

Servizi sociosanitari nelle Marche

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

Più volte siamo intervenuti per sottolineare il quadro di estrema confusione in cui versano i servizi sociosanitari, 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 sociale¹. La scheda, per avvalorare questa premessa, prende in esame alcune determinine dell'Asur (e delibere della Regione di controllo degli atti) nelle quali si definiscono accordi, protocolli, convenzioni con enti gestori dei servizi². 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 Ideas³, 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 utenza⁴ - siano molto più alti. Su tutti 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 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

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

² 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.

³ Per un aggiornamento vedi , *Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche*, www.grusol.it/vocesociale/14-06-11.PDF.

⁴ Per la gran parte soggetti in post acuzie con malattia non stabilizzata.

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 20/2000⁵. 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. 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 autorizzazione⁶.

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 residenze⁷. 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 1997⁸, 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 assumere gli oneri alberghieri per una cifra indicativamente pari al 30% del costo e comunque non superiore alla indennità di accompagnamento⁹. 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

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ Vedi in proposito, *Creatività e fantasia in alcune determinate dell'Asur*, in www.grusol.it/vocesociale/01-04-11.PDF.

⁸ 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.

⁹ 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.

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 determinine (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 determinine 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 demenze¹⁰. 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 anziani¹¹, 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).

Psichiatria

Comunità alloggio soggetti con disturbi mentali. Rimaniamo nell'ambito della residenzialità psichiatrica prendendo come riferimento due determinine (674 e 696-2011) con le quali la **Zona 5 di Jesi** si convenziona con due comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali¹² (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 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

¹⁰ 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).

¹¹ 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.

¹² 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.

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 nazionale¹³). 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 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 20/2000¹⁴ (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

¹³ 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.

¹⁴ 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

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/atena/ 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 occorre 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)¹⁵. 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 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 20/2000¹⁶ (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.

¹⁵ Per un approfondimento vedi, *I servizi territoriali per la disabilità nella programmazione della regione Marche*, in, www.grusol.it/informazioni/03-10-08bis.PDF.

¹⁶ Per un approfondimento vedi, *La residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione*, in, www.grusol.it/vocesociale/12-10-09.PDF.

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 discrezionalità¹⁷ che mai è andata a vantaggio del debole. Dalla discrezionalità al clientelismo, come è noto, il passo è breve.

30 settembre 2011

¹⁷ 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?