

# SERVIZI SOCIO SANITARI. L'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA NELLE MARCHE

FRANCO PESARESI,  
DIRETTORE, AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA (ASP), AMBITO 9, JESI

Continuiamo l'approfondimento sui contenuti delle delibere<sup>1</sup> sui servizi sociosanitari, approvate la scorsa estate dalla regione Marche. Questa volta l'attenzione viene posta specificatamente su quella (1195) che si propone di dare applicazione alla normativa sui livelli essenziali di assistenza nella parte sociosanitaria. Abbiamo rivolto alcune domande, in proposito, a Franco Pesaresi (a cura di Fabio Ragaini).

**Le delibere della scorsa estate emanate dalla regione Marche hanno suscitato grandi proteste in tutta la Regione con interventi anche di federazioni nazionali. Una delle due (la 1195) riguarda l'applicazione della normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza nella parte socio sanitaria (allegato 1c, del dpcm 29.11.2001). La delibera, dal tuo punto di vista, interpreta in maniera corretta tale normativa? Quale il parere a riguardo?**

La Deliberazione della Giunta regionale n. 1195/2013 non è pienamente rispettosa del Decreto sui Livelli essenziali di assistenza (DPCM 29/11/2001) il cui rispetto è obbligatorio per legge. In particolare, la regione Marche riduce la quota sanitaria rispetto alle norme nazionali dei centri diurni per anziani e dei centri diurni per disabili e delle Comunità protette per la salute mentale.

Per i Centri diurni per anziani non autosufficienti la Delibera regionale n. 1195/2013, insieme alla DGR 1011/2013, stabilisce che il Servizio sanitario riconoscere solo una quota sanitaria giornaliera per ospite pari a circa 10,60 euro mentre il Centro diurno costerebbe circa 57,85 euro al giorno (abbiamo utilizzato la stessa cifra calcolata dalla giunta regionale per il costo dei centri diurni Alzheimer). In sostanza il Servizio sanitario regionale garantirebbe al massimo il 18,3% del costo dei centri diurni per anziani non autosufficienti invece del 50% stabilito dalla legge nazionale (DPCM 29/11/2001). Lo stesso trattamento non viene invece confermato per i centri diurni per Alzheimer a cui invece si riconoscere la quota sanitaria del 50% (169 posti nelle Marche). Attualmente, nelle Marche, i centri diurni per anziani non finalizzati all'Alzheimer sono 19 per un totale di 282 posti. Questa decisione carica illegittimamente sui comuni e sugli assistiti, ipotizzando che tutti i

posti siano coperti, ulteriori oneri per circa 1,2 milioni che spetterebbero invece al Servizio sanitario. Ogni comune perderà illegittimamente 4.400 euro all'anno per ogni posto nei centri diurni per anziani (ipotizzando una apertura per 240 giorni l'anno).

Stessa sorte viene prevista per i centri diurni per disabili gravi anche se in questo caso la questione tecnica è più complessa. Vengono previste due tipologie di centro diurno per disabili gravi con due standard assistenziali diversi ma senza uno strumento di valutazione o un sistema di classificazione in grado di stabilire quale disabile grave possa andare nell'una o nell'altra struttura. La normativa nazionale prevede una sola tipologia nel settore sociosanitario. Il primo Centro diurno (SRDIS 1.1) prevede una ripartizione dei costi fra sociale e sanitario rispettosa della norma nazionale con il 70% a carico del Servizio sanitario e il 30% a carico dell'utenza e dei comuni. A quanto se ne sa però saranno finanziati in questa categoria solo 200-300 posti. Tutti gli altri posti verranno invece collocati nella seconda tipologia di centri diurni per disabili (SRDIS 1.2). Si tratta di circa 760-860 posti effettivamente occupati. Infatti attualmente, i centri diurni per disabili delle Marche, sono 91 per un totale di 1.433 posti ma quelli che erano occupati nel 2011 erano 1061. Per questa seconda tipologia di centro diurno la regione riconosce una quota sanitaria di circa 15,10 euro al giorno per ospite rispetto ad un costo calcolato dallo stesso assessorato alla sanità in 65,15 euro al giorno (un po' basso per la verità). Questo significa che la quota sanitaria sarebbe pari al 23,2% rispetto al 70% previsto obbligatoriamente dalla legge nazionale (DPCM 29/11/2001). Questa decisione della regione caricherebbe illegittimamente sui comuni e sui disabili, nell'ipotesi che tutti i posti

siano occupati da disabili gravi (dato che i CSER sono per disabili gravi), ulteriori oneri che vanno da 5,5 a 6,3 milioni di euro. Ogni comune perderà illegittimamente 7.300 euro all'anno per ogni posto in questa seconda tipologia di centro diurno per disabili gravi a favore del servizio sanitario.

Altre regioni come la Calabria, il Lazio, la Liguria, la Sardegna, la Toscana, il Veneto, ecc. hanno applicato correttamente il decreto sui LEA (DPCM 29/11/2001) per quel che riguarda i centri diurni per disabili. Nelle Marche, invece, siamo in presenza di una violazione del decreto sui LEA.

**Secondo te cosa connota, nello specifico dei servizi residenziali di salute mentale, un servizio a bassa intensità assistenziale per il quale i LEA prevedono un onere a carico della sanità del 40%? Può definirsi a bassa intensità assistenziale un servizio con copertura assistenziale sulle 24 ore?**

Le due delibere regionali (DGR 1011/2013 e DGR 1195/2013) prevedono importanti novità anche nella organizzazione e nella compartecipazione alla spesa nelle strutture residenziali per la salute mentale. La norma nazionale prevede due grandi tipologie di strutture:

- Strutture residenziali intensive o estensive con copertura dei costi sanitari al 100%;
- Strutture residenziali a bassa intensità assistenziale con copertura dei costi sanitari al 40%.

La Regione Marche introduce una terza tipologia non prevista dalle norme nazionali: tra le strutture definite a bassa intensità assistenziale introduce le strutture definite SRP 3.1 che garantiscono l'assistenza sociosanitaria 24 ore su 24 e che quindi dovrebbe essere collocata fra le strutture intensive od estensive ma ad esse applica una quota di compartecipazione sanitaria del 70%, in violazione della normativa nazionale (DPCM 29/11/2001). Una struttura che garantisce l'assistenza nelle 24 ore non può essere definita a bassa intensità assistenziale per cui la copertura dei costi, per legge, deve essere del 100% sanitaria. La regione Marche riesce a giustificare questa operazione con un colpo di genio dialettico: assume come punto di riferimento il livello dell'assistenza riabilitativa di queste strutture che è "bassa" evitando di parlare dei "Livelli assistenziali offerti" che invece "bassi" proprio non sono<sup>2</sup> e che fanno riferimento a tutto il personale necessario e non solo ad un segmento di esso. Rimane inoltre insoluto il problema di

come si deciderà quali pazienti potranno afferire ad una struttura piuttosto che ad un'altra. Quale è il disegno della Regione Marche? Declassare un gruppo di strutture residenziali psichiatriche che per legge sono a totale carico del Servizio sanitario in modo tale che ci sia una compartecipazione sociale alla spesa, nello specifico del 30% (percentuale non prevista nelle norme nazionali). Con questa delibera la Giunta regionale scarica illegittimamente sugli assistiti e sui comuni degli oneri di competenza sanitaria. Tenuto conto che l'assessorato regionale, per queste strutture ipotizza un costo giornaliero di 84-89 euro, si vuol addebitare illegittimamente ad utenza e comuni un importo giornaliero per utente pari a 25-26 euro al giorno. Su base annua corrisponde a 9.788 euro a posto. I posti letto nelle Comunità protette oggi sono 281 per cui la somma illegittimamente trasferita al sociale potrebbe arrivare al massimo a 2,7 milioni (in parte però questi letti andranno anche al livello SRP3.2 il cui rimborso sanitario è del 40%). Per cui anche in questo caso possiamo affermare che la ripartizione della spesa viene stabilita senza alcun rispetto della norma nazionale obbligatoria.

**Puoi chiarire il meccanismo della rilevazione con la cosiddetta griglia LEA (ultimi dati 2011) nello specifico riguardante i servizi sociosanitari. Come si posiziona a riguardo la nostra regione?**

Il Ministero della Salute verifica annualmente che tutte le regioni rispettino i LEA con una griglia fatta di indicatori per settore di intervento sanitario. Nell'ultima rilevazione relativa al 2011 la regione Marche ottiene un ottimo risultato risultando fra le 9 regioni completamente adempienti. La griglia rileva solo qualche problema ancora da superare nel settore dei posti letto ospedalieri, dell'aggiornamento del personale, del fascicolo sanitario elettronico e soprattutto nell'area sociosanitaria ma per i quali esiste già l'impegno della regione a Marche a provvedere. E comunque anche nell'area sociosanitaria la Regione Marche viene valutata come adempiente con un punteggio di 74 punti su 80 (il punteggio minimo è 70/80) ma con l'impegno della stessa regione a:

- "estendere ad almeno l'80% delle UVI la scheda di valutazione multidimensionale individuata per il disabile;
- individuare con norma la compartecipazione agli oneri da parte del sociale per le

tipologie assistenziali già individuate dalla normativa nazionale e fornire dati sugli anziani assistiti nelle strutture sociali (numero assistiti, n. operatori impiegati)".

La valutazione ministeriale per il 2011 ha tenuto conto dei seguenti tre elementi:

1. *Diffusione della valutazione multi-dimensionale dei disabili e adozione di procedure unificate di presa in carico del disabile.* I punti massimi a disposizione sono 20 (ma il minimo è 15 punti per essere dichiarati adempienti) e la regione Marche ne ottiene 15 perché dichiara di essersi dotata di uno strumento di valutazione multidimensionale per la disabilità ancora in fase di implementazione. Si tratta dello strumento di valutazione approvato con decreto dell'Agenzia regionale sanitaria n. 6/2012. Tutte le disposizioni nazionali ed internazionali sottolineano che gli strumenti di valutazione devono esser validati. In questo caso lo strumento non è stato validato e non ci sono ancora dati sulla sperimentazione affidata all'Asur per cui un utilizzo così esteso, in queste condizioni, espone la regione Marche e gli assistiti ad un vero azzardo. Non esiste né una ricerca né una pubblicazione su questo nuovo strumento di valutazione.

2. *Fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza.* I punti massimi a disposizione sono 25 (ma il minimo è 20 punti per essere dichiarati adempienti) e la regione Marche ne ottiene 25. Secondo il Ministero "sembrerebbe che la Regione, pur non avendo normato la ripartizione per gli oneri a carico della semiresidenzialità per anziani e disabili, fornisce direttamente il personale per le prestazioni sanitarie ai pazienti per i quali il Piano Assistenziale Individuale prevede un'assistenza integrata sociosanitaria. Non è chiaro se per le 10 strutture/nuclei semiresidenziali con 169 p.l.

nelle quali sono inseriti i pazienti affetti da Alzheimer seguiti, la quota preveda la partecipazione e in che misura.<sup>3</sup>". Risulta del tutto evidente che le informazioni in possesso del Ministero della Salute siano non corrette in quanto nella gran parte dei casi l'ASUR non fornisce direttamente il personale sociosanitario necessario per la semiresidenzialità per disabili ed anziani e che questo ha evidentemente influenzato il voto assegnato alla regione Marche. Questa osservazione ministeriale ha però costretto la regione Marche ad adottare una deliberazione attesa da oltre un decennio per definire le quote a carico dell'ASUR e dei comuni per tutte le tipologie di assistenza, quote che però contrastano, in parte, con il decreto LEA.

3. *Completezza e congruità dei dati forniti dalle tabelle riportate nel Questionario 2011.* In questa parte si valuta il livello di diffusione dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per disabili e per anziani. I punti massimi a disposizione sono 36 (ma il minimo è 27 punti per essere dichiarati adempienti) più un punto se c'è coerenza con la griglia LEA. La regione Marche ottiene 33 punti più uno. La regione Marche su 5 indicatori raccoglie in tre casi il risultato più basso (% di anziani in ADI, % anziani collocati in strutture residenziali, % posti residenziali per anziani) in un caso quello intermedio (% posti semiresidenziali e residenziali per disabili), ed in un caso (% posti equivalenti semiresidenziali e residenziali per disabili) quello più alto.<sup>4</sup>

In sostanza, il punto di maggiore criticità dell'organizzazione sanitaria delle Marche è costituita dall'area sociosanitaria. Lo studio della documentazione ministeriale ci conferma che le Marche per essere pienamente ed effettivamente adempiente ai fini LEA deve fare qualche ulteriore passo in avanti.



## Note

- 1 Nel numero 5/2013 della rivista sui contenuti delle delibere sono stati pubblicati gli interventi di Andrea Canevaro e Fabio Ragaini.
- 2 Vedi a questo proposito l'Accordo Stato-Regioni del 17/10/2013 su "Le strutture residenziali psichiatriche" che distingue (per esempio a pag. 11) fra "intensità riabilitativa" e "Livelli assistenziali offerti".
- 3 Ministero della Salute, "Verifica adempimenti LEA anno 2011", Roma, 2013.
- 4 Ministero della Salute, "Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA anno 2011 - Metodologia e risultati dell'anno 2011", Roma, 2013.