

Integrazioni 2011 all'Accordo Regione Centri di riabilitazione 2010 - 2012¹

Novità per residenzialità disabili e gestione budget strutture

La delibera, integra – per l'anno 2011 - l'accordo 2010-2012, riprendendo alcuni punti e introducendone altri. Oltre l'aggiornamento tariffario sulla base dell'inflazione programmata dell'1,5%, vengono (vedi allegato in ultima pagina) infatti precisati alcuni aspetti già precedentemente indicati e ne vengono presentati di nuovi.

Tra i **vecchi**, alcune questioni riguardanti l'Istituto S. Stefano: a) la regolamentazione del percorso di trasformazione di 14 posti di riabilitazione estensiva in intensiva (progetto *Ortopedia* presso Ospedale Villa Pini di Civitanova); b) il riconoscimento a pieno regime nel 2011 del progetto "autismo", gestito dal Centro di Filottrano (250.000 euro).

Per i **nuovi punti** da segnalare: a) la trasformazione di 6 posti (arriveranno a 10 nel 2013), presso la Fondazione don Gnocchi di Falconara, da riabilitazione estensiva in Unità speciale per gravi cerebrolesioni in età evolutiva; b) la possibilità, nel limite del 10%, di prevedere redistribuzione del budget di attività anche di diverso livello assistenziale all'interno di ogni singola struttura: tale possibilità viene concessa, previo accordo con il direttore AV, per strutture diverse anche facenti capo al medesimo gruppo societario operanti nella stessa Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti AV è facoltà dell'Asur redistribuire il budget delle singole strutture. Nell'Ambito del Gruppo S. Stefano la redistribuzione è consentita anche per la struttura *Anni Azzurri*, seppur non compresa tra quelle oggetto dell'Accordo.

Infine, viene decisa l'attivazione di un gruppo di lavoro, al fine di raggiungere già dal 2012 l'obiettivo di applicare la compartecipazione "sociale" alle Rsa disabili (attualmente la retta è a completo carico del fondo sanitario).

Vale la pena concentrarsi sugli ultimi due aspetti.

a) **La norma sulla redistribuzione del budget** (limite 10%) per attività di diverso livello assistenziale, sia sulla stessa struttura che su diverse operanti a livello di Area Vasta e di Asur, introduce significative e complesse novità. Le implicazioni di questa norma meriterebbero quindi un approfondimento adeguato per analizzarne le ricadute potenziali in termini di offerta e redistribuzione della stessa, da parte delle strutture ex art. 26/833. Alle sole strutture oggetto del presente accordo – con l'aggiunta di "Anni Azzurri" Conero, facente parte del Gruppo S. Stefano - viene consentita tale possibilità; tutte sono, al momento (vedi punto successivo), a completo carico del fondo sanitario. La quasi totalità delle stesse prevede – al loro interno - diverse tipologie di offerta, i cosiddetti *moduli* (autorizzazioni ai sensi della legge 20-2000), con differenti livelli di remunerazione. Alcune sono ritenute dai gestori – vedi Rsa disabili – non adeguate. Le tariffe 2011 sono riportate a pagina 8, dell'Accordo.

Appare evidente che a trarre maggiore vantaggio dalla norma è il Gruppo S. Stefano che opera con più strutture in diversi territori delle Marche e che presenta un'offerta di centinaia di posti letto (oltre 400 solo nella sede di Porto Potenza Picena). Tutto questo in un quadro di grave deficit programmatico della Regione Marche: basti ricordare la persistente confusione in merito alle strutture di riabilitazione estensiva (RSR), fino a poco tempo fa deputate alla residenzialità permanente, ora sempre più ridisegnate per riabilitazione estensiva a termine. I cambiamenti, ovviamente, non sono sempre negativi, ma per essere scelti e non

¹ Dgr 1749 del 22 dicembre 2011, "Dgrm 54/2010 "Accordo per gli anno 2010-2012 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate della Regione Marche – Integrazione anno 2011 concordata con l'associazione ARIS – Approvazione". Testi e commenti degli Accordi in calce a questa nota.

subiti, si deve avere un'idea chiara sulla direzione da prendere. In questo caso scelta significa: quale tipologia di utenza, quale standard, ma soprattutto quale fabbisogno. Se cambia la funzione non può restare tutto immutato, tanto più se la gran parte dell'offerta di questi posti si concentra all'interno del Gruppo S. Stefano² ed in particolare nella sede di Porto Potenza Picena.

b) **Rsa disabili**. L'Accordo prevede l'immediata attivazione di un gruppo tecnico al fine di "adeguare alla normativa nazionale e regionale le modalità di applicazione della quota di compartecipazione sociale a tutte le Rsa disabili". L'attivazione del gruppo era uno degli obiettivi indicati anche nell'accordo dello scorso anno (vedi nota 1). La problematica tariffaria e della compartecipazione sanitaria/sociale riguardante le strutture residenziali (ma non meno problematica è quella dei centri diurni³) per persone con disabilità è nota: purtroppo non è stata mai affrontata con sistematicità né, vorremmo aggiungere, con serietà: l'estemporanea dgr 1785/2009⁴, non è stata revocata a favore di un atto che con completezza affrontasse con sistematicità il tema. I servizi residenziali coinvolti sono almeno 4 (Cosser, Rp, Rsa, Rsr) e non si possono affrontare alcune problematiche di singole strutture senza mettere a sistema il quadro completo.

Proprio nei giorni scorsi avevamo avuto occasione di sottoporre all'attenzione della Regione le gravi ripercussioni derivanti dall'applicazione della normativa⁵. In particolare ci riferivamo alla problematica emersa presso una struttura a Grottammare (AP), rispetto alla quale la Regione contestava all'Asur la mancata applicazione della dgr 1785 che prevede per le RP per disabili gravi oneri sociali a carico dell'utente/Comune pari al 60% della tariffa (incappando nel grave errore di assimilare le Rp per disabili gravi - ripartizione 70/30 nei Lea - alle residenze per disabili senza sostegno familiare - dunque per soggetti non gravi; ripartizione 60/40, nei Lea). Se ora si dovesse applicare la delibera 1785 - che, lo ribadiamo è sbagliata - si avrebbe questo quadro:

Rsa disabili: circa **230** posti attivi, tariffa giornaliera 2011: 118,79 Euro. Quota (30%) a carico dell'utente pari a circa 35 euro giorno, 1050 euro mese. Ad un utente con sola pensione e indennità accompagnamento mancano più di 300 euro (oltre al fatto che la vigente normativa regionale prevede che venga lasciata una cifra per spese personali che nel 1988, legge 43, era pari a 250.000 £) al mese per arrivare a coprire gli oneri della quota sociale mensile.

RP disabili: E' **ipotizzabile che siano circa 200** i posti di Rp attivi. La Regione non ha definito la tariffa. Se supponiamo una tariffa (al ribasso, secondo lo standard della legge 20/2002) di 130 euro giorno, la quota a carico dell'utente/comune (60%) sarebbe di circa 78 euro giorno; 2340 al mese. Allo stesso utente, di cui all'esempio precedente, ora mancano oltre 1600 euro al mese per coprire la parte che gli verrebbe addebitata.

⁴ *"Residenzialità per disabili: integrazione della codifica di cui alla legge regionale 20/2000 con le disposizioni nazionali e regionali"*; in, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1987>. Riportiamo in proposito parte della nota inviata dal Comitato associazioni tutela all'indomani dell'emanazione della delibera (9 novembre 2011): "In riferimento alla delibera in oggetto si richiedono urgenti chiarimenti circa le disposizioni che prevederebbero: - per gli utenti delle RSA disabili - attualmente a completo carico del fondo sanitario - l'assunzione di oneri pari al 30% della retta (circa 35 euro giorno); - per gli utenti delle Residenze protette oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni pari al 60% del costo retta (la cifra non può essere quantizzata in quanto la tariffa non è stata ancora definita). Per quanto riguarda queste ultime si ricorda che sono strutture (funzione protetta) ad elevato livello di integrazione sociosanitaria destinate a soggetti disabili con gravi deficit psico fisici; in nulla possono essere assimilate alle strutture per "disabili senza sostegno familiare" per il quale il dpcm 29.11.01 stabilisce a carico dell'utente e/o del comune oneri pari al 60% del costo retta. Si ricorda inoltre che le Comunità socio riabilitative (funzione tutelare) anche esse rivolte a disabili gravi (nulla o limitata autonomia) prevedono una ripartizione del costo del 50% tra settore sociale e sanitario. Dispiace che nonostante sia sotto gli occhi di tutti la necessità di una riarmonizzazione (questo Comitato lo chiede da anni) del sistema della residenzialità per disabili (standard, tariffe, utenza) insieme ad un atto complessivo di recepimento dei LEA, si continuano da un lato ad emanare atti (vedi per tutte la dgr 1299/2009 che introduce una nuova tipologia di RSA disabili) che vanno in senso contrario, dall'altro come con la DGR in oggetto ad introdurre pericolosissime ed impraticabili previsioni con ricadute pesantissime sugli utenti e sul sistema sociale".

⁵ Vedi la nota, *Dgr 1602/2011. Residenze protette per disabili ed altro*, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=657>.

E' evidente che ci troviamo di fronte ad enormi problemi che richiedono, per essere affrontati in modo adeguato richiedono, oltre le necessarie competenze di tipo normativo, tanta cautela e ancor di più buon senso. Un primo passo dovrebbe essere l'abrogazione della dgr 1785; poi l'avvio un serio percorso che metta a sistema l'attuale offerta residenziale e le sue tipologie (sicuramente troppe) di strutture. Senza dimenticare inoltre che le ipotesi di revisione tariffaria non possono prescindere da un adeguato sostegno ai Comuni, che si troverebbero a dover assumere rilevanti oneri per coprire le spese delle rette di degenza.

Pare di capire che si vuole fare in fretta, ma occorre, come ripetono persone ben più autorevoli di chi scrive, fare soprattutto bene. Coscienti e consapevoli che l'urgenza non è la definizione della quota sociale nelle Rsa disabili, ma la definizione, in maniera sistematica, del contenuto dell'offerta residenziale complessiva insieme ai suoi componenti (fabbisogno, standard, tariffa, ripartizione delle spese). Da tempo sono evidenti i segnali che indicano l'orizzonte. Continuare a lavorare su singoli pezzi (si veda ad esempio, dgr 1789-2009, la definizione del fabbisogno sanitario e solo di parte di quello sociosanitario), all'interno di specifici atti, sganciati dal quadro complessivo, è storia vecchia che sappiamo non aver dato grandi risultati. Intestardirsi in queste pratiche pare poco sensato, a meno che non si voglia ammettere di essere incapaci di fare diversamente.

Per approfondire

Gli accordi

Integrazione 2011 all'Accordo 2010-12, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2718>

L'Accordo 2010-2012, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2069>

L'aggiornamento 2010, <http://www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=2387>

Analisi e commenti

- Sui contenuti della dgr 1799/2010 riguardante l'aggiornamento 2010 dell'Accordo Regione strutture di riabilitazione, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=602
- Residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=510
- Riabilitazione estensiva residenziale. L'indispensabile chiarezza, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=580
- I centri diurni per persone disabili nelle Marche, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=588
- La residenzialità per persone disabili nelle Marche. Nodi, prospettive esperienze a confronto, www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=1604
- La residenzialità per persone disabili nella legislazione della regione Marche, www.grusol.it/aprilinformazioni.asp?id=892
- Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=523
- Evoluzione delle attività in ex art. 26-833. Quadro nazionale e delle Marche, www.grusol.it/apriSociale.asp?id=535

3 gennaio 2012

Allegato

-
- Lega del Filo d'oro: per il 2012 saranno analizzate le problematiche correlate al cambio di residenza delle famiglie degli utenti tenendo conto della peculiarità della struttura in termini di eccellenza di livello nazionale;
 - Istituto Paolo Ricci: così come previsto dalla DGRM n. 1799 del 13/12/2010 saranno applicate dall'1/12/2011 le tariffe regionali relativamente ai posti di RSA disabili e ai posti di assistenza semiresidenziali. Per il 2011 l'impatto economico differenziale rispetto ai costi già sostenuti dall'Asur, è di euro 35.765 di cui euro 22.500 per l'attività residenziale e di euro 13.265 per l'attività semiresidenziale;
 - Fondazione Don Gnocchi: così come previsto dalla DGRM n. 1799 del 13/12/2010 dall'1/12/2011 saranno trasformati n. 6 posti letto da riabilitazione estensiva a riabilitazione extra-ospedaliera Unità Speciale Gravi Disabilità in Età Evolutiva per l'attuazione del progetto "Assistenza integrata per minori: dalla rianimazione all'Unità Speciale riabilitativa fino al domicilio". Per il 2011 l'impatto economico corrisponde ad un incremento dei costi storici di euro 22.298 per il 2011 pari ad 1/12 di euro 267.580, quale valore economico annuale relativo alla trasformazione dei 6 posti letto di cui sopra. A decorrere dall'1/1/2012 si prevede l'attivazione di ulteriori 2 posti letto di Unità Speciale Gravi Disabilità in Età Evolutiva e, dall'1/1/2013 di ulteriori 2, sino ad arrivare ai 10 p.l. previsti nel progetto;
 - Istituto Santo Stefano: a seguito della trasformazione di n. 14 p.l. di riabilitazione estensiva in riabilitazione intensiva per completare il progetto Ortopedia già attivato presso la Casa di Cura Villa dei Pini con DGRM 57 del 18/1/2010 e gestito dal Santo Stefano e finalizzato alla riduzione della mobilità passiva in tale specialistica chirurgica, il budget maggiore necessario pari a circa Euro 480.000,00 verrà riconosciuto, per l'anno 2011, per soli Euro 240.000,00. L'Istituto di Riabilitazione S. Stefano provvederà per l'anno 2011 alla copertura della quota eccedente con proprie economie. Per il 2012 si prevede la copertura economica complessiva dei 14 posti letto di cui sopra;
 - Centro Santo Stefano di Filottrano: nel 2010 è stato attivato il progetto Autismo con un budget semestrale di euro 125.000. Nel 2011 si è proceduto al riconoscimento del progetto annuale di euro 250.000 nell'ambito nel Budget ASUR 2011 (progetto n. 17 – allegato 2b della DGRM 161 del 1/08/2011);
 - I maggiori oneri derivanti da provvedimenti che per l'anno 2011 hanno trovato accoglimento solo per limitati periodi temporali, dovranno essere adeguati per l'intero anno 2012, ivi compreso il completamento del budget per 21 p.l. del Santo Stefano presso la Casa di Cura San Giuseppe di Ascoli;
 - Nell'ambito del budget assegnato, nei limiti del 10%, potranno essere effettuate redistribuzioni di Budget tra le attività, anche di diverso livello assistenziale, per ogni singola struttura. La redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura, potrà essere effettuata d'intesa con il Direttore di Area Vasta, tra strutture diverse, anche facenti capo al medesimo gruppo societario, situate nella medesima Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste è facoltà dell'ASUR redistribuire il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso d'esercizio: in tal caso la redistribuzione potrà avvenire solo previa comunicazione ad ASUR ed alle singole Aree Vaste, da effettuarsi entro il mese di settembre di ogni anno, dei volumi indicativi di attività e di budget previsti a consuntivo. Nell'ambito del gruppo S.Stefano la redistribuzione in oggetto è consentita anche per la struttura residenziale Anni Azzurri del Conero, sebbene non afferente al presente accordo, attesa la pressione della domanda di assistenza residenziale insistente nel bacino territoriale corrispondente alla ex ZT 7: per l'anno 2011, in assenza della comunicazione da effettuarsi entro il mese di settembre, la eventuale redistribuzione tra Anni Azzurri del Conero ed altre strutture del Gruppo S.Stefano verrà riconosciuta solo nell'ambito della ex ZT 7 e comunque entro il limite massimo di 150.000 euro;
 - Le parti si impegnano ad attivare immediatamente un gruppo tecnico di lavoro, al fine di raggiungere l'obiettivo già dall'anno 2012 di adeguare alla normativa nazionale e regionale le modalità di applicazione della quota di compartecipazione sociale a tutte le RSA disabili.
-