

Trasparenza e diritti,

Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei LEA <http://leamarche.blogspot.it/>

Segreteria: Tel. 393-9046151, trasparenzaediritti@gmail.com

17 giugno 2014

- Presidente Giunta regionale
- Assessore salute
- Assessore politiche sociali
- Dirigente Servizio Salute
- Dirigente Servizio Politiche sociali
- E p.c. - Presidente V Commissione
- Componenti Tavolo di confronto

Oggetto: Tavolo di confronto delibere servizi sociosanitari

In attesa della formulazione delle proposte regionali, considerato che da troppo tempo si è in presenza di una distanza non accettabile tra impegni ed effettive pratiche, si invia una sintesi delle nostre posizioni.

Si resta inoltre in attesa della comunicazione dell'avvenuto ritiro delle determinate ASUR applicative delle delibere 1011 e 1195.

Cordiali saluti

Per la Campagna
Fabio Ragaini, Roberto Frullini

Delibere 1011 e 1195 sui servizi sociosanitari. Sintesi della posizione di *Trasparenza e diritti*

- Il percorso di modifica delle norme (qualsiasi esse siano) riguardanti i requisiti di autorizzazione delle leggi 20/2000 e 2002 deve rispettare la regolamentazione vigente (passaggio in Commissione e Consiglio) ed è quindi impossibile una loro modifica attraverso delibera di giunta.

- L'inserimento dei minutaggi, con il percorso sopra indicato, nelle strutture della 20/2002 in luogo del rapporto operatore utente deve essere fatto tenendo conto della tipologia di utenza ospitata e della attuale capacità recettiva. Le strutture sono: Il *centro diurno anziani non autosufficienti* (che deve essere considerato servizio sociosanitario con ripartizione al 50%), il *Cser* e la *Coser* per i quali deve valere la ripartizione indicata dai LEA per i disabili gravi (per persone non in situazione di gravità si applicherà la condizione del 40/60 per il residenziale e il forfetario per il residenziale).

Sintesi disabilità

Residenzialità

Nel regime **RD3** vanno considerate: **RSA, RP, Coser**. Nel caso in cui in queste strutture siano ricoverati utenti non in situazione di gravità (legge 104) la ripartizione passerà da 70/30 a 40/60.

Per le **Coser** (minutaggio) dovrà valere lo stesso standard delle **Rd3.2** (residenze protette).

Lo standard previsto per **RD4** riguarda esclusivamente i disabili non gravi.

Diurno

- Togliere CD minori (SR dis)

- CD adulti (ex legge 20/2002): No doppia tipologia di struttura (tutti con standard: se presenti non gravi criterio del sdis1.2). Revisione minutaggio e figure professionali. Applicazione normativa LEA (70/30)

Sintesi anziani

Residenzialità

Il minutaggio delle RSA anziani e demenze, non può prescindere dalla tipologia di utenza presente (vedi nostro contributo per tavolo 4 aprile). A questo punto appare più corretto che le RSA che gestiscono la post acuzie siano considerate di livello r1 (tipologia non inserita dalla 1011). Recupero del contenuto della dgr 704/2006 per il pagamento dopo il 60 giorno.

Diurno

- Come già detto inserire il minutaggio per quelli della 20/2002 insieme alla ripartizione del 50%, se ci sono anziani non in condizione di gravità fare riferimento al contributo forfettario

Sintesi salute mentale

Residenzialità

Rivedere la previsione di 7 tipologie di strutture residenziali. Rispetto della normativa Lea con chiara definizione della connotazione della "bassa intensità assistenziale"

- **Delibera 1195**. Modifica secondo le indicazioni sopra riportate.

- **Fabbisogno**. La previsione non può prescindere dall'analisi dell'offerta attuale e del bisogno espresso e rilevato (vedi ad esempio liste di attesa), tenendo conto: **a**) forte disomogeneità territoriale, **b**) imponente presenza di incoerenza tra classificazione e funzione (nell'area della salute mentale in particolare autorizzazioni sociali invece che sociosanitarie) e autorizzazione nell'area disabilità per utenza psichiatrica. Stessa problematica per molti dei posti autorizzati come RSA anziani. Va dunque ristabilito il quadro della situazione attuale a partire da questa condizione.

- **Fondo solidarietà**. Abbiamo sentito tante parole e nessuna proposta. Per quali utenti e per quali servizi? Per quanto tempo? Per quelli sui quali scatterebbe la compartecipazione o anche per quelli cui è sempre scattata, seppur indebitamente. Ricordiamo che sono centinaia le persone che fruiscono di servizi sociosanitari cui si assoggettano indebitamente oneri non dovuti attraverso la mancata o distorta applicazione dell'Isee (sia quando i servizi sono rispettosi della normativa sociosanitaria, sia quando non lo sono). Ci auguriamo, inoltre, che non si voglia, attraverso qualche forma di aggiramento, trovare nel nuovo Isee lo strumento per evitare che gli enti locali assumano gli oneri di spettanza.

- **Revoca delle ultime determinazioni ASUR**. Immediata revoca delle determinazioni dell'ASUR del 2014 che applicano le delibere.

Allegato

Le note di Ted per i tavoli del 3, 9 e 10 aprile

Anziani (4 aprile)

- Le questioni generali (recettività, accorpamenti, definizione tariffe, strumenti di valutazione, ecc) sono state dettagliate in precedenti contributi. Qui si indicano schematicamente le questioni più importanti per singola area e singolo servizio. Sullo specifico dei percorsi di modifica si ribadisce quanto indicato nella nota di martedì 1 aprile.

Rsa anziani non autosufficienti, Rsa demenze

Premessa. Abbiamo già segnalato, [Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#), come la ultraventennale offerta di posti di RSA anziani, in assenza della definizione degli standard assistenziali (assenti nei requisiti della legge 20/00), abbia prodotto un'offerta del tutto eterogenea. In particolare diversa è la funzione di molti posti di RSA pubbliche (quasi tutte con capacità recettiva di 20) derivanti dalla disattivazione della funzione ospedaliera e private (con maggiore capacità recettiva). Le prime accolgono prevalentemente malati in dimissione ospedaliera con gestione di malati in post acuzie (le degenze prolungate o permanenti riguardano malati molto gravi e non dimissibili); le seconde – anche qui senza generalizzare – accolgono prevalentemente malati a degenza prolungata. Ad

ogni modo gli standard di funzionamento di queste strutture sono molto diversificati (questo è il motivo per cui ad oggi non è stato determinato lo standard di funzionamento). Pertanto ogni ipotesi di standard non può prescindere da questo dato di realtà, pena un impatto non governabile. Lo standard previsto dalla 1011 è vicino a quello della maggior parte delle strutture private. I posti delle RSA demenze che sono ricompresi oggi tra quelli delle RSA anziani, sono sostanzialmente gestiti, attraverso accordi con ASUR, da strutture private.

V segnalata inoltre la contraddizione tra la tipologia (estensiva) di struttura e la presenza medica e riabilitativa il cui minutaggio è del tutto inadeguato rispetto alla funzione assegnata.

Nessun strumento di valutazione è stato codificato ai fini dell'accesso, permanenza, dimissione dalle strutture. Ogni territorio (distretto) ha la sua organizzazione. Senza sciogliere il nodo sopra indicato, pare difficile ipotizzare soluzioni adeguate e soddisfacenti.

Si segnala inoltre che le problematiche legate alla demenza e alla malattia di Alzheimer pongono problemi del tutto diversi da quelli degli anziani non autosufficienti. Nel primo caso - tranne che per percorsi (temporanei) nei quali la struttura offre inquadramento diagnostico, gestione farmacologia - quando la famiglia richiede il ricovero - ad eccezione dei ricoveri di sollievo - lo fa per una degenza permanente. Dunque la RSA demenze ha necessità di rispondere a queste esigenze. E dunque in questa prospettiva va pensato lo standard.

In questo senso ed in particolare per la Rsa anziani, deve essere recuperato il contenuto originario della dgr 704/2006 (si veda in allegato il contenuto della nota ASUR del 20-2-2012). La dgr 704 viene infatti richiamata ma non correttamente dalla 1011. Deve dunque essere cambiata. La disposizione stabilisce infatti, correttamente, che al termine dei 60 giorni (in degenza gratuita), avviene la valutazione UVI al fine di verificare se il malato è dimissibile o no.

Se non lo è ed il suo bisogno è assimilabile a quello di un regime intensivo/estensivo (dpcm 14.2.2001), si mantiene (come per le strutture di riabilitazione extraospedaliere) la gratuità della degenza; se invece non è dimissibile ma non è ravvisabile il quadro sopra descritto scatta il pagamento della quota alberghiera. E' evidente che l'UVI deve valutare su identificati criteri e attraverso l'utilizzo di scale validate (cosa che oggi non accade o in avviene in modo discrezionale). Ogni automatismo cronologico deve essere energicamente rifiutato.

Per quanto riguarda **la ripartizione degli oneri**, determinata la tariffa (sulla base dello standard), si può mantenere la regola attuale: 33 euro fino ad una aggiunta del 25%, codificando però la tipologia delle (sole) prestazioni alberghiere aggiuntive. Oggi ciò non è codificato. In diverse RSA pubbliche (che funzionano come un ospedale) si paga la quota alberghiera ma non sono garantite le ordinarie prestazioni alberghiere (ad esempio lavanderia).

Centri diurni Alzheimer e non autosufficienti

Anche in questo caso chiarita previamente la funzione, si può successivamente definire la tipologia di prestazioni erogate e dunque gli standard.

Ad esempio per quanto riguarda alcuni requisiti essi possono riguardare entrambe le tipologie di CD. Diversamente dagli standard e dalle figure professionali.

Sono rivolti ad anziani non autosufficienti e dunque entrambi devono avere definiti standard assistenziali (e non come attualmente indicato per il SR, ex 20/2002).

Per quanto riguarda la ripartizione degli oneri:

- al 50% l'ex cd 20/02, assimilabile alle RP,
- per l'altro (demenze e Alzheimer) si può ipotizzare lo stesso criterio delle RSA (con quota sanitaria 70/30). Se il CD viene fruito nella prima fase lieve moderata, deve essere considerato come trattamento di tipo estensivo (Si ricorda che una recente sentenza del TAR Piemonte ha accolto un ricorso contro una delibera della regione Piemonte che modificando la precedente normativa aveva previsto la ripartizione al 50% nei CD Alzheimer. Il ricorso sosteneva che dovessero essere assimilati alla indicazione dei LEA di quelli psichiatrici, 100% sanità).

Salute mentale (9 aprile)

- Si ribadisce anche in questo caso quanto già da noi ripetutamente espresso quanto a
- recettività: abolizione capacità recettiva pari a 20
- accorpamenti con strutture di altre aree o altra tipologia all'interno della stessa, togliere ogni riferimento alla struttura modulare
- definizione della tariffa da parte della Regione (non della quota sanitaria)

- incoerenza tra classificazione e funzione particolarmente presente nell'area salute mentale: a) autorizzazione per funzione abitativa e utenti per funzione sociosanitaria; b) autorizzazione per disabilità e funzione salute mentale.

a) Valutazione della necessità della previsione di 7 strutture residenziali contro le 3 +2 attuali (Srt, Srr, RP, GA, CAdm).

b) In particolare doppio livello SRR (terapeutico riabilitativa) e Rp a 12 ore (socioriabilitativa).

c) Verifica compatibilità standard e figure professionali. *Fatta la verifica rispetto alla situazione attuale?*

d) Funzione abitativa: Ga

e) Inserimenti in strutture per anziani (dgr 2569/1997)

Quanto disposto dalla normativa LEA. 100 - 40/60

RP si può recuperare indennità accompagnamento

Disabili (10 aprile)

- Si ribadisce anche in questo caso quanto già da noi ripetutamente espresso quanto a

- recettività: abolizione capacità recettiva pari a 20

- accorpamenti con strutture di altre aree o altra tipologia all'interno della stessa, togliere ogni riferimento alla struttura modulare

- distinzione tra strutture che erogano prestazioni di riabilitazione intensiva o estensiva con degenze prefissate e la residenzialità disabili (rd3, rd4), distinguere tra Piano riabilitativo e Piano educativo riabilitativo

- cancellare ogni riferimento all'UVI, ingressi attraverso Umea (ad eccezione di strutture di riabilitazione, come ad accordi con centro accreditati)

- definizione della tariffa

- incoerenza classificazione funzione (vedi in particolare RP)

Fatte queste premesse, le seguenti indicazioni, servizio per servizio, riguardano pertanto: standard assistenziali, figure professionali, ripartizione degli oneri.

Residenzialità

Nel regime **RD3** vanno considerate: **RSA, RP, Coser**. Nel caso in cui in queste strutture siano ricoverati utenti non in situazione di gravità (legge 104) la ripartizione passerà da 70/30 a 40/60.

Per le **Coser** (minutaggio) dovrà valere lo stesso standard delle **Rd3.2** (residenze protette).

Lo standard previsto per **RD4** riguarda esclusivamente i disabili non gravi.

Diurno

- Togliere CD minori (SR dis)

- CD adulti (ex legge 20/2002): No doppia tipologia di struttura (tutti con standard: se presenti non gravi criterio del srdis1.2). Revisione minutaggio e figure professionali (terapisti/educatori). Assimilabilità molti utenti cd 20/02 con utenti 20/00 (ad eccezione di quelli della Lega). Applicazione secondo LEA del 70/30

Altro.

- minutaggio rd1.4 (comi persistenti e gravi IR)

- CD legge 20/2000: identificazione degli standard e figure professionali per i 3 livelli

Poi: chiarezza circa ipotesi numero posti RSA disabili considerato come RSA gravi
