

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

## Servizi sanitari e sociosanitari

### Analisi e riflessioni a partire da alcuni recenti Accordi contrattuali

La scheda prende in esame alcuni atti dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), che offrono spunti di riflessione in tema di servizi sanitari e sociosanitari. I primi due presentano la ricognizione degli inserimenti residenziali, 2017, dell'Area Vasta 2 di Ancona riguardanti le persone con disabilità e quelle con disturbi mentali; la terza analizza e commenta l'accordo con una residenza protetta per persone con disabilità che prevede l'utilizzo del fondo delle cure domiciliari. La successiva analizza e commenta un accordo contrattuale per posti di riabilitazione estensiva; posti rispetto ai quali è particolarmente carente la regolamentazione regionale. L'occasione di ritornare sul tema dei Centri diurni disabili (CSER) viene offerta dalla Convenzione dell'Area Vasta 1 con gli enti titolari dei Centri della provincia di Pesaro.

1) **Inserimenti residenziali persone con disabilità, Distretti AV2, anno 2017, [determina AV2, n. 596 del 14 aprile 2017](#)**. Si tratta di un documento nel quale sono indicati gli inserimenti residenziali (sanitari e sociosanitari), suddivisi per Distretto sanitario (Ancona, Fabriano, Jesi, Senigallia), delle persone con disabilità residenti nell'Area Vasta 2, per l'anno 2017. Il territorio dell'AV2 corrisponde alla provincia di Ancona ed ha una popolazione di circa 490.000 persone. Questa la ripartizione per singolo Distretto: Ancona: 254.609; Fabriano: 47.229 ; Jesi: 107.994; Senigallia: 79.238. **Vedi [Profilo salute AV2](#)**. Le persone inserite sono complessivamente **230** (alcuni sono inserimenti a termine, altri sembrano far riferimento ad una attività riabilitativa non strettamente collegata con la disabilità e dunque il numero è da considerarsi leggermente inferiore) per una spesa complessiva di circa **4,5 milioni** euro. Il numero degli inserimenti è il seguente: 1) Ancona: 138; Fabriano: 18; Jesi: 54; Senigallia: 20. Si possono estrapolare alcuni interessanti dati; ad esempio: il numero delle persone ricoverate rapportate alla popolazione; quante persone rimangono nei territori di residenza e quante sono costrette a migrare; il numero dei minori inseriti in strutture residenziali (neuropsichiatriche e no per i quali comunque ASUR paga quota sanitaria). Sono dati che sarebbe utile associare all'offerta dei servizi e sostegni domiciliari e diurni per capire se e quanto questa offerta impatta sulla richiesta di residenzialità. Sarebbe poi interessante avere il dato delle persone, per Distretto, in lista di attesa (sempre che le liste esistano!).

2) **Inserimenti di persone con disturbi mentali da parte dei Dipartimenti Salute Mentale (DSM) AV2, presso strutture residenziali, anno 2017, [determina AV2 n. 839 del 30 maggio 2017](#)**. Il documento presenta la ricognizione degli inserimenti residenziali (ad eccezione di quelli presso le Case di cura neuropsichiatriche Villa Jolanda di Maiolati Spontini e Villa Silvia di Senigallia: vedi [qui](#)) effettuati dai DSM di persone con disturbi mentali residenti nell'AV2. Non viene indicato il numero delle persone inserite, ma le residenze in cui sono accolte. La spesa complessiva è pari a circa **10 milioni di euro** (di cui, 1,4 per inserimenti a seguito di provvedimento della magistratura). Oltre quelle afferenti alla salute mentale, diverse sono quelle per anziani. Interesse riveste la descrizione del percorso interno all'ASUR Marche successivo alle delibere 1011 e 1195/2013 e 1331/2014, che ridefiniscono anche per i servizi residenziali rivolti alle persone con disturbi mentali, standard, tariffe e compartecipazione sanitaria e sociale.

3) **Convenzione ADI 2017-18 in Residenza protetta disabili “Casa Serena”, [Determina AV1 n. 150 dell’8.2.2017](#)**. Si tratta della convenzione tra l’AV1 di Pesaro e le Piccole Suore Missionarie della Carità, don Orione di Bellocchi (PU), riguardante la Residenza protetta disabili (30 posti) “Casa Serena”. L’Accordo prevede l’utilizzo del fondo dell’assistenza domiciliare integrata (ADI) per interventi riguardanti l’assistenza residenziale sociosanitaria. Nello specifico per il pagamento dell’assistenza infermieristica. Trattandosi di due diversi “regimi” assistenziali diversi è improprio tale utilizzo per un servizio sociosanitario di tipo residenziale rivolto a soggetti con gravi disabilità (ricordiamo che in questi casi la normativa sui LEA stabilisce che l’onere a carico della sanità sia pari al 70% della retta giornaliera). Dopo una premessa (documento istruttorio), in cui si presentano dati riguardanti il numero di anziani non autosufficienti presenti nella regione Marche - un riferimento del tutto fuori contesto data la tipologia dell’accordo - si illustra, al fine di introdurre la convenzione, la funzione dell’assistenza domiciliare e delle norme regionali in materia di cure domiciliari. Nello specifico vengono finanziate ore di infermiere (18 minuti al giorno per 26 utenti, per 6,60 euro/die; pari a 61.877 euro anno).

4) **Istituto Riabilitazione Santo Stefano Ascoli Piceno. Accordo Residenza sanitaria riabilitativa (RSR) estensiva (Rd1.2), [determina n. 573 del 2 ottobre 2017](#)**. L’interesse di questo Atto è dato dalla regolamentazione di una tipologia di servizio: RSR estensiva, rispetto alla quale la normativa regionale non è, ad oggi, sufficientemente chiara riguardo la funzione. L’accordo prevede la contrattualizzazione di 20 dei 32 posti accreditati presso la struttura di Ascoli Piceno, all’interno della quale sono già attivi 34 posti di riabilitazione ospedaliera e 10 di intensiva extraospedaliera. La tariffa riconosciuta (pattuita negli Accordi con i Centri ex art. 26/833) è di 167,06 euro giorno + 5,6 per servizi non inclusi nel tariffario. L’attivazione di questi posti era stata stabilita dalla Dgr [1013/2014](#) che prevedeva il potenziamento di alcuni servizi sociosanitari diurni e residenziali (in realtà i 20 posti previsti, dovevano essere di RSA disabili, rd3 e non di RSR estensiva rd1.2). Quello che qui interessa è la verifica degli obiettivi, della tipologia di utenza e degli standard assistenziali (allegato 1, articoli 1-4). Ricordiamo che la [Dgr 1105/2017](#) sul fabbisogno prevede la contrattualizzazione di 351 posti. Riguardo i **requisiti d’accesso** (art. 2), si fa riferimento ad un lungo elenco di norme regionali (a partire dal 1999) e nazionali. Nella sostanza, l’accesso può essere disposto dal medico di medicina generale, “ovvero deriva da un percorso assistenziale predisposto dalle unità valutative distrettuali (UV, UMEE, UMEA)”. Sarebbe da esplicitare il significato di “ovvero”; se inteso come “oppure” o come “vale a dire” (vedi in proposito, [La beffarda attualità di ovvero](#)). Le norme citate stabiliscono che la degenza massima è di 240 giorni, prolungabile, per particolari condizioni, a seguito di valutazione. Quanto agli **standard di personale** (art. 3 e 4): a) la norma regionale del 1999 (Dgr 1437) indica un rapporto “standard di personale totale/posto letto: 0,8/1”; b) nelle norme sulle autorizzazioni (Dgr 2200/2000) uno standard di 160 minuti al giorno (non indicate le figure professionali). **Invece di produrre interminabili elenchi di norme ventennali, che si integrano e modificano vicendevolmente, sarebbe ottima cosa, ma soprattutto indice di trasparenza, indicare con chiarezza cosa si stabilisce e aggiungere a fianco la norma o le norme di riferimento.**

5) **[Marche. Convenzioni 2017, Centri diurni disabili \(CSER\) AV 1, Pesaro](#)**. La recente convenzione per l’anno 2017 dell’AV1 di Pesaro (non difforme da quella degli anni scorsi), offre l’occasione per una riflessione più generale riguardante la situazione degli ex CSER a seguito

delle disposizioni contenute nella Dgr 1331/2014 e con la modifica dei requisiti di autorizzazione con l'art. 32 della legge 33/2014 (per approfondimento, vedi [qui](#)). I posti regionali convenzionati sono, complessivamente 1061 (determina ASUR n. [577/2015](#)). 634 (circa 60%), sono riconosciuti come sociosanitari, i restanti 427 (40%) come socio assistenziali. Per i primi (standard 110 minuti): tariffa di 62 euro e quota sanitaria del 70%. Per i secondi (standard 70 minuti): tariffa non determinata e quota sanitaria forfetaria di 15,10 euro (circa 25%). Non ci sono differenze tra le persone inserite nel livello sociosanitario e quello socioassistenziale. La Regione ha fissato un tetto amministrativo che blocca a 10, per ogni Centro, il numero dei primi; al numero eccedente 10, quello dei secondi. Un atto palesemente illegittimo in quanto tratta diversamente persone che sono nella medesima condizione. Considerato che nello stesso centro diurno sono accolte persone classificate nell'una o nell'altra condizione, lo standard complessivo del servizio, se l'ente titolare non lo aumenta a proprie spese, sarà pari alla media dei due standard. Tanto più la capacità recettiva del Centro è grande, tanto più diminuisce la quota sanitaria complessiva. Se un Centro ha capacità recettiva di 10, la quota sanitaria complessiva sarà di 434 euro/giorno (43,40 x10); se di 15 sarà di 509,5 (434 + 75,5), in quanto ai 5, eccedenti i 10, sarà remunerata una quota di 15,10 euro. Per il secondo centro la quota sanitaria per utente scenderà, quindi, a 34 euro, circa il 21% in meno. La premessa è necessaria per introdurre la convenzione dell'ASUR con i CSER della provincia di Pesaro. In questo caso, il numero dei posti considerati "non sociosanitari", aumenta e raggiunge il 45% (totale: 338; sociosanitari: 188; socioassistenziali: 150). Si assottiglia, quindi, ancora di più il complessivo della quota sanitaria. E' chiaro che se lo standard rimarrà per tutti 110, qualcun altro (il Comune o l'utente) dovrà coprire la parte restante (il mancante 75%). Ad oggi, i due "livelli assistenziali" hanno, come detto, standard diversi (110 e 70) ma solo nel primo caso è determinata tariffa (la relazione con lo standard non è stata mai dimostrata). A quanto ammonterebbe la tariffa del livello socioassistenziale? Se lo chiedono molti titolari. Se 110 minuti sono tariffati 62 euro; con 70 minuti (circa 36% in meno), dovrebbe corrispondere una tariffa proporzionalmente più bassa. Ma, come si può abbassare così tanto la tariffa se la classificazione non risponde alla reale condizione della persona? Tariffare, quindi, tutti a 62? Ma allora, necessitano tutti di 110 minuti e, dunque, sono tutti "socosanitari", con la corrispondente quota sanitaria.

---

Tutte le schede dell' [Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#)

**Per approfondire**

- [Prende corpo la ridefinizione dei servizi sociosanitari diurni e residenziali](#)
- [Offerta e regolamentazione dei servizi sociosanitari nelle Marche](#)
- [L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA](#)
- [L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA. Il recepimento della regione Marche](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#)
- [Quaderni Marche. Politiche e servizi nelle Marche](#)

**Novità editoriale, Gruppo Solidarietà (a cura di), [LE POLITICHE PERDUTE. Interventi sociosanitari nelle Marche.](#)**

La normativa citata si può consultare nel sito [www.grusol.it](http://www.grusol.it) nella sezione [Documentazione politiche sociali](#), con una ricerca per leggi regionali.