,300 euro del 2018 a 2,23 milioni di euro del 2021, è pari a **88,244 milioni** (di cui 20,1 per riabilitazione ospedaliera). Nel **2009** il budget assommava a **79,3 milioni**. Parte dell'offerta riconducibile *agli ex art. 26* si trova a pag. 24. Le tariffe riconosciute a pag. 25. La tabella A, pag. 24, non si capisce cosa intenda rappresentare: la "distribuzione dei posti", non ricomprende le sole strutture oggetto dell'Accordo ma neanche l'intera offerta riconducibile a detti posti. Basta in proposito consultare, per tipologia di servizio, la [mappa](#) presente nel sito della regione Marche (si segnala inoltre la non corrispondenza del Centro diurno Alzheimer di "Abitare il Tempo" all'interno dei CD disabili¹).

L'Accordo (pag. 14 e 15), riconosce alcuni interventi che attualmente vengono garantiti dall'ASUR. Da segnalare, per un significato più generale, quello riferito all'**ASP Paolo Ricci**, che riconosce, a tre persone **con disturbi dello spettro autistico** frequentanti il centro diurno, un'assistenza educativa personalizzata con rapporto 1/1 per le sette ore di frequenza (con tariffa di €150/giorno), cui si aggiungono gli oneri per le altre figure professionali componenti l'équipe. Ci si chiede se, su progetto personalizzato redatto dalle competenti Unità multidisciplinari, anche in altre situazioni

¹ A causa dell'assenza dei requisiti di autorizzazione dei CD Alzheimer all'interno della legge 20/2000, per tutti i CD autorizzati la regione ha chiesto il rispetto dei requisiti strutturali dei CD disabili.



ASUR e Regione sono disposte a riconoscere un rapporto educativo 1/1 per tutta la durata della frequenza giornaliera, oltre agli oneri per altre figure professionali che concorrono alla realizzazione del progetto stesso. In base ad un principio di equità ed analogia, se qui è garantito un progetto educativo che prevede queste condizioni e questi costi, esso dovrà essere assicurato in ogni situazione si presentino le medesime condizioni.

Una parte rilevante dell'Accordo riguarda lo **sviluppo dell'offerta del progetto riabilitativo in età evolutiva** (punto 6, pag. 16). L'impegno finanziario regionale finalizzato ad abbattere le liste di attesa passa **da 981,3 milioni di euro del 2018 a 2,23 milioni del 2021**. L'Accordo (tabella 3, pag. 23) indica **in 1.543 i minori in lista di attesa** presso 26 presidi ambulatoriali dei Centri di riabilitazione (la lista - presentata dai Centri - riguarda minori nella **fascia 0-18**, mentre nell'Accordo precedente la fascia dei minori in lista di attesa era riferita alla fascia **0-6 anni** ed era di circa **700**). L'investimento regionale prevede nel triennio la presa in carico di **745 nuovi minori**. Vale la pena sottolineare alcuni aspetti. L'Accordo del **2017** indicava (punto 3) alcuni **impegni rispetto agli esiti, di cui non vi è traccia nel nuovo**: (se non, pag. 3, riprendere ex novo, impegni simili). Vale la pena riportarli (il grassetto è nostro). **Modalità di presa in carico dei nuovi bambini in lista di attesa**. *Per entrambe le progressioni incrementali di fine 2017 e 2018 (lett. a) e b) del punto 2) si dà mandato all' ASUR e di conseguenza alle UMEE territoriali di riferimento presso ciascun Distretto Sanitario di residenza del minore in lista di attesa di procedere a: a) **Recepire l'elenco dei minori in carico nelle liste di attesa dei CAR di cui al presente accordo; b) Verificare l'appropriatezza del Piano Riabilitativo Individualizzato (PRI) proposto dal CAR effettuando un'analisi di congruità tra quanto stabilito dal Piano ed il relativo numero di prestazioni proposte anche in considerazione di una potenziale richiesta di ripetizione del ciclo riabilitativo. Ripetizione che andrà in ogni caso condivisa con l'UMEE di competenza; c) Avviare un percorso unitario e di condivisione con tutte le UMEE regionali finalizzato all' individuazione di medesimi strumenti di valutazione multidimensionale (UVMMD) tali da un lato a quantificare l' effettivo carico assistenziale del paziente e dall'altro a monitorare, trattandosi di prestazione di natura riabilitativa, gli esiti degli interventi effettuati. Tale percorso dovrà trovare una sua conclusione entro e non oltre il 31/12/2017 per poi essere implementato in una linea di indirizzo regionale; d) Analizzare, per una più completa consapevolezza della dimensione del fenomeno, l'intero sistema dell' offerta ambulatoriale riabilitativa includendo anche i Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (CAR) accreditati ma non convenzionati o convenzionati parzialmente in grado di trattare pazienti in età evolutiva.** Se ad un Accordo può non essere chiesto di rispondere ad un percorso programmatico, dovrebbero però esserci altri atti, all'interno dei quali l'Accordo si inserisce, in cui si espone con precisione i termini dell'impegno regionale e le condizioni dettagliate di erogazione e di risultato, nel quadro ben definito che lega, e distingue, il ruolo del pubblico e quello del privato accreditato. **Si continua quindi con l'abdicazione alle proprie responsabilità e competenze**. A questo aspetto si lega il tema della valutazione e presa in carico da parte delle **Unità multidisciplinari distrettuali**². Ridotte, sostanzialmente, al nulla quelle pubbliche, nei fatti tale funzione viene delegata completamente ai Centri di riabilitazione. Che la assumono e mantengono, esclusivamente, nel momento in cui i minori intraprendono un percorso riabilitativo presso di loro. Se devono continuarlo anche dopo la dimissione, il percorso deve essere remunerato. A riguardo è emblematico questo passaggio dell'Accordo (il grassetto è nostro) *“Per perseguire l' obiettivo di diminuire le liste d'attesa in età evolutiva presenti nei CAR accreditati, a parità di risorse, le Parti concordano di procedere alla dimissione dei pazienti che hanno raggiunto obiettivi definiti nei rispettivi piani terapeutici riabilitativi individuali. **Al raggiungimento degli obiettivi presenti nei PTRI gli stessi saranno seguiti dalle UMEE del territorio che procederanno ad effettuare il monitoraggio fino alla conclusione del percorso scolastico. Nell' ipotesi in cui l' ASUR in alcune Aree vaste non fosse in grado di attivare le proprie UMEE per il monitoraggio degli esiti degli interventi riabilitativi eseguiti in ambito scolastico, si dovrà provvedere, da parte della stessa ASUR, alla copertura dei costi di tale intervento con risorse finalizzate che non rientrano nelle risorse assegnate nel presente accordo-quadro**”*. Traduciamo ed esemplifichiamo: Il Centro ha in trattamento*

² Delle quali non si è mai voluto definire dotazione minima di personale. Per un approfondimento vedi [qui](#).



riabilitativo il minore, ad esempio, fino a 15 anni. Il minore va a scuola e magari fruisce di interventi di educativa domiciliare, oltre che di progetti e percorsi sostenuti dall'Unità multidisciplinare del Centro di riabilitazione. Si interrompe il trattamento riabilitativo e la funzione Umee viene trasferita ai servizi pubblici, che fino a quel momento possono non aver avuto mai rapporti con il minore e la sua famiglia. Da un lato il minore transita in altro servizio con nuovi operatori, dall'altro l'Accordo ipotizza (vedi parte evidenziata) che le Umee pubbliche potrebbero essere **inesistenti** (come se del funzionamento delle UM non avesse competenza e responsabilità regione Marche ed ASUR) e nel caso, le Umee dei Centri potrebbero continuare ad esercitare la loro funzione; ma con fondi aggiuntivi a carico dell'ASUR. **In questo passaggio c'è tutto, ma davvero tutto, il vuoto programmatorio della regione Marche.** A pagarne gli effetti sono gli utenti; a trarne i vantaggi, in questo caso, sono i Centri di riabilitazione.

Riguardo il punto 9 - **Sistema tariffario** (p. 19) si segnalano tre aspetti: **1)** Nei casi di assenza (per conservazione del posto) si applica la regolamentazione vigente per le residenze protette ([art. 17, Dgr 1729/2010](#)): 50% quota sanitaria e 50% quota utente; **2)** Si introduce la prova di domiciliazione (senza che essa venga spiegata), che prevede una remunerazione pari al 70% della tariffa del codice 56 e 75 (vedi pag. 25); **3)** si introduce il seguente passaggio riguardante RSA e CD (si noti il termine "pazienti"): *"I pazienti che verranno ricoverati presso le Unità RSA Disabili (RD3) e semiresidenziali (PRF.6/SRDisl) che richiedono un minutaggio assistenziale superiore al 20% di quanto attualmente previsto e conseguentemente finanziato, in assenza di setting assistenziale idoneo, l'ASUR inviante dovrà riconoscere un maggiore importo calcolato sull'effettiva necessità assistenziale"*. Si segnala che per tali Centri diurni (che hanno tariffe da 91,42 a 145,58 euro) la Regione non ha stabilito lo standard assistenziale. Difficile dunque prevedere modifiche di ciò che non è definito. Inoltre non si indica a chi compete l'accertamento della necessità di standard più elevati. Ci si chiede: se tale possibilità è ritenuta necessaria, perché non viene inserita in una norma generale (vedi, ad esempio, i requisiti di autorizzazione) che valga per tutti i servizi, piuttosto che in Accordi, che valgono solo per qualcuno? Da ultimo (pag. 20), la previsione di una revisione delle tariffe, nel caso in cui, a causa del rinnovo dei contratti, il costo del lavoro dovesse subire aumenti. Un ragionamento corretto, che però necessiterebbe prima di una verifica dell'inquadramento del personale operante nelle strutture. Nel caso di intermediazione attraverso cooperative, il ricorso a "partite IVA" o altre modalità di reclutamento del personale, nulla cambia per questi Enti. Sarebbe, pertanto opportuno, ai fini dell'appropriatezza tariffaria, che la Regione verificasse gli inquadramenti contrattuali anche al fine della definizione delle tariffe.

Utilizzo Fondo solidarietà 2018. Le ragioni dell'avanzo

Con il [decreto 314 del 16 dicembre 2019](#), sono stati trasferiti agli ATS i Fondi dell'annualità 2018, in parte già anticipati [con gli avanzi dell'annualità 2017](#), utilizzata sostanzialmente al 50% e con un avanzo di circa 1 milione. Nell'annualità 2018 la quota utilizzata è di **circa 1,43 milioni**, rimanendo ancora al di sotto dei **due milioni stanziati**. I **beneficiari passano da 111 a 157** (vedi tabella). Due ATS non hanno presentato domande; solo cinque hanno un numero di beneficiari pari o superiore a 10. Un dato lontanissimo dai potenziali beneficiari [che avevamo individuato](#) in circa 650 (con l'inserimento, nell'annualità 2018, degli utenti delle comunità alloggio, si poteva ipotizzare anche 750) Le ragioni sono nel meccanismo di finanziamento che abbiamo qui [analizzato](#). Ripetiamo quanto già [scritto](#) nel commento relativo ai dati dei beneficiari annualità 2017: *Ciò conferma che per molti potenziali utenti i Comuni non hanno attivato alcun percorso. Se gli utenti non hanno cercato i Comuni, è perché nessuno ha detto loro di farlo; se i Comuni non hanno cercato gli utenti, è perché non ne assumevano gli oneri. E per quale ragione i Comuni non hanno cercato gli utenti, se era presente un contributo regionale cui poter accedere? Per il semplice fatto che l'aumento del numero dei beneficiari avrebbe potuto comportare un contributo parziale sulla contribuzione*



comunale stante i requisiti fissati dalla Regione. E dunque il Comune si sarebbe potuto trovare nella condizione di doversi accollare oneri mai assunti. Il nodo è tutto qui: perché il contributo regionale sia conveniente per i Comuni deve essere a rimborso; e perché ciò si verifichi, deve essere cambiato il percorso del contributo: l'utente è chiamato a contribuire secondo quanto stabilito dalla disposizione regionale (niente, in parte, tutto). Quello deve pagare e quello paga. L'altra quota rimane in capo al Comune. In caso contrario, il diritto dell'utente a pagare quanto previsto rimane aleatorio e dipendente dalla scelta comunale di attivare il percorso. I numeri della tabella 1 sono, in questo senso, inequivocabili. Se l'obiettivo della giunta regionale era di provocare una pressione degli utenti sui Comuni, al fine di far loro assumere la dovuta compartecipazione al costo della retta, il risultato non pare raggiunto. La modalità adottata (come dimostrano i dati) si ritorce contro i beneficiari ed a tutto vantaggio dei Comuni. Non basta, dunque, per il futuro (DGR [1723/2018](#)) allargare la potenziale platea dei beneficiari (comunità alloggio disturbi mentali) e ipotizzare l'allargamento anche ad altri servizi (nello specifico disabilità). Se anche, come stabilito dalla legge di Bilancio regionale, il Fondo dovesse assestarsi sui 3 milioni, senza il cambiamento delle modalità di erogazione i miglioramenti rimarranno marginali”.

La [Legge regionale di stabilità \(L.R. 41/2019\)](#) ha previsto per il 2020 uno stanziamento di 5 milioni di euro (p. 17). E' evidente che senza il cambiamento del meccanismo di erogazione, anche allargando la platea dei beneficiari (attualmente i destinatari sono solo utenti dei servizi residenziali di salute mentale) gran parte del Fondo rimarrà inutilizzato.

Numero di beneficiari per ATS. Anni 2017 e 2018

Fondo solidarietà "- anno 2017		
ATS	Accolte	Non Acco
AMBITO 1- Pesaro	18	-
AMBITO 3 - Unione Montana Catria e Nerone	0	-
AMBITO 4 - Urbino	2	-
AMBITO 5 - Unione Montana del Montefeltro	0	-
AMBITO 6 - Fano	6	3
AMBITO 7 - Fossombrone	1	-
AMBITO 8 – Senigallia	8	2
AMBITO 9 - ASP Jesi	2	-
AMBITO 10 - U.M. Esino Frasassi Fabriano	0	3
AMBITO 11- Ancona	23	-
AMBITO 12 - Falconara Marittima	6	3
AMBITO 13 - Osimo	0	-
AMBITO 14 - Civitanova Marche	10	2
AMBITO 15 - Macerata	1	-
AMBITO 16 – Unione Montana Monti Azzurri	1	4
AMBITO 17 - U.M Alte Valli Potenza/Esino	0	2
AMBITO 18 – Unione Montana Marca Camerino	1	-
AMBITO 19 - Fermo	15	6
AMBITO 20 - Porto Sant'Elpidio	9	6
AMBITO 21 - San Benedetto del Tronto	6	2
AMBITO 22 - Ascoli Piceno	2	-
AMBITO 23 - Unione comuni Vallata Tronto	0	12
AMBITO 24 - Unione Montana dei Sibillini	0	-
TOTALE	111	45

Fondo solidarietà "- anno 2018		
ATS	Accolte	Non Accol
AMBITO 1- Pesaro	17	-
AMBITO 3 - Unione Montana Catria e Nerone	0	-
AMBITO 4 - Urbino	3	-
AMBITO 5 - Unione Montana del Montefeltro	1	-
AMBITO 6 - Fano	7	2
AMBITO 7 - Fossombrone	1	-
AMBITO 8 – Senigallia	9	-
AMBITO 9 - ASP Jesi	2	-
AMBITO 10 - U.M. Esino Frasassi Fabriano	3	-
AMBITO 11- Ancona	36	11
AMBITO 12 - Falconara Marittima	7	1
AMBITO 13 - Osimo	8	2
AMBITO 14 - Civitanova Marche	10	-
AMBITO 15 - Macerata	1	-
AMBITO 16 – Unione Montana Monti Azzurri	5	-
AMBITO 17 - U.M Alte Valli Potenza/Esino	3	1
AMBITO 18 – Unione Montana Marca Camerino	1	1
AMBITO 19 - Fermo	15	1
AMBITO 20 - Porto Sant'Elpidio	17	1
AMBITO 21 - San Benedetto del Tronto	9	-
AMBITO 22 - Ascoli Piceno	2	-
AMBITO 23 - Unione comuni Vallata Tronto	0	-
AMBITO 24 - Unione Montana dei Sibillini	0	-
TOTALE	157	20



Progetto personalizzato di minore con disabilità. Educativa domiciliare con oneri anche a carico della sanità

Il provvedimento dell'ASUR AV1 di Pesaro è interessante e importante. [Il progetto personalizzato](#) riguardante un minore con disabilità prevede un intervento di educativa domiciliare di circa 96 ore mensili, denominato "diurno +" per il quale l'ASUR assume un costo di circa il 58% ed il Comune il 42%. La specificità del progetto educativo (vedi pag. 3) determina la conseguente assunzione di oneri da parte dell'ASUR anche in un intervento domiciliare. Oneri sanitari degli interventi che il settore sanitario assume in applicazione della normativa sui livelli essenziali di assistenza (Dpcm [12.1.2017](#)) nei servizi diurni e residenziali e nell'[assistenza tutelare domiciliare](#). A dimostrazione che a determinate condizioni non ci sono ostacoli normativi all'assunzione di oneri sanitari anche negli interventi domiciliari. Peraltro provvedimento simile viene assunto in [un intervento di educativa domiciliare](#) da parte dell'ASUR AV5 di Ascoli Piceno (minore già frequentante centro diurno).

Aumentano i posti convenzionati di residenza protetta per anziani non autosufficienti, ma permane l'assenza programmatoria regionale

Con la [Dgr 1672/2019](#) la regione Marche prevede un ulteriore aumento dei posti convenzionati delle residenze protette per anziani pari, nel triennio 2020-22, a 508 (193+142+173). L'obiettivo è arrivare progressivamente (2022) a convenzionare l'85% dei posti autorizzati. L'impegno finanziario nel triennio è pari a 6,213 milioni di euro. La delibera stabilisce, per distretto sanitario, il numero annuo dei posti convenzionabili. Se è apprezzabile lo sforzo per aumentare il numero dei posti convenzionati (introduzione quota sanitaria), ancora una volta non si affrontano alcuni nodi della residenzialità sociosanitaria rivolta a persone non autosufficienti e con demenza. Dagli standard di personale, alla definizione delle tariffe, dalle modalità e criteri di accesso, dai cosiddetti "nuclei demenze" alle quote a carico degli utenti (per un approfondimento vedi [QUI](#) e [QUI](#)).

E' parimenti stucchevole il richiamo al termine della delibera alla costituzione di una Banca dati finalizzata alla gestione unitaria delle liste di attesa, quando volutamente, per non mettere in discussione l'esistente, non si attua quanto previsto da un decennio, ovvero l'istituzione di [liste di attesa di livello distrettuale](#).

Puoi approfondire con le schede dell'[Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#) e con [Quaderni Marche](#) (dossier nei quali vengono riproposti, su uno specifico tema, analisi, contributi, documenti, pubblicati nel sito, riguardanti le politiche ed i servizi rivolti ai soggetti deboli nelle Marche).

Vedi anche

[FOCUS. Requisiti servizi sociosanitari. Le questioni in gioco nella proposta della giunta](#)

[FIRMA LA PETIZIONE! La proposta sui requisiti dei servizi sociosanitari va cambiata](#)

[Se apprezzi il nostro lavoro puoi sostenerlo in MOLTI MODI](#)

**5x1000 Gruppo
Solidarietà
cf. 91004430426**