

Anziani non autosufficienti e con demenza. Funzionamento delle Unità di valutazione e presa in carico (CDCD) ed erogazione servizio di assistenza socio sanitaria domiciliare

Secondo i dati regionali, il 22% dei Comuni marchigiani (ma è possibile che siano di più) non eroga il servizio di assistenza domiciliare, finanziato con fondi nazionali e regionali. Allo stesso tempo il numero delle persone, cui l'ASUR assicura, coprendo il 50% dei costi, il servizio di assistenza tutelare domiciliare, così come previsto dai LEA, non viene indicato ed è facile prevedere che non sia garantito nella gran parte del territorio regionale. Per quanto riguarda invece il funzionamento dei Centri per i disturbi cognitivi e le demenze, in assenza di definizione regionale di standard di funzionamento (figure professionali e dotazione oraria), l'esito, scontato, è una inaccettabile differenziazione territoriale, che determina in molti casi la negazione del diritto alla presa in carico.

Il 14 aprile, il Gruppo Solidarietà ha inviato ai Consiglieri regionali una proposta di [interrogazione consiliare](#), con l'obiettivo di conoscere:

- 1) il dato riguardante i **beneficiari del servizio di assistenza domiciliare**, erogato dai Comuni e finanziato attraverso il Fondo nazionale e regionale per le non autosufficienze;
- 2) il dato riguardante l'erogazione del servizio di **assistenza tutelare**, così come previsto nel Dpcm [12.1.2017](#), sui LEA;
- 3) la composizione e le modalità di funzionamento dei **Centri per i disturbi cognitivi e le demenze** (CDCD), che svolgono la funzione di valutazione, presa in carico e definizione dei percorsi assistenziali.

Il Gruppo consiliare del Partito Democratico ha presentato, il 5 maggio 2021, l'interrogazione n. [175](#), che è stata poi discussa il [27 luglio 2021](#). Nel documento allegato, la risposta dell'assessore alla Sanità Filippo Saltarmartini. Analizziamo i contenuti delle risposte.

1) Erogazione da parte dei Comuni del servizio di assistenza domiciliare (SAD) agli anziani finanziato con il fondo nazionale e regionale per le non autosufficienze

Secondo il dato regionale, **50 Comuni, pari al 22% del totale**, non erogano il servizio SAD e quindi non utilizzano la quota del Fondo non autosufficienze nazionale e regionale, vincolata per questa funzione e pari a circa 4,5 milioni di euro. La mancata erogazione sarebbe motivata dall'assenza di richiesta e/o dal fatto che l'utenza preferisce l'assegno di cura (finanziato sempre con il FNA, ma con regole diverse dal SAD).

L'impressione è che si tratti di un dato sottostimato e che il numero dei Comuni che non erogano il SAD sia maggiore: si consideri che nel solo ATS 9 di Jesi sarebbe presente [il 20% dei Comuni](#) (10 su 21) che non erogano il servizio. Verrebbe facile dire che, se un servizio non lo eroghi, difficilmente può essere fatta domanda per usufruirne. Nei fatti, in almeno 50 Comuni delle Marche, agli anziani residenti non viene offerto un servizio, per la cui erogazione i Comuni ricevono un [fondo vincolato](#). A questo punto è necessario sapere cosa si sta facendo per fare in modo che in tutti i Comuni questo Servizio sia assicurato, secondo quanto previsto dal combinato degli articoli 2 e 22 della legge [328/2000](#).

2) Assicurazione del servizio di assistenza domiciliare tutelare

Sul punto non viene data risposta. E' vero che, per un refuso, non viene citato correttamente - invece del comma 4, per errore si indica la lettera d), che si riconduce al comma 3 - il riferimento normativo dell'art. 22 del DPCM 12.1.2017. Ma comunque la richiesta è chiara: a quante persone viene assicurata l'assistenza tutelare in ogni singolo Distretto.

Nella risposta viene fornito solo il dato delle “prese in carico” a maggiore intensità assistenziale (CIA 3: 639 e 4: 2.388) in ciascun Distretto. E’ pertanto opportuno e necessario che venga fornito il dato complessivo: i LEA stabiliscono, con una norma che non modifica quanto previsto dal Dpcm 29.11.2001 (i cosiddetti “vecchi LEA”), che l’assistenza tutelare debba essere finanziata al 50% dalle Aziende sanitarie. Si tratta di un obbligo, non di una possibilità.

3) Come operano i Centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD)

La risposta indica la dotazione di personale dei CDCD per singolo Distretto, richiamando il [decreto 115/2015](#), nel quale sono indicate le funzioni dei Centri. Ricordiamo che la Regione Marche ([Dgr 107/2015](#)) stima in circa 30.000 il numero delle persone anziane affette da demenza. Tra i compiti assegnati vi è anche la presa in carico sociosanitaria. Va ricordato che successivamente ([Dgr 115-2018](#)) ai CDCD è stato assegnato anche il compito di [rivalutare](#) le persone con demenza accolte nelle Residenze protette anziani, al fine dell’eventuale trasformazione in posti letto come *residenza protetta demenze*.

Nel 2020, con l’approvazione dei nuovi [requisiti di autorizzazione](#), ai CDCD è stata assegnata la funzione, precedentemente affidata alle UVI, di valutazione dell’accesso alle diverse tipologie di servizi diurni e residenziali. Funzioni molto importanti che per essere esercitate richiedono competenze professionali specifiche ed un numero adeguato di operatori.

Ma la Regione Marche, così come per le altre [Unità multidisciplinari](#), non ha mai voluto determinare lo **standard minimo di funzionamento di queste équipe** (figure professionali da impiegare e dotazione oraria). In assenza di queste disposizioni, ogni territorio (in questo caso il livello è distrettuale) si organizza come ritiene.

Per la regione Marche quindi non sembrerebbe esistere la necessità di una dotazione minima, che permetta di assicurare le funzioni assegnate. Infatti dalla tabella si può verificare sia l’enorme differenza di dotazione oraria tra i Distretti che l’estrema diversità delle figure professionali impiegate. Nel Distretto di Ancona (254.000 abitanti), il CDCD sarebbe addirittura composto da sole due figure professionali, per complessive 16 ore settimanali. Raramente ci sono operatori a tempo pieno (solo tre in tre Distretti).

Non c’è bisogno di dettagliare ulteriormente per evidenziare la contraddittorietà di disposizioni, nelle quali sono presenti funzioni, senza contestuale definizione delle condizioni per esercitarle. Non dovrebbe neanche essere necessario richiamare quanto previsto dai LEA (art. 21, comma 2, *Il Servizio sanitario nazionale garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza*), tanto è evidente la necessità di tenere insieme obiettivo e condizioni per raggiungerlo. Non farlo significa discriminare le persone e non garantire un diritto. Se si continua a non farlo bisognerebbe avere il coraggio di enunciarne pubblicamente le ragioni.

Per approfondire

- [QUADERNI MARCHE. Soggetti deboli e servizi](#)
- I materiali dell’[Osservatorio del Gruppo Solidarietà sulle politiche sociali nelle Marche](#)
- [Non autosufficienza e sostegno alla domiciliarità nelle Marche](#) (materiali corso di formazione)

Il nuovo libro del Gruppo Solidarietà, [NON COME PRIMA. L’impatto della pandemia nelle Marche](#), 2021, p. 96, euro 11,50.

Se apprezzi il nostro lavoro puoi [sostenerlo in molti modi](#)

II VERSIONE CORRETTA !!!



REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE
Servizio Sanità

V
OK

All'Assessore alla Sanità
della Regione Marche

Oggetto: Interrogazione n. 175 a iniziativa dei Mastrovincenzo, Mangialardi, Carancini, Biancani, Cesetti, Bora, Casini, Vitri concernente: "Anziani non autosufficienti e con demenza. Funzionamento Unità di valutazione ed erogazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD)"

In merito alla interrogazione in oggetto che interroga il Presidente della Giunta Regionale e l'Assessore competente, si precisa che per il primo quesito ha fornito relazione il Servizio Politiche Sociali e Sport mentre per gli altri due quesiti ha fornito relazione l'Azienda Sanitaria Regionale ASUR.

- 1. Il numero dei Comuni che non erogano il servizio di assistenza domiciliare (SAD) e conseguentemente non utilizzano i vincolati fondi nazionali e regionali; le motivazioni che giustificano tale comportamento e quale utilizzo viene fatto dei Fondi trasferiti agli Ambiti e non utilizzati dai Comuni.**

Il Servizio Politiche Sociali e Sport riferisce che gli interventi a favore della non autosufficienza nella Regione Marche sono finanziati sia con risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze (FNA) e sia con risorse del Fondo Regionale per le non autosufficienze (FRNA). Nel 2020 i fondi destinati alla non autosufficienza sono pari a € 23.794.400,00 (di cui € 19.624.400,00 quota FNA e € 4.170.000,00 quota FRNA)

La Regione Marche annualmente ripartisce i fondi tra i 23 Ambiti Territoriali Sociali (ATS) a sostegno di due interventi:

- 1) Intervento a favore delle persone con "disabilità gravissima";
- 2) intervento a favore delle persone anziane over 65 non autosufficienti.

Quest'ultimo intervento si articola a sua volta in due misure: **Assegno di cura e Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).**

Il SAD è un intervento gestito dai Comuni o dagli Ambiti Territoriali Sociali. Ogni ATS gestisce il servizio adottando propri regolamenti. Il servizio può essere gestito direttamente dall'ATS oppure affidato a terzi con procedure previste da norme di legge. Ogni regolamento di ATS definisce la percentuale di contribuzione del beneficiario in riferimento all'ISEE.

Dai dati forniti dagli Ambiti Territoriali Sociali, al 31/12/2020, risulta che il 22% dei comuni non hanno erogato il SAD (pari a n. 50 comuni). Si tratta prevalentemente di comuni medio piccoli. Le motivazioni riportate dagli ATS circa la mancata erogazione del SAD sono:

- mancanza di richieste da parte della popolazione residente per questo servizio;
- molti anziani preferiscono il contributo monetario (assegno di cura e disabilità gravissima) che è alternativo al SAD;
- presenza del requisito del livello ISEE per accedere al servizio.

Il fondo non utilizzato da un Comune per il SAD è utilizzato dall'ATS per incrementare le risorse del SAD a favore di altri comuni che presentano un numero di richieste maggiori, oppure per finanziare l'intervento "Assegno di cura". Annualmente i due fondi FNA e FRNA sono interamente utilizzati dagli ATS per gli interventi a favore della non autosufficienza.

- 2. Il numero delle persone non autosufficienti e la quantificazione dell'assistenza, per singolo Distretto, cui l'Azienda sanitaria assicura l'assistenza tutelare, così come previsto all'art. 22 comma d) del DPCM 12/01/2017**



Nella Regione Marche sono presenti complessivamente 381.363 persone con età ≥ 65 anni (dato Istat al 01/01/2020), pari al 25,11% della popolazione complessiva. Dall'analisi delle informazioni presenti nell'Anagrafe Regionale degli Assistiti emerge che sono presenti complessivamente 16.732 persone con invalidità al 100% (codice esenzione C01, estrazione al 11/05/2021). La tabella seguente ne mostra la distribuzione per Distretto.

Tabella 1 – Assistiti con invalidità 100% (cod. esenzione C01)

<i>Distretto</i>	<i>Numero assistiti con esenzione C01</i>	<i>Percentuale</i>
Distretto 101	1.328	7,93
Distretto 102	1.046	6,25
Distretto 103	2.247	13,42
Distretto 104	827	4,94
Distretto 105	1.008	6,02
Distretto 106	830	4,96
Distretto 107	2.321	13,87
Distretto 108	1.022	6,10
Distretto 109	1.028	6,14
Distretto 110	507	3,03
Distretto 111	1.589	9,49
Distretto 112	1.138	6,80
Distretto 113	974	5,82
Non rilevato	867	5,18
TOTALE	16.732	100,00

Il citato art.22 comma d) del DPCM 12/01/2017 fa riferimento alle “cure domiciliari integrate (ADI) di III livello. L’ambito di riferimento quindi è quello delle **Cure Domiciliari a maggiore intensità assistenziale (Coefficiente di Intensità Assistenziale $>0,50$)** che nella rendicontazione del flusso ministeriale SIAD, specifico per le Cure Domiciliari, sono comprensive dei casi trattati e classificati nei livelli CIA 3 e 4. La tabella successiva riporta i dati delle prese in carico per l’anno 2020 per Distretto per i livelli CIA 3 e 4.

Tabella 2 – Prese in carico per Livelli intensità CIA 3 e CIA 4 per Distretto – Anno 2020

<i>Distretto</i>	<i>CIA 3 (0,51 – 0,60)</i>		<i>CIA 4 (0,61-1)</i>		<i>Totale PIC Erogate (tutti i livelli di complessità)</i>	<i>Popolazione residente</i>
	<i>PIC Erogate</i>	<i>Tasso</i>	<i>PIC Erogate</i>	<i>Tasso</i>		
Distretto 101	51	0,37	117	0,84	1.899	139.379
Distretto 102	45	0,55	233	2,84	1.275	81.979
Distretto 103	69	0,51	109	0,80	1.757	135.779
Distretto 104	104	1,34	351	4,51	1.496	77.773
Distretto 105	20	0,19	135	1,28	712	105.866
Distretto 106	6	0,13	13	0,29	407	45.072
Distretto 107	64	0,25	229	0,90	2.619	253.356
Distretto 108	40	0,32	152	1,23	1.896	124.077



Distretto 109	39	0,30	294	2,25	1.634	130.721
Distretto 110	16	0,36	91	2,02	570	45.031
Distretto 111	42	0,24	216	1,25	1.953	173.004
Distretto 112	71	0,70	236	2,32	1.841	101.882
Distretto 113	72	0,69	212	2,03	1.684	104.481
TOTALE	639	0,42	2.388	1,57	19.743	1.518.400

Flusso ministeriale SIAD - Fonte dati GAF Regione Marche

Nel complesso della Regione Marche le prese in carico di livello CIA 3 nel 2020 sono state pari a 639 (tasso 0,42) e quelle di livello CIA 4 sono state pari a 2.388 (tasso 1,57).

Nota: Nel conteggio sono considerate le prese in carico già aperte al 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno. Per prese in carico erogate si intendono le prese in carico per le quali la Regione ha inviato al Ministero della Salute i dati relativi al tracciato 1 (relativo all'anagrafica dell'assistenza domiciliare) e al tracciato 2 (relativo agli accessi).

3. Quali sono le figure professionali (tipologia e dotazione oraria) che compongono, per ogni Distretto, i Centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD), insieme alle modalità con le quali eseguono le funzioni assegnate dalla vigente normativa regionale

In coerenza con gli indirizzi regionali fissati dalla DGR n. 665/2015 e a seguito dell'approvazione del Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 115/SAN del 23/12/2015, le Direzioni delle Aree Vaste hanno provveduto, con apposite determinate, alla costituzione dei CDCD con bacino di utenza distrettuale.

ASUR	CDCD/Distretto	Figure professionali	Attività ore/settimana
AV 1	1 -Pesaro	Neurologo	13
		Infermiere	36
		Psicologo	6
		Psicologa volontaria	4
		Neuropsicologa volontari	8
	2 -Urbino	Neurologo/Geriatra	9.30
		Infermiere	12
		Psicologo	4
	3- Fano	Neurologo/Geriatra	13
Infermiere		36	
Psicologo		7	
AV 2	4 -Senigallia	Neurologo	19
		Infermiere	18
		Psicologo	19
	5 - Jesi	Neurologo	19
		Infermiere	7
		Psicologo	19
	6- Fabriano	Neurologo	4
		Infermiere	...
		Psicologo	19
	7- Ancona	Neurologo	10
		Infermiere	6



ASUR	CDCD/Distretto	Figure professionali	Attività ore/settimana
AV3	8 - Civitanova	Neurologo	5
		Assistente Sociale	5
		Psicologo	8
	9 - Macerata	Neurologo	19
		Infermiere	18
		Psicologo	19
	10 - Camerino	Neurologo	2
		Coordinatrice	5
		Psicologo	6
Assistente sociale		12	
AV4	11 - Fermo	Neurologo	12
		Assistente Sociale	36
		Psicologo	12
AV5	12 - San Benedetto	Neurologo	10
		Infermiere	6
		Psicologo	8
		Assistente sociale	4
	13 - Ascoli Piceno	Neurologo	10.30
		Psichiatra	5
		Psicologo	3.30
	Infermiere	6	

Si precisa sono stati costituiti anche dei CDCD all'interno delle UOC di neurologia delle Aziende Ospedaliere di Ospedali Riuniti Marche Nord e Ospedali Riuniti di Torrette e anche presso l'INRCA.

Le attività che vengono svolte dai CDCD sono:

- ✓ Valutazione clinica funzionale, cognitiva e comportamentale
- ✓ Valutazione neuropsicologica
- ✓ Attivazione della presa in carico socio-sanitaria integrata attraverso il PUA
- ✓ Definizione di una corretta terapia farmacologica quando opportuna
- ✓ Formulazione ed erogazione di programmi di intervento non farmacologico
- ✓ Programmazione di follow up
- ✓ Informazione al care giver sui diritti e sui servizi attivi nel territorio
- ✓ Formulazione ed erogazione di interventi formativi e di supporto ai care giver

Distinti saluti

Il Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport
(Dott. Giovanni Santarelli)

Cell.339-8694161

Il Dirigente P.F. Mobilità Sanitaria e Area
Extraspedaliera
(Dott. Filippo Masera)

Cell. 339-6219155

Visto: Il Dirigente della P.F. Controllo Atti a Attività ispettiva
(Avv. Anna Maria Lelii)