

SERVIZI SOCIOSANITARI NELLE MARCHE. A PROPOSITO DI COMPATIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ

FABIO RAGAINI,
GRUPPO SOLIDARIETÀ

La presentazione da parte della regione Marche di ipotesi tariffarie per tutti i servizi sociosanitari rivolti a persone con disabilità, anziani non autosufficienti e demenze, soggetti con disturbi psichici, pone diverse questioni riguardo la modalità di costruzione della tariffa. Tariffe che paiono garantire alcuni servizi e metterne in difficoltà molti altri.

In un precedente articolo¹ avevamo analizzato l'impatto della applicazione delle delibere 1011 e 1195/2013, sui servizi sociosanitari. A seguito della presentazione, da parte della Regione, di delle ipotesi di tariffe, completiamo l'approfondimento, cercando di verificare come potrebbe cambiare il "profilo" di alcuni di questi servizi. Tenteremo anche di mettere in relazione servizi e soggetti gestori (pubblici e privati). Vedremo se è sostenibile la tesi che i "servizi che ne escono meglio", sono quelli rappresentati dagli enti gestori più forti. Quelli più penalizzati sono quelli gestiti da quelli più deboli (Comuni compresi).

La delibera 1011/2013², ha individuato i criteri per la tariffazione ed ha indicato (in alcuni casi confermando in altri definendo *ex novo*), gli standard assistenziali nelle aree: disabilità (comprensiva anche di riabilitazione), anziani non autosufficienti, salute mentale. Le "nuove previsioni", non sono, peraltro, applicabili; con una delibera di giunta. Per alcuni servizi l'introduzione o modifica degli standard deve passare in Consiglio regionale (legge 20/2002 sulle autorizzazioni sociali e sociosanitarie), per altri in Commissione Consiliare (legge 20/2000 su autorizzazione e accreditamento sanitarie e sociosanitarie). La dgr 1195/2013³, ha invece stabilito la ripartizione degli oneri (la percentuale) tra sanità e sociale⁴.

Occorre, da subito, segnalare che non è stato indicato il criterio con cui si è costruita, la tariffa dei singoli servizi. Cosa che invece andrebbe fatta garantendo così la trasparenza del percorso. Tanto più che a standard assimilabili a riguardo delle figure professionali corrispondono tariffe assai diverse (vedi i 66 euro per i 100 minuti delle RP anziani, contro i 120 per i 140 delle RSA). Posta, come detto, la continuità con la precedente scheda, qui ci

limiteremo ad analizzare l'impatto delle ipotesi tariffarie sugli attuali servizi. Va, inoltre, segnalato che le nelle ipotesi tariffarie si prevedono alcuni cambiamenti rispetto alle tipologie di strutture indicate dalla dgr 1011 che indicava per ogni tipologia di servizio lo standard corrispondente (in particolare nell'area salute mentale).

LE TARIFFE GIÀ DEFINITE (E DUNQUE CONFERMATE)

La gran parte (vedi tabella 1 nella pagina successiva) sono, con qualche eccezione, quelle a completo carico della sanità (legge 20/2000) oggetto degli Accordi tra Regione e Centri di riabilitazione⁵.

Per alcune di queste alla tariffa corrisponde minutaggio ma senza indicazione delle figure professionali⁶ (*Riabilitazione extraospedaliera intensiva ed estensiva, Rsa disabili*), per altre (*Unità speciali e Centri diurni disabili*) lo standard non è mai stato definito. Appare, pertanto, sufficientemente paradossale che nel momento in cui si intende ordinare tutta questa area ne rimanga esente una parte rilevantissima ed anche quella di maggiore consistenza in termini economici. Circa 700 posti nel primo caso e poco meno di 350 nel secondo. Ciò significa che per oltre 1000 posti le figure professionali operanti nei servizi rimangono indefinite, per 350 addirittura si lascia, incredibilmente, ai gestori la definizione sia del quanto che del come. Per fare solo un esempio nei circa 300 posti di Centro diurno disabili, continua l'indeterminazione quanto a standard e figure professionali (quanti educatori, quanti Oss, quanto coordinamento?)⁷. La gran parte dei soggetti gestori di questi servizi sono organizzazioni profit e non profit (quasi tutti *ex art. 26/833*). Servizi, per i quali, ad oggi, valgono regole differenti a seconda se a gestirli sono strutture *ex art. 26* oppure altri soggetti. Ad esempio le

RSA disabili (vedi, Tomasello a Pesaro, o "Bergalucci" ad Offida) hanno tariffe differenti e diversa ripartizione del costo. Si consideri inoltre che la gran parte di questi soggetti gestiscono all'interno della stessa struttura più nuclei sia all'interno della stessa area (disabilità/riabilitazione), che in aree diverse (salute mentale, anziani). Si aggiunga, infine, che ai soggetti ex art. 26, è consentita, dal 2011, la "redistribuzione del budget" nella misura massima del 10% sia all'interno della stessa struttura, che su Area Vasta e su ASUR⁸.

Rispetto alle precedenti tariffe rimangono invariate quelle delle Residenze protette anziani (66 euro, ripartiti al 50%) non autosufficienti (circa 3200 posti convenzionati), cambiano quelle per le Rp demenze passando da 80 euro a 78, con ripartizione 45 sanità/33 utente⁹ (precedente 40 e 40)

Dunque per tutti questi soggetti (gestori di servizi: riabilitazione/disabilità), nulla muterebbe rispetto alla situazione precedente. L'unico cambiamento riguarderebbe la ripartizione tariffaria delle RSA disabili, che passa dal 100% al 70 per la sanità. La quota a carico di utenti e comune (circa 36 euro giorno) verrebbe garantita, così è stato assicurato, dalla indennità di accompagnamento, dall'eventuale reddito del beneficiario (a cui verrebbe lasciata una somma non inferiore a 250 euro mese) e da una quota del fondo di solidarietà che la Regione si è impegnata a introdurre. Non andrebbero, dunque, incontro a problemi di solvibilità da parte degli utenti.

Il permanere della tariffa di 66 euro delle RP anziani scontenta gli enti gestori (per la gran parte non profit ed enti locali che gestiscono singole strutture e non "catene di servizi"), che ritengono sottostimata tale tariffa. (abbiamo già segnalato che la tariffa delle RSA anziani - minutaggio 140 minuti - con personale assimilabile, viene calcolata a 120 euro).

Tabella 1. La situazione delle tariffe e standard prima delle delibere.
Tutte quelle già definite vengono confermate.

	Tariffa	Standard
Anziani		
Rsa	no	no
Rp	si	si
CD I. 20-02	no	si
CD I. 20-00	no	no
Disabili		
Rsa	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Rsr est	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Rsr int	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Unità spec.	si	no
Rp	no	si
Coser	no	si
CD (I. 20-02)	no	si
CD (I. 20-00)	si	no
Salute mentale		
Srt	no	no
Srr	no	no
Cp	no	no
CD	no	no

QUELLE DA DEFINIRE

Le nuove tariffe riguardano (vedi tabella 1), un cospicuo numero di servizi diurni e residenziali (vedi dgr 1011). Tutti quelli della salute mentale (alle quattro precedenti tipologie se ne aggiungono, altre quattro); i restanti servizi della disabilità (Rp, Coser, Cser Comunità minori, cui si aggiungono le nuove tipologie individuate) e quelli, quattro, rivolti ad anziani non autosufficienti e demenze (compresi Alzheimer). Due tipologie di centro diurno e due di RSA.

Cerchiamo di vedere ora, seppur schematicamente, come impattano queste tariffe, sui servizi (e sui loro gestori).

Anziani non autosufficienti e demenze. Nelle Rsa¹⁰ (sia demenze che anziani non autosufficienti) lo standard indicato dalla dgr 1011 è di 140 minuti. L'ipotesi tariffaria è di 126/123 euro, con quota sociale¹¹ (utente/Comune di 42,50). Il minutaggio è sostanzialmente incompatibile (credo si possa affermare senza essere smentiti) con quello di tutte le RSA pubbliche. In media (ad eccezione di quelle dell'AV2 di Ancona), invece con quelle private¹². Buona parte (vedi nota 5) dei posti di RSA

anziani e demenze sono gestiti dall'Istituto Santo Stefano (da solo o in cogestione).

I posti di RSA pubbliche (derivanti dalla disattivazione ospedaliera del 1992), quasi tutti costituiti da un solo modulo da 20, in realtà sono molto meno di quelli indicati. I lavori di ristrutturazione sono quasi sempre funzionali alla riduzione della spesa sanitaria. In molti casi, si coglie l'occasione per tenerli chiusi per anni o per un tempo illimitato; altri posti poi (vedi alcuni di Arcevia e Castelfidardo, quelli dell'INRCA di Ancona, "appoggiati" alla Residenza Dorica, sono autorizzati come RSA ma esplicano altra funzione). Ad ogni modo, se si dovesse adottare lo standard della 1011 le "pubbliche", dovrebbero cambiare radicalmente funzione.

L'eterogeneità dei **Centri diurni** (sia legge 20/2000 che 20/2002), oltre 450 posti complessivi, non rende semplice, con i dati in nostro possesso, l'analisi di impatto. Molti sono interni a strutture residenziali (residenze protette e Case Riposo di enti non profit e Comuni). La gran parte dei gestori – a partire dai Comuni – non pare capace di esercitare particolare pressione in termini di tariffazione e quota sanitaria. Il più penalizzato sarebbe il CD dell'INRCA di Ancona, oggi a completo carico del Servizio Sanitario. C'è poi da aggiungere il nodo **trasporto**, che non sembrerebbe essere compreso nell'ipotesi tariffaria. Sapiamo quanto, questo, incide in termini di costi. Questione che non può essere omessa.

Disabilità. L'ipotesi tariffaria della

"**residenzialità per gravi**" (con ripartizione 70/30), riconduce la tariffa delle RSA (120 euro) anche alle Residenze protette (RP) e alle Comunità socio educative riabilitative (Coser). La questione è che:

a) la tariffa RSA è nata all'interno degli accordi con i centri di riabilitazione (pochi avevano posti solo di questa tipologia) e nella logica compensativa è stata accettata quella quota. Ora si prevede la tipologia di "residenzialità protratta" (154 euro) che assorberà parte dei posti di residenzialità permanente delle RSR estensive (S. Stefano). Permettendo così a questa tipologia di struttura attività riabilitativa estensiva temporanea¹³.

b) il minutaggio (senza indicazione di figure professionali) è di 140 minuti. Quello delle RP non può essere inferiore a 230 (tra 230 e 270); nelle Coser, la gran parte delle comunità ha minutaggi assimilabili o superiori a quelli delle RP. Si pone dunque il tema della sostenibilità di (sono circa 400 posti complessivi) di questi servizi (per le Rp la situazione è un po' diversa vista la natura di alcuni enti gestori (più nuclei, anche di tipo diverso, nella stessa struttura e l'utilizzo di questa autorizzazioni per posti afferenti alla salute mentale). Considerato che la gran parte dei gestori di questi servizi (Comuni, cooperative, associazioni di familiari) non hanno "capacità di compensazione" (marginali sono i gestori "ARIS"), il risultato, per almeno trenta comunità, è il collasso. Quelli meno compassionevoli troveranno il modo di cacciare i gravi. Per gli altri sarà materialmente impossibile farsene carico in maniera ade-

Gruppo Solidarietà (a cura di), *La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nella regione Marche*, prefazione di Nerina Dirindin, Castelplanio 2011, p. 112, euro 11.50.

Il cuore della pubblicazione, riguarda la programmazione sociosanitaria nella regione Marche; affrontare il tema della programmazione significa, infatti, valutare l'organizzazione dei servizi e le politiche che li sottendono. Significa verificare le modalità con le quali si risponde alle esigenze delle persone. Le modalità con cui si garantiscono i diritti. L'interesse per la regolamentazione dei servizi trae origine dalle richieste e dalle domande che le persone ci pongono. Per rispondere abbiamo avuto e abbiamo necessità di capire cosa è codificato, cosa non lo è. E poi di indagare sui perché. Perché ad esempio non sono fissati gli standard; perché non è regolamentata la qualifica professionale; perché non è determinata la tariffa, e molto altro ancora, come si può capire leggendo i contributi che costituiscono il volume. La prospettiva dalla quale si analizza lo stato della programmazione regionale, come si può evincere dalla lettura del testo, è quella di una organizzazione di volontariato che ha cercato di mettere al centro del proprio operare, le esigenze delle persone che ha incontrato e a partire da queste leggere e valutare le politiche. Le domande che ci siamo posti sono le domande che la pubblicazione pone al principale suo interlocutore: la regione Marche. Domande che continuiamo a sperare possano trovare risposta in atti amministrativi che siano capaci di rispondere con compiutezza alle esigenze delle persone. E' questa la motivazione che anima questa pubblicazione (Dalla introduzione del Gruppo Solidarietà).

guata e dignitosa.

Quanto ai **Centri diurni**¹⁴ abbiamo già detto che la "riforma" non tocca, ed è molto grave, i circa 300 posti della legge 20/2000 (3 tariffe: 83, 107, 137)¹⁵. L'impatto deve essere verificato sugli oltre 1.000 posti in circa 70 Servizi, gestiti - quasi tutti - dai Comuni (legge 20/02). Qui, l'intenzione è di scorporare gli attuali Cser - la quantificazione non è stata ancora indicata e sembrerebbe in fase di revisione - in due tipologie (non è dato capire ancora sulla base di quale criterio considerato che questi Centri sono rivolti a "gravi disabili psicofisici").

La previsione, che anche qui non tiene conto del costo del trasporto, è di 58 euro per un minutaggio di 100 minuti (sarebbe interessante intanto, che chi gestisce questi Servizi, verificasse se la tariffa è adeguata allo standard) per una prima tipologia (denominata CSER gravi). Per una seconda (CSER "senza aggettivazione"), viene indicata una quota sanitaria forfetaria pari a circa 15 euro. Le tariffe giornaliere di alcuni Cser (negli Ambiti 9, 11, 20) oscillano tra 72 e 87 (in tutti dovrebbe essere incluso il trasporto e IVA 4%). Siamo in presenza, come detto, di Servizi gestiti, per lo più, da Comuni, affidati a cooperative. Comuni che finora non sembrano aver ben compreso la posta in gioco. Alcuni, beati loro, mostrano una certa euforia per la possibilità di incamerare come quota sanitaria, per la prima volta, 15 euro al giorno per ogni utente. In altri approfondimenti (vedi nota 7), abbiamo affrontato le problematiche di questi Servizi. Qui, ora, lasciamo l'interrogativo, su come andrebbero a funzionare quei Centri - non sono una minoranza - con standard e tariffe più alti. Come appare evidente, per tutte le ragioni sopra esposte, siamo in presenza di Servizi (e conseguentemente di utenti) "poco interessanti", a riguardo della remunerazione. Probabile dunque che rimarranno poco degni di attenzione (forse anche per il loro connotato di *normalità*), nonostante siano importantissimi per la qualità di vita delle persone, per il sostegno delle famiglie, per evitare o ritardare l'ingresso in residenzialità.

Altri aspetti andrebbero approfonditi, che ora tralasciamo, rispetto alle ipotesi di residenzialità per "disabili non gravi" e per minori¹⁶ (compreso il centro diurno, che si dice non verrà realizzato, ma intanto, in modo davvero lungimirante, viene previsto. Non sia mai che qualcuno possa lamentare qualche mancato adempimento!¹⁷).

Salute mentale. Come ampiamente documentato¹⁸ (vedi anche tabella 1), questa area è quella più deregolamentata. Oltre alla mancata definizione di standard e tariffe, è fortemente presente l'incoerenza tra classificazione e funzione, oltre alla presenza massiccia di accordi "sulla singola persona", tra ASUR ed ente gestore. Esiste inoltre una, seppur in calo, forte presenza di servizi a gestione pubblica nell'area della post acuzie e nella gestione dei Centri diurni. La crescita del privato (for profit e non profit), insieme alla presenza di alcune "Case di Cura", ha reso indispensabile la sottoscrizione di accordi tra l'ASUR e le strutture. Alcuni di questi recepiscono alcune specifiche norme regionali (vedi case di Cura)¹⁹, la gran parte interpreta e adatta alla singola situazione le indicazioni nazionali e quelle regionali (vedi ad esempio il progetto obiettivo salute mentale del 2004). La dgr 1011 individuava 7 tipologie di strutture (6 residenziali e 1 diurna). L'ipotesi tariffaria che la Regione ha presentato sembrerebbe aggiungerne un'altra, oltre la rimodulazione delle tipologie. Ciò che interessa qui analizzare, come per le altre aree, è l'impatto delle ipotesi tariffarie sui servizi presenti.

Ad esempio, la gran parte dei circa 200 posti delle ex SRR (strutture residenziali riabilitative) sono a gestione diretta Asur e accolgono malati, per lo più, in post acuzie. Considerata la non coincidenza tra le indicazioni della tabella 2.3.4 della dgr 1011, con quella nella quale si sono presentate le tariffe si possono fare solo ipotesi. Per quelle pubbliche è improbabile che possano stare entro lo standard 170/140 minuti con tariffa 140/128 euro. Si tratta del minutaggio della gran parte delle attuali Comunità protette (funzione socioriparativa per la gestione delle cosiddette "cronicità"), che ora nell'ipotesi migliore si dovrebbero "assestare" su uno standard di 118 minuti e tariffa di 105 Euro. Così come appare improbabile che la stragrande parte dei Centri diurni gestiti direttamente dall'ASUR siano riconducibili ad uno standard di 85 minuti (tariffa 54 euro).

Se si applicassero, dunque, queste indicazioni, si andrebbe verso una fortissima compressione di questi servizi. Servizi che, come abbiamo visto, sono, per lo più, pubblici o quando privati di enti non profit che gestiscono, direttamente o in convenzione, singole residenze. Insomma, anche qui non ci sono catene di servizi in capo ad uno stesso gesto-

re. Si ripropone dunque la problematica di soggetti (a partire dal pubblico) che non sembrano adeguatamente rappresentare la situazione dei servizi e degli effetti sulla loro qualità. Ce ne accorgeremo tutti dopo quando sarà forse troppo tardi? Non si potrà dire, però, che non era stato detto!

CHI CI GUADAGNA E CHI CI PERDE?

Dunque sulla scorta dei dati a disposizioni e su quanto fin qui illustrato dalla Regione, si può affermare che continuano a tenere, tutti i servizi che "già tenevano". Quelli la cui remunerazione non è stata mai messa in discussione. UelliQuTenderà, invece, ad aumentare la sofferenza, con il rischio di collasso, di quelli che già vivono una situazione di incertezza e precarietà (tra questi vanno annoverati, è importante ricordarlo, tutti quelli, in "convenzione", con Comuni o ASUR che tenderanno ad adeguarsi alle indicazioni regionali).

Servizi, generalmente, per le ragioni che abbiamo già esposto, poco considerati. Sono, soprattutto, quelli di più piccole dimensioni, in affidamento, non accorpatisi, gestiti da piccole realtà, a rischiare il soffocamento. Impossibilitati a compensare, stretti tra standard inadeguati e tariffe al ribasso. Ciò anche quando si rispettasse la ripartizione prevista nei LEA (DPCM 29.11.2001). Perché è chiaro che se un servizio costa 10 e me lo paghi 8; anche se la

quota è ripartita correttamente, sempre 8 rimane. Allora, come già detto, diventa indispensabile, così da evitare anche ogni retro pensiero, che a fianco (sinotticamente) della tariffa si specifichi come è stata costruita.

Basterebbe, a questo proposito, analizzare come ne uscirebbero i circa 1500 posti di Residenza protetta (RP), Comunità socio educativa riabilitativa (COSER) e Centro socio educativo riabilitativo (CSER), anche nel caso per tutti si arrivasse alla ripartizione 70/30. E' evidente che la ripercussione sul servizio significa ripercussione sui fruitori. E dunque in questa prospettiva si abbassano i livelli di qualità (e di dignità); o si chiede a chi li frequenta di integrare attraverso la logica dei "servizi aggiuntivi" (di importazione dalle residenze per anziani), oppure, soprattutto per piccoli gestori, nella impossibilità di comprimere il costo per il personale, non rimane che affidarsi, per l'integrazione, alla beneficenza pubblica. Feste, sagre e tombolate, rischiano di diventare le attività prevalenti di chi non vuole soffocare. Attività, ne siamo certi, cui non si negheranno i politici di territorio, sempre così sensibili a dare una mano ai "meno fortunati". Dal nostro punto di vista, non appare una prospettiva di cui rallegrarsi.

Sembra così compiersi il disegno regionale originario: *strutture economicamente sostenibili* che per essere tali richiedono ampie dimensioni e gestione di catene di

Gruppo Solidarietà (a cura di), **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione di Tiziano Vecchiato, Castelplanio 2013, p. 112, euro 12,00.
www.grusol.it/pubblica.asp

Non è facile guardare le cose da una prospettiva diversa, più autentica, mentre altri sono abituati a vederle, a pensarle, a parlarne in modo diverso, per non fare quello che sarebbe giusto. È la grande questione dei diritti affermati ma poco realizzati. Chi li rivendica, come si fa in questo volume, non per sé, ma per le persone più deboli, sa che la propria vita sarà costantemente considerata un problema: dalle burocrazie, dalla politica, da quanti ottengono vantaggi economici da un sistema molto amministrato e poco governato (...) Il volume guarda ai problemi degli ultimi dall'altro lato, cioè dal loro punto di vista. La loro vita quotidiana, piena di difficoltà, ci può aiutare a capire meglio il senso dei diritti e delle risposte date per "giustizia e non solo per carità", con i livelli di assistenza. Sono condizioni essenziali di cittadinanza sociale, cioè di dignità e vita da promuovere e salvaguardare. Le risposte dei Lea alimentano questo sforzo, se garantiscono speranza, se sono garanzia che non ci troveremo soli quando ne avremo bisogno. Sono anche condizioni necessarie per valorizzare quanto ogni persona fa per affrontare i propri problemi, anche con ridotte capacità. Parlare di diritti e di livelli essenziali di assistenza, come si fa in questo libro, non significa quindi auspicarli nel futuro ma rivendicarli nel presente, chiedendo a chi ne ha responsabilità di non nascondersi dietro le proprie incapacità e il proprio potere. Sono scudi imbarazzanti, visto che appartengono ad altri tempi, dove le persone erano sudditi e non ancora cittadini (Dalla prefazione di **Tiziano Vecchiato**).

servizi²⁰. Che poi finora tutta questa economicità non l'abbiano dimostrata risulta irrilevante (il classico incidente di percorso) e certo non può contraddirne l'assunto teorico. Se tutto questo ha come effetto la "scomparsa del territorio e dei normali contesti di vita" si tratta di un mero inconveniente. La "sostenibilità" sembrerebbe imporre alcuni prezzi da pagare; tra questi, il primo è rappresentato dalla "inclusività". Sembrerebbe, davvero, non esserci compatibilità²¹. E qui arriviamo davvero al cuore del problema. Un sistema è sostenibile, così come il suo contrario, quando decidiamo che lo sia. Abbiamo più di un dubbio che chi governa la Regione, questo

problema se lo sia posto e se lo ponga (e d'altra parte se certi "mondi", non li si frequenta è improbabile che si possa capire). Dovrebbe, infine, risultare evidente, che il confronto (quello vero) non può ridursi solo a quello con gli enti gestori (la cui tipologia, come abbiamo visto, è variegata), ma deve trovare spazi effettivi di confronto con i soggetti rappresentativi degli interessi degli utenti, che, come abbiamo visto, ne hanno davvero bisogno. E come è noto, non una basta generica configurazione giuridica (di ente non profit) per esercitare questa funzione. C'è da augurarsi che per la regione Marche, ciò non sia troppo difficile da comprendere. □

Per approfondire

- **"Quaderni Marche". I dossier del Gruppo Solidarietà sulle politiche regionali, <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3755>.**
- **Gruppo Solidarietà (a cura di), Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche, <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3213>.**
- **Convegno regionale, Esigenze e diritti delle persone non autosufficienti. Garanzia dei servizi e qualità delle risposte. Contro ogni forma di istituzionalizzazione, Ancona 10 ottobre 2014, <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3719>.**

Note

¹ Campagna "Trasparenza e diritti" (a cura di), *Le ricadute sugli utenti e sui servizi delle delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3/2014, p. 21.

² In, <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3358>.

³ In, <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3386>.

⁴ Per un approfondimento sui contenuti delle delibere, vedi in <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>, "Quaderni Marche". Dopo le delibere sui servizi sociosanitari. Riguardo i cambiamenti apportati dalle delibere, Come cambiano i servizi sociosanitari nelle Marche?

⁵ Riguardo l'evoluzione del rapporto con i Centri ex art. 26/833, vedi, *Evoluzione delle attività in ex art. 26-833. Quadro nazionale e delle Marche*, in, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=535>.

⁶ Nell'accordo con i Centri di riabilitazione (1997), sono stati definiti anche le figure professionali. Per un approfondimento, oltre la nota 2, vedi, *Riabilitazione residenziale e accoglienza permanente per persone handicappate nel Piano sanitario regionale* (2000), <http://www.grusol.it/vocesociale/riabilitazioneresidenziale.asp>

⁷ E' opportuno ricordare che la maggior parte di queste strutture sono accorpate con altre, composte da nuclei diversi, non sono tenute a rispondere neanche ai contenuti degli Accordi tra Regione e Centri Convenzionati. Sull'offerta sanitaria e sociosanitaria una sintesi datata, ma assolutamente indicativa della situazione territoriale si può trovare in, *Considerazioni sull'Atto di riconoscimento delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, in <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=483>.

⁸ Per una spiegazione del significato di questa indicazione, vedi, *Sull'Accordo 2011 tra Regione e Centri di riabilitazione*, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=662>.

⁹ Mentre scriviamo (20 settembre) sembra, probabilmente per le pressioni degli enti gestori, che la quota a carico dell'utente non rimane fissa a 33 euro, ma può essere

aumentata su ipotetiche prestazioni aggiuntive.

¹⁰ Vedi, *Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard*, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=742>.

¹¹ Avremo tempo di ritornare sulla norma (dgr 704/2006), che secondo la Regione fisserebbe tale quota a 42,20 euro/giorno. La delibera stabilisce invece 33 euro +/- 25%; sulla base della tariffa prevista per le RP. L'aumento del 25%, previsto ad alcune condizioni, dal 2013 non vale più per le RP (vedi, *Le prestazioni extra accreditamento nelle Residenze protette anziani delle Marche*, in <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=794>, dunque non esiste alcun automatismo né per le RSA né per le nuove strutture di "cure intermedie", Marche. *Regolamento cure intermedie (residenzialità extraospedaliera)*, in <http://www.grusol.it/apriformazioni.asp?id=3799>.

¹² Vedi alcune rilevazioni in, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=728>.

¹³ Vedi in proposito, *Marche. Residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione*, in <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=510>.

¹⁴ In, *Quali Centri diurni per disabili nelle Marche dopo le delibere regionali?* <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=765>

¹⁵ Sarebbe opportuno, oltre che interessante, che la Regione facesse una riconoscizione sugli standard di personale di ogni singolo Centro e ne comunicasse il risultato.

¹⁶ Per approfondire vedi, *Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione*; in, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=750>

¹⁷ A differenza dell'adempimento in tema di assistenza tuteleare nelle cure domiciliari, che obbliga la sanità ad assumere il 50% del costo.

¹⁸ Per l'approfondimento rimandiamo al dossier, "Quaderni Marche". *Accordi ASUR sui servizi sociosanitari prima delle delibere*, <http://www.grusol.it/aprSocial.asp?id=779>

¹⁹ Vedi ad esempio, *Sul nuovo accordo tra regione Marche*