

Gruppo Solidarietà

Fondo solidarietà, Valutazione multidimensionale e presa in carico. Le risposte del presidente Ceriscioli alle interrogazioni Consiliari

Sul Fondo le motivazioni addotte al mancato finanziamento 2017 appaiono risibili e preoccupanti risultano le indicazioni di utilizzo di quello del 2018. Sulle Unità multidisciplinari si conferma l'urgenza della definizione delle figure professionali e della relativa dotazione organica che non può non essere proporzionata alla popolazione residente. Una dotazione tale da assicurare adeguata valutazione e reale presa in carico

Lo scorso 27 settembre, il Gruppo Solidarietà ha proposto ai Consiglieri regionali due **interrogazioni** riguardanti: a) il finanziamento del Fondo di solidarietà per il 2017; b) la dotazione organica ed il funzionamento delle Unità di valutazione nelle aree disabilità (UMEE ed UMEA) e anziani (UVI). Interrogazioni presentate, il 4 ottobre 2017, dal consigliere Bisonni (gruppo Misto), con risposte date nelle sedute del 16 (**Fondo solidarietà**) e 24 (**Unità multidisciplinari**) gennaio 2018.

Negli allegati 1 e 2 riportiamo la risposta del Presidente Ceriscioli, che detiene la delega alla sanità e servizi sociali.

Finanziamento 2017 Fondo Solidarietà. L'interrogazione chiedeva conferma del finanziamento del Fondo per il 2017 come da ripetute promesse del presidente. La risposta (all. 1) è arrivata il 16 gennaio 2018, quando si era già appurato che, nei fatti, la promessa era stata tradita. Vedi in proposito, **Servizi sociosanitari e fondo solidarietà. La Regione disattende l'impegno**. Così il presidente Ceriscioli motiva il mancato finanziamento del Fondo nel 2017, *"Questo è un meccanismo a rendicontazione, quello che si prevede di stornare, quindi riceveranno il contributo tutti quegli ambiti territoriali sociali che hanno sostenuto parte della quota dei cittadini e dovendo essere a rendicontazione si utilizzano i fondi 2018 per pagare il 2017. Era questo l'impegno preso dalla Giunta regionale nei confronti dell'applicazione di questa misura (...) Quindi un meccanismo che permette di recuperare quella forma e giustamente se avessimo messo i fondi nel 2017 non avremmo potuto utilizzarli per i noti meccanismi di finanza, il 2018 ci permette di pagare il 2017"*. Chissà perché si era impegnato solennemente a finanziarlo nel Bilancio 2017!? Le sue precedenti affermazioni sono riportate **qui**. Ora lo troviamo nella condizione di chi non sa tirarsi fuori da una situazione imbarazzante e sceglie, invece che assumersene la responsabilità, la strada patetica e ridicola della giustificazione a posteriori.

Il Fondo, come è noto, è stato finanziato con due milioni di euro, con la legge **35/2016** per gli anni 2018 e 2019 e con la legge **40/2017** anche per il 2020. La risposta contiene alcuni aspetti che è opportuno mettere all'attenzione. La quota 2018, secondo la Regione, coprirebbe gli oneri 2017. Oneri che gli utenti hanno già pagato e per i quali non è scontato che i Comuni abbiano integrato le rette.

Non è infatti rintracciabile in alcun atto una comunicazione esplicita della Regione nella quale si comunica ai Comuni che il Fondo è a rendiconto; peraltro non è facile capire come i Comuni nel 2017 avrebbero applicato criteri di compartecipazione che la Regione non ha ancora definito. E' anzi certo che la gran parte dei Comuni non ha neanche preso in considerazione la richiesta di integrazione. Se, come continua ad affermare la Regione Marche, le risorse "sono destinate agli enti locali che si sostituiscono agli utenti", si scoprirà che sono

pochissimi i Comuni che si sono comportati in questo modo, quand'anche i redditi degli utenti siano costituiti da sola pensione di invalidità e indennità di accompagnamento.

Se dunque il Comune non si è "sostituito", la quota non verrà integrata? Ad oggi, per un numero imprecisato di persone ricoverate, la situazione può essere una delle seguenti:

- a) gli utenti e i loro familiari hanno pagato per intero, con decorrenza 1.1.2015, la quota sociale;
- b) gli utenti hanno versato solo l'indennità di accompagnamento e/o parte della pensione;
- c) i Comuni hanno integrato parte delle rette.

Ed a fronte di questa situazione, come sarà possibile trasferire i soldi agli utenti che hanno "anticipato" la quota della retta, benché potessero aver diritto dell'integrazione del Comune? Come si potrà ricostruire il diritto a posteriori? In quali forme i Comuni potranno ricevere fondi per spese che non hanno sostenuto? Tante domande, che evidenziano la fragilità di una risposta, che è banalmente una giustificazione a posteriori.

Riguardo poi ai destinatari del Fondo, la risposta introduce una novità indicando le sole persone con "problemi di salute mentale". Va ricordato che la dgr 1195/2013 si riferisce alle persone con disabilità. Quando ci si è resi conto che l'impatto avrebbe riguardato anche la salute mentale si è sempre fatto riferimento ad entrambe le tipologie di utenza (vedi le comunicazioni dei dirigenti dei servizi sanità e politiche sociali a partire dal 2015).

E' invece sconcertante che il presidente, o chi per Lui, dimentichi che, per tutti i posti autorizzati come RSA disabili, dal 1.1.2015 è scattata la compartecipazione. Quindi per gli utenti della RSA dell'Istituto Mancinelli, di Abitare il Tempo, di S. Stefano Porto Potenza Picena, dell'AV1 a Fano, di Villa Bellini ad Ancona, di Villaggio delle Ginestre a Recanati, ecc ..., il Fondo non dovrebbe intervenire? Non si dovrebbe, invece, dimenticare che tutti i Centri di riabilitazione (ex art. 26) al cui interno ci sono posti di RSA, dal 2014 ad oggi, hanno mantenuto inalterati i loro budget, comprensivi dunque della quota sociale ora assoggettata agli utenti (per approfondimenti vedi [qui](#) e [qui](#)).

Infine sarebbe opportuno che il presidente Ceriscioli comunicasse numero di strutture e numero di utenti per i quali, a seguito della Dgr 1195, sia scattata la compartecipazione. Si riuscirebbe così, finalmente, a quantificare l'esatto numero dei potenziali beneficiari ed a ipotizzare la quota necessaria.

Allegato 1 – Risposta presidente Ceriscioli. [Qui il verbale della seduta](#)

Luca CERISCIOLI. Grazie Presidente. Con la legge regionale di stabilità è stato istituito il fondo straordinario di solidarietà dotandolo di una disponibilità di 2 milioni di euro. Le risorse sono destinate agli enti locali che si sostituiscono agli utenti inseriti in una delle strutture di cui alla legge regionale 21/2016, parzialmente o totalmente incapienti in base all'indicatore della situazione economica prevalente di cui al d.p.c.m. 159. Il fondo viene trasferito agli ambiti territoriali sociali sulla base di criteri e modalità che stiamo approntando.

Nostro intendimento continua ad essere quello di coprire la parte della retta di accesso alle strutture di accoglienza per persone con problemi di salute mentale che risultano essere quelli più colpiti dalla modifica delle percentuali di compartecipazione conseguente all'adozione della delibera di Giunta regionale 1331/2014 che, come sappiamo, recepisce le indicazioni nazionali risalenti al 2001, mai recepite fino ad allora dalla Regione Marche.

I criteri di riparto e le modalità di utilizzo oltre che le procedure di rendicontazione - questa è la parola chiave, cioè va a coprire la rendicontazione chi ha sostenuto le spese al posto dell'utenza per quanto riguarda la quota di compartecipazione - saranno oggetto di apposito atto deliberativo che dovrà tener conto della presenza effettiva delle persone accolte nelle strutture interessate dal fondo, nell'anno 2017, con reddito inferiore alle soglie Isee che verranno definite nell'atto regionale stesso e che saranno uguali nell'intero territorio regionale.

La gestione del fondo verrà affidata agli ambiti territoriali sociali sia in sede di domanda che in fase di rendicontazione. In tal modo verranno coperte le spese aggiuntive in capo ai cittadini nell'intero anno

2017.

Questo è un meccanismo a rendicontazione, quello che si prevede di stornare, quindi riceveranno il contributo tutti quegli ambiti territoriali sociali che hanno sostenuto parte della quota dei cittadini e dovendo essere a rendicontazione si utilizzano i fondi 2018 per pagare il 2017. Era questo l'impegno preso dalla Giunta regionale nei confronti dell'applicazione di questa misura per venire incontro alle modificazioni che nel 2014 hanno cambiato, adeguandosi alla normativa nazionale, la situazione precedente che vedeva un contributo a carico degli enti locali in sostituzione del cittadino. Quindi un meccanismo che permette di recuperare quella forma e giustamente se avessimo messo i fondi nel 2017 non avremmo potuto utilizzarli per i noti meccanismi di finanza, il 2018 ci permette di pagare il 2017.

E' evidente che andiamo a creare un circolo virtuoso che riprende ad alimentare quegli enti che sostengono i propri cittadini. Con i fondi che di fatto andremo a dare alla rendicontazione sarà possibile per loro finanziare il 2018, mettendo in moto l'intero meccanismo a tutela delle fasce più deboli, di chi ha un Isee basso e ha bisogno di questo contributo.

Dotazione organica e funzionamento Unità multidisciplinari. La seconda interrogazione chiedeva conto del funzionamento delle Unità multidisciplinari nei settori disabilità e anziani, per quanto attiene alla funzione di valutazione e presa in carico. Trattandosi di un livello essenziale (Dpcm 21.1.2017) che deve essere obbligatoriamente assicurato, si chiedeva quale fosse la dotazione organica e se la stessa fosse in grado di garantire le funzioni sopra indicate. La risposta (allegato 2), conferma l'assenza di dotazione organica. Dotazione che dovrebbe indicare standard di composizione numerica e professionale delle Unità Multidisciplinare, rapportandola con la popolazione residente (vedi tabella 1: popolazione per distretto sanitario).

Le attuali dotazioni organiche garantiscono le funzioni previste (per un approfondimento vedi [qui](#) e [qui](#))? Il quadro, come si può vedere è estremamente differenziato, con un preoccupante ridimensionamento al ribasso delle Unità Multidisciplinari dell'Età Adulta. In tale situazione è evidente il rischio, tacito, della fine di ogni progettualità individuale, con una funzione delegata, ai servizi (in particolare diurni e residenziali) che si occupano della persona con disabilità. Appare quindi urgente che la Regione definisca con rapidità figure professionali e dotazioni organiche, definendone il numero sulla base della popolazione residente.

I dati riportati sono peraltro eloquenti rispetto alla situazione attuale. Si prenda, ad esempio, il Distretto di Pesaro: un territorio di 140.000 abitanti con una ricca rete di servizi. L'Umea è composta da 1 assistente sociale e 1 psicologa. Difficile poter affermare che con questa dotazione si possa adempiere alla funzione assegnata.

Tabella 1 – Popolazione per Distretto

1	– Pesaro, 138.999
2	– Urbino, 85.105
3	– Fano, 137.457
4	– Senigallia, 79.238
5	– Jesi, 107.994
6	– Fabriano, 47.229
7	– Ancona, 254.609
8	– Civitanova M., 124.435
9	– Macerata, 135.805
10	– Camerino, 47.190
11	– Fermo, 175.625
12	– San Benedetto, 102.074
13	– Ascoli Piceno, 107.992

Rispetto alle **Unità di valutazione nell'area anziani**, non viene fornito alcun dato rimandando alle disposizioni contenute nella dgr 111/2015. Anche in questo caso la risposta è inadeguata. Non è sufficiente affermare che esiste un generico "nucleo fisso": occorre indicare, tenuto conto della differente popolazione, quanti operatori svolgano la funzione per ogni Distretto (Ancona, ad esempio, ha una popolazione 5 volte superiore a quella di Fabriano e Camerino). E' inoltre ovviamente necessario chiarire anche l'altro aspetto, riguardante le modalità organizzative di queste équipe, ovvero come esercitano la funzione di valutazione, definizione del percorso assistenziale e presa in carico.

Le risposte alle interrogazioni presentano una situazione non certo incoraggiante. Auguriamoci che far venire in superficie alcune criticità possa creare la condizione per modificarle. Almeno questo è l'auspicio.

Per approfondire

Fondo Solidarietà

- [Fondo solidarietà. A che punto siamo?](#)
- [Marche. Legge stabilità 2017. Modificare articolo su fondo solidarietà](#)
- [Fondo solidarietà. La Regione non mantiene l'impegno, ma promette di istituirlo nel 2017 invece che nel 2018](#)
- [Richiesta finanziamento Fondo solidarietà. Mantenere l'impegno](#)

Valutazione presa in carico

- [Disabilità. Il collasso dei servizi distrettuali di valutazione e presa in carico](#)
- [L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Valutazione, accesso, percorsi assistenziali](#)
- [L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA. Il recepimento della regione Marche](#)
- [Disabilità. Scheda normativa Marche su valutazione e presa in carico](#)
- [La normativa della regione Marche sulle Unità di valutazione distrettuale](#)

Tutte le schede [dell'Osservatorio del Gruppo Solidarietà sulle politiche sociali nelle Marche](#)

[I materiali dei corsi di formazione](#)

L'ultimo libro del Gruppo Solidarietà, [LE POLITICHE PERDUTE. Interventi sociosanitari nelle Marche](#)

Vedi [Le schede di approfondimento](#)



Al Presidente della Giunta Regionale
Dr. Luca Ceriscioli

SEDE

OGGETTO: Interrogazione n. 501/2017 del Consigliere Bisogni, concernente "Valutazione multidisciplinare e presa in carico. Dotazione organica servizi distrettuali area disabilità e anziani non autosufficienti".

Relativamente all'Interrogazione in oggetto si rappresenta quanto segue sulla base della relazione trasmessa con note prot. n. 29782 del 23/10/2017 e n. 2725 del 22/1/2018:

Punto 1) la dotazione organica prevista (figure professionali e dotazione oraria) per le Unità multidisciplinari disabili (età evolutiva e adulta) e anziani;

Si premette che attualmente le funzioni UMEE e UMEA sono riconducibili alla struttura complessa "Cure Tutelari" dell'Asur costituita con determine nn. 481/2016 e n. 361/2017.

Le UMEE/UMEA (Unità Multidisciplinare Età Evolutiva/ Avanzata) sono costituite da un nucleo fisso di professionalità e da altre di volta in volta coinvolte secondo necessità, come previsto dalla L. R. n. 18/96.

L'Asur, per definire quantitativamente e qualitativamente le necessità delle strutture, ha:

- costituito gruppi di lavoro per il miglioramento dell'organizzazione territoriale;
- identificato le procedure di valutazione, presa in carico e cartella informatizzata nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico;
- definito Protocolli di intervento interdisciplinari (Umee/Umea, Umea/Dsm, Umea/Ddp);
- emanato direttive sull'organizzazione del personale e nei settori minori /disabilità / anziani;
- differenziato le funzioni di neuropsichiatria infantile/UMEE /UMEA e le funzioni di psichiatria dell'adolescenza con costituzione dell'UOC Psichiatria dell'adolescenza in AV3 a valenza aziendale.

Ciò premesso, le risorse attualmente assegnate a tempo pieno (Ue - Unità equivalenti) sono indicate nella tabella di seguito riportata:

AVI			
UMEE Urbino		UMEA Urbino	
NPI	1 Ue	Neurologo	
Psicologo	1 Ue	Psicologo	
AS.Sociale	1,9 Ue	Ass.Sociale	1 Ue
Logopedista		Fisiatra	
UMEE Pesaro		UMEA Pesaro	
NPI	2 Ue	Neurologo	
Psicologo	2,6 Ue	Psicologo	1 Ue
AS.Sociale	1,3 Ue	Ass.Sociale	1 Ue
Logopedista	7 Ue	Fisiatra	
UMEE Fano		UMEA Fano	
NPI	1 Ue	Neurologo	
Psicologo	3 Ue	Psicologo	0,4Ue
AS.Sociale	2,3 Ue	Ass.Sociale	1,7 Ue
Logopedista	4 Ue	Fisiatra	



Neuropsicomotricista			
AV2			
UMEE Fabriano		UMEA Fabriano	
NPI	1 Ue	Neurologo	0,3 Ue
Psicologo	1 Ue	Psicologo	1Ue
AS.Sociale	1Ue	Ass.Sociale	1 Ue
Logopedista	3Ue	Fisiatra	0,3 Ue
UMEE Senigallia		UMEA Senigallia	
NPI	1 Ue	Neurologo	
Psicologo	2 Ue	Psicologo	1Ue
AS.Soc.	2 Ue	Ass.Sociale	2 Ue
Logopedista	3 Ue	Fisiatra	
UMEE Jesi		UMEA Jesi	
NPI	1 Ue	Neurologo	0,2 Ue
Psicologo	2 Ue	Psicologo	1,5 Ue
AS.Sociale	1 Ue	Ass.Sociale	1 Ue
Logopedista	3Ue	Fisiatra	0,2 Ue
UMEE Ancona		UMEA Ancona	
NPI	4,4 Ue	Neurologo	
Psicologo	6 Ue	Psicologo	2,6 Ue
AS.Sociale	3 Ue	Ass.Sociale	2,5 Ue
Logopedista	2.5 Ue	Fisiatra	

AV3			
UMEE Macerata		UMEA Macerata	
NPI	3 Ue	Neurologo	0,1 Ue
Psicologo	3 Ue	Psicologo	0,5Ue
AS.Sociale	2,3 Ue	Ass.Sociale	1,8 Ue
Logopedista		Fisiatra	
UMEE Civitanova		UMEA Civitanova	
NPI	1,5 Ue	Neurologo	0,2 Ue
Psicologo	1 Ue	Psicologo	1Ue
AS.Sociale	0,5Ue	Ass.Sociale	1,5 Ue
Logopedista	1Ue	Fisiatra	
UMEE Camerino		UMEA Camerino	
NPI		Neurologo	0,1 Ue
Psicologo	0,6 Ue	Psicologo	0,5 Ue
AS.Soc.	1Ue	Ass.Sociale	0,5 Ue
Logopedista	1Ue	Fisiatra	
Neuropsicomotricista	1Ue		
AV4			
UMEE Fermo		UMEA Fermo	



NPI	2 Ue	Neurologo	
Psicologo	3 Ue	Psicologo	1Ue
AS.Sociale	1 Ue	Ass.Sociale	2 Ue
Logopedista		Fisiatra	1Ue
		Sociologo	1Ue
AV5			
UMEE Ascoli Piceno		UMEA Ascoli Piceno	
NPI	1,7 Ue	Neurologo	0,2 Ue
Psicologo	1,5 Ue	Psicologo	1,5 Ue
AS.Soc.	1 Ue	Ass.Sociale	1 Ue
Logopedista	1 Ue	Fisiatra	0,2 Ue
Neuropsicomotricista	2Ue	Pedagogista	1 Ue
UMEE San Benedetto		UMEA San Benedetto	
NPI	2 Ue	Neurologo	0,2 Ue
Psicologo	1 Ue	Psicologo	1 Ue
AS.Sociale	0,5 Ue	Ass.Sociale	
Logopedista	1 Ue	Fisiatra	0,2 Ue
Terapista riabilitazione	2Ue		

L'azienda prevede di inserire nel piano di fabbisogno triennale 2018/2020 assunzioni/stabilizzazioni destinate alle aree Umee/Umea/Consultorio/Cure domiciliari.

Punto 2) L'attuale dotazione di personale, per ogni Distretto Sanitario delle suddette unità di valutazione specificando per le singole aree, figure professionali e dotazione oraria

Per ciò che attiene l'Area Anziani si fa riferimento alla DGRM 111/2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali"

Le Unità di Valutazione Integrata (UVI) sono équipe multidisciplinari costituite da un "Nucleo fisso": responsabile dell'UVI, medico curante dell'assistito, assistente sociale (del Distretto e/o degli Ambiti Territoriali Sociali) e da un infermiere. A seconda delle specifiche esigenze del caso, il nucleo fisso viene integrato con altre figure professionali individuate ad hoc (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, logopedisti etc...).

Considerata la variabilità della composizione dell'UVI non si può parlare di "dotazione organica" dedicata, ma nell'ambito della dotazione di personale del Distretto vengono identificate le figure professionali necessarie integrate al bisogno da personale di Assistenza Primaria, degli Ambiti Territoriali Sociali etc....

L' ASUR ha verificato per ciascun Distretto la composizione dell'UVI ed, al fine di agevolare i percorsi di attivazione ha dotato i Distretti di strumenti di informatizzazione del Sistema S.I.R.TE. (Sistema Informativo per la Rete Territoriale) per le dimissioni Protette e le cure domiciliari ed è in implementazione il modulo RSA/Cure Intermedie, che faciliterà la valutazione multidimensionale e la definizione del PAI.

Cordiali saluti

Responsabile del procedimento:
Rodolfo Pasquini

IL DIRIGENTE
Lucia Di Furia

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n.82/2005, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.