

Fabio Ragaini, Gruppo solidarietà

La riclassificazione della Casa di Cura neuropsichiatria "Villa Jolanda". Una riflessione su riconversioni, diritti degli utenti e ruolo delle istituzioni

L'interrogazione consiliare 37/2010 del consigliere regionale Massimo Binci (Gruppo Sinistra ecologia e libertà), riguardante la "riconversione" della Casa di cura Villa Jolanda di Maiolati Spontini (AN), offre l'occasione per ulteriori approfondimenti¹ **in merito al** significato della riclassificazione di alcuni dei posti della struttura. La riflessione che segue, a partire dai contenuti degli atti di riconversione (Dgr 703/2009 e 1578/2009), prende spunto dalla risposta, del 20 settembre 2010, dell'assessore alla Salute della regione Marche, Almerino Mezzolani e dalle relazioni della Zona sanitaria 5 (territorio in cui risiede la struttura) e della stessa Casa di cura. Esse vengono riportate di seguito insieme (allegato 1) alla scheda, *Le residenze protette per anziani con forme di demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?* contenente anche due lettere sui contenuti della riconversione, del Comitato associazioni tutela (CAT) alla regione Marche. La riflessione affronta anche il problema del ruolo delle residenze protette rivolte a soggetti con "forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali" che rischiano, se non lo sono già, di diventare il nuovo contenitore per la residenzialità psichiatrica di soggetti ultrasessantacinquenni (riclassificati in dementi).

L'interrogazione pone due distinte questioni:

A) il significato del processo di riconversione della casa di Cura e dunque che cosa si intenda per riconversione.

B) La possibilità che per via amministrativa malati "ex manicomiali e lungodegenti a tempo indeterminato" possano essere considerati con processo automatico "soggetti dementi senza rilevanti disturbi comportamentali".

Entrambe le questioni appaiono di estrema rilevanza. Si pongono i seguenti problemi:

- se la riconversione promuove e produce deistituzionalizzazione oppure è funzionale al mantenimento dello status quo (tutto cambi perché nulla cambi) attraverso formali riclassificazioni.
- Il cambiamento dello status dei ricoverati: da malati psichiatrici a soggetti "geriatrici" (anziani con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali); persone che dopo decenni di istituzionalizzazione si vedrebbero mutato sia il quadro diagnostico che quello clinico.

Le risposte della Regione e le relazioni della Zona 5 di Jesi e della Casa di Cura

Vediamo ora come la regione Marche – supportata dalle relazioni del Dipartimento salute mentale della Zona 5 di Jesi e della Casa di cura Villa Jolanda – ha risposto alle obiezioni formulate nell'interrogazione.

Nella **risposta dell'assessore Mezzolani** si fa confusione rispetto alla formulazione della prima domanda. La stessa viene riformulata al contrario: la richiesta del criterio "sulla base del quale malati ex manicomiali e lungodegenti possano essere classificati come dementi senza rilevanti disturbi comportamentali"; viene così riscritta: "sulla base di quale criterio malati ex manicomiali e lungodegenti senza rilevanti disturbi comportamentali possano essere classificati come dementi". Nella risposta non viene riportata la domanda ma la sua errata riformulazione. Si afferma che la demenza colpisce anche molti anziani e tra questi anche quelli con disagio mentale. Per questo motivo viene indicata la possibilità di realizzare diverse tipologie di risposte assistenziali che "tiene conto del fabbisogno di strutture sociali e sanitarie del territorio di riferimento". Che la

¹ Il tema è stato già affrontato in diverse occasioni. Per un approfondimento vedi anche *Le residenze protette per anziani con forme di demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?*, in www.grusol.it/vocesociale/10-06-09.PDF; il testo e le lettere inviate alla Regione a seguito della riconversione dal Comitato associazioni tutela (Cat), sono riportate in appendice al seguente testo.

demenza colpisca soprattutto persone anziane è risaputo anche dall'uomo della strada; la questione a cui purtroppo non si è data risposta è quella dei malati che sono così da decenni a causa di malattie mentali diagnosticate da moltissimi anni. Non si tratta quindi di sessantenni o settantenni che soffrono di un declino cognitivo più o meno importante, ma di utenti ai quali all'effetto della malattia mentale si è sovrapposto, spesso peggiore del male, l'effetto della istituzionalizzazione e che ora a causa dell'età divengono "geriatrici" così da poter essere riclassificati come "dementi senza rilevanti disturbi comportamentali", potendo così diventare utenti in una RP demenze². Disturbi comportamentali che invece, giova ribadirlo, i lungodegenti o ex manicomiali possono avere. Questo passaggio determina a loro carico un'assunzione di oneri pari al 50% del costo (considerato che la tariffa fissata dalla Regione è di 80 euro; 40 a carico dell'utente o del Comune di residenza).

Rispetto invece alla necessità di posti di Rp demenze, ad oggi – fatto assai grave – è solo la Regione Marche a non riconoscerne il bisogno, considerato che attivi non ci sono neanche 100 posti su una popolazione di non autosufficienti ricoverati nelle RP e Case di Riposo di 4200/4500. I 40 posti che si realizzeranno servono (senza ombra di dubbio!) considerato che nel solo territorio della Zona di Jesi ci sono oltre 550 anziani non autosufficienti ricoverati nelle strutture con soli 70 posti di RP a 100 minuti. Dunque con una lista di attesa stimabile di 480 posti. Il punto è se quei 40 posti vadano messi all'interno di una Casa di cura neuropsichiatrica – seppur in un settore separato – oppure all'interno dei posti delle Rp del territorio dove sono ricoverati decine e decine di soggetti con demenza (anche con rilevanti disturbi comportamentali).

La **risposta della Zona 5 di Jesi**, sede della Casa di cura, cui la Regione aveva chiesto una relazione, offre un quadro preoccupante se si tiene conto che al DSM della Zona competerebbe (si usa il condizionale perché la Zona 5, nella sua nota, specifica che il Dsm ha delle competenze rispetto ai posti di RP. Competenze non indicate nelle delibere di riconversione) la valutazione degli accessi. Vedremo comunque meglio questa parte nelle valutazioni finali.

Nella nota del DSM che risponde alle due domande della interrogazione viene affermato che i criteri con i quali gli ex manicomiali e lungodegenti possono essere trasferiti nelle RP (in quanto divenuti dementi senza rilevanti disturbi comportamentali) sono di competenza specialistica neurologica/psichiatrica. Dunque rispetto ad una richiesta di chiarimento in merito, sibillantemente viene risposto che la questione riguarda gli specialisti; come se gli stessi fossero soggetti sopra ogni parte e dunque la loro valutazione **possa** prescindere da ogni criterio. Si tratta di una affermazione molto grave in quanto non possono essere le opinioni di un singolo professionista a determinare scelte che hanno ricadute importantissime nella vita delle persone. La storia ci insegna che la valutazione discrezionale del professionista non garantisce nelle scelte, soprattutto quando chi valuta è parte in causa: quella decisione determina, infatti, quanti oneri (interi o parziali) dovrà assumere il Dipartimento salute mentale della Zona. Diversamente solo l'applicazione di criteri cui ogni professionista deve attenersi può essere garanzia nella scelta.

Preoccupazione aggravata dalle affermazioni successive che pare opportuno riportare per **intero**: *"Sottolineato che la maggior parte di tali degenti non eseguono ricoveri e non richiedono interventi/consulenze urgenti specialistiche dal nostro servizio da moltissimi anni, condizione questa che li compara alle degenze di tipo geriatrico con assistenza di base inquadrabile nella tipologia di utenza non psichiatrica"*. Dunque secondo il DSM della Zona 5 di Jesi, un malato ricoverato in una Casa di cura psichiatrica convenzionata con il servizio sanitario nazionale è utente psichiatrico solo nel momento in cui richiede consulenza urgente specialistica o interventi al DSM. Se non lo fa, ovvero se non si presentano problematiche tali da richiedere questo intervento, siamo in presenza di utenza non psichiatrica. Dovrebbero, a questo punto, essere accertate le responsabilità per il ricovero ed il mantenimento presso una struttura neuropsichiatrica (fino a ieri addirittura con posti ospedalieri) di soggetti "non psichiatrici". Non è difficile intuire le ragioni delle nostre preoccupazioni.

La relazione dello stesso DSM aggiunge di conseguenza che il nuovo modulo (le RP) sarà quindi equiparabile a qualunque altra struttura sociale che prevede una quota a carico del

² Ricordiamo che la fortemente lacunosa normativa marchigiana prevede nuclei Alzheimer (la cui tipologia di utenza insieme agli standard assistenziali non sono mai stati definiti) all'interno delle Rsa anziani.

Ssn e dell'utente. Si specifica successivamente: "le due quote saranno negoziate tra le Zone territoriali di provenienza degli ospiti e la Casa di cura tramite opportuna convenzione. Gli invii fatti dai vari servizi sanitari devono avere il nulla osta del DSM di codesto dipartimento. Quanto suddetto è già prassi consolidata nella nostra Zona 5 con due strutture autorizzate con la stessa legge 'Soteria' dal 1993 e 'Villa Ricci' specifiche per soggetti che necessitano di interventi di tipo residenziale/riabilitativo".

Dalle affermazioni si evince che l'accesso ai posti di RP demenze – che la normativa assegna alle Unità Valutative Distrettuali (UVD) – deve passare attraverso autorizzazione del DSM di Jesi e che gli oneri di tali ricoveri verranno negoziati tra le Zone territoriali invianti e la Casa di Cura. Se così fosse saremmo di fronte ad una ulteriore anomalia rispetto alla regolamentazione delle RP (comprese quelle per demenze), la quale prevede che l'accesso sia disposto dalle UVD – senza previa autorizzazione di chicchessia – e che la retta sia pagata al 50% tra Zona di residenza e utente (se i redditi sono insufficienti interviene il Comune; è forse anche il caso di non utilizzare impropriamente il termine "ospite", richiamando più realisticamente quello di utente o ricoverato).

Ritorna il problema di fondo: gli utenti che accederanno a questa struttura sono difficilmente compatibili con quelli di una RP demenze. Non è un caso che lo standard assistenziale di questi posti sia diverso da quello previsto per questa tipologia di residenza; si prevede infatti: uno standard infermieristico giornaliero quasi doppio rispetto a quello per le RP: 36 minuti invece di 20; la presenza di 18 minuti di educatore al giorno, sostanzialmente una presenza diurna continuativa; una riduzione cospicua della figura dell'Oss: 54 invece di 100. La RP si avvarrà inoltre - seppur senza indicazione di standard - di psicologo e di psichiatra.

Ritorna il problema della coerenza tra autorizzazione e funzione che evidentemente si tenta di superare con ibridi se non subdoli escamotage. Ciò è rinforzato dal riferimento alla convenzione della Zona 5 con le due strutture citate. Il Dsm e la Zona 5 non sanno, o dimenticano, che quelle comunità non sono destinate a soggetti che necessitano di interventi residenziali di tipo riabilitativo (altre sono le strutture previste per quella funzione nella nostra Regione) come erroneamente viene detto. Sono comunità alloggio "con funzione di accoglienza abitativa caratterizzate da bassa intensità assistenziale e sono destinate a soggetti autosufficienti privi di un valido supporto familiare". Nello specifico, le comunità alloggio per persone con disturbi mentali "si caratterizzano per essere rivolte a soggetti con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale di tipo sanitario; le comunità sono parzialmente autogestite, collegate se necessario con un servizio di assistenza a carattere domestico e con i servizi territoriali del DSM". Come si può verificare anche in questo caso siamo in presenza di incoerenza tra classificazione e funzione. Un quadro di confusione incoraggiato e alimentato dalla incapacità programmatica della Regione Marche e sostenuta dalle prassi di molte Zone territoriali. Quella di Jesi ne è capofila³. Una prassi che crediamo, quindi, non vada presa a modello.

Infine nella **relazione della Casa di Cura Villa Jolanda**⁴, si specifica che i 40 posti di RP (per un'analisi dei posti complessivi precedenti e successivi alla *riconversione*, vedi allegato 1. I posti accreditati erano 72, sembrerebbero ora diventare 80: 40 + 40) ricomprenderanno "in primo luogo anche l'ex residuo manicomiale e situazione a tempo indeterminato assimilabili con retta di lungodegenza". Si specifica inoltre che questi pazienti (indicati in numero di 30) anche se "stabilizzati e quindi con degenza a tempo indeterminato sono tutti di una gravità tale da non poter essere ospitati né in Case di Riposo⁵ o in strutture residenziali analoghe, tanto che il livello assistenziale è identico a quello dei post acuti. Normalmente vengono ricoverati in questo Settore tutti quei pazienti di natura psichiatrica che non possono trovare una diversa

³ Non è questa la sede per approfondire la questione. Rimandiamo ad una nostra precedente analisi "Nulla osta. Le norme e le prassi. A proposito delle comunità alloggio per persone con disturbi mentali", in www.grusol.it/vocesociale/13-05-10.PDF; vedi anche, "La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche", www.grusol.it/vocesociale/02-07-10.PDF.

⁴ Secondo le risultanze della dgr 1334/2010 il costo dei 72 posti della struttura per l'anno 2010 è pari a 4.017.034 euro. Per 42 posti la tariffa è di 171,60 euro al giorno; per i restanti 30 (residuo manicomiale/lungodegenti) è di 126,42 euro.

⁵ Alla direzione della struttura forse ancora non è noto, ma lo dovrebbe visto che deve autorizzare posti di residenza protetta per anziani ai sensi della legge 20/2002, che la stessa legge disciplina anche i requisiti delle Case di Riposo destinate ad anziani autosufficienti (art. 6, comma 3).

sistemazione altrove. Ovviamente la valutazione circa l'ammissibilità di tali pazienti è di stretta competenza del DSM di provenienza, ai quali finora ha fatto carico l'intera retta di degenza, così come sarà di loro competenza in futuro la valutazione della distinzione tra dementi e pazienti psichiatrici e quindi la determinazione dell'eventuale quota sociale a carico degli stessi".

Anche in questa relazione emergono aspetti già presenti nella relazione del DSM riferiti al ruolo di quest'ultimo per l'ammissione alla RP; la struttura aggiunge inoltre che attualmente il livello assistenziale dei cosiddetti "lungodegenti" che diverranno utenti delle RP è lo stesso di quello dei post acuti (dovrebbe però spiegare perché le rette differiscono di circa 45 euro, quasi il 30% in meno).

Questioni che necessiterebbero di risposte esaurienti

L'interrogazione, così come le richieste, mai riscontrate, delle associazioni riportate nell'allegato 1, chiedeva chiarimenti in merito al cosiddetto processo di riconversione, così come definito dalle dgr 730/2009 e 1578/2009.

La risposta della Regione - supportata dalle relazioni della Zona territoriale 5 di Jesi e della Casa di cura - appare incapace di rispondere alle due questioni poste dalla interrogazione: effettiva riconversione e criteri sulla base dei quali soggetti *psichiatrici* (di competenza del Ssn) diventano per via amministrativa *geriatrici* con trasferimento di competenze al settore sociale attraverso un servizio sociosanitario (retta a carico degli utenti per il 50% del costo).

A seguito della risposta data si pongono le seguenti considerazioni e domande:

- non è chiaro, a riconversione ultimata, con quale regole avverrà il passaggio dei 30/32 "lungodegenti", nelle RP (indicata nella dgr 1578/2009, ma non sufficientemente chiara). Per questi in automatico scatterà il pagamento della quota sociale al 50% oppure saranno le Zone di appartenenza a definire - a seguito di valutazione - se questi rimarranno pazienti psichiatrici (retta intera a loro carico) o geriatrici (retta compartecipata al 50% tra Zona e utente/comune)? La relazione della Zona 5 sembra ipotizzare che per ogni utente vi sarà negoziazione circa la quota a carico che potrebbe essere, nel caso dei geriatrici, anche diversa da ripartizione al 50%.

- I Comuni che, presumibilmente, si troveranno a dover assumere oneri per malati che fino a ieri erano di esclusiva competenza sanitaria, ritengono di dover subire passivamente questa situazione o ritengono che la questione non li riguardi?

- Nella relazione del Dsm della Zona 5, confermata anche da quella della Casa di cura, si specifica che per ogni nuovo accesso nel modulo RP, dovrà esserci nulla osta da parte dello stesso. Nessuna norma stabilisce - né potrebbe farlo a meno che non si tratti di strutture psichiatriche, come non è una RP demenze - che per accedere in queste strutture sia necessario il nulla osta del Dsm proprio perché non vengono accolti soggetti con patologia psichiatrica. O forse per il Dsm di Jesi, il cosiddetto "secondo settore" rimane pur sempre una residenzialità psichiatrica ora ridenominata Rp demenze? Quale sarebbe dunque il ruolo delle UVD nell'ammissione dei malati? Cambiano le regole stabilite dalla dgr 1578/2009?

- E' stata già fatta notare l'anomalia riguardante lo standard assistenziale che dimostra che i posti di questa struttura non possono considerarsi assimilabili a quelli di una Rp demenze; e infatti - a conferma di quanto scritto nelle relazioni - questi posti continueranno ad essere occupati da pazienti psichiatrici: inizialmente, in maggior parte dai cosiddetti "lungodegenti" e successivamente, con grande probabilità, da quelli che ricoverati negli altri moduli (Rst e Srr) della Casa di cura necessiteranno ancora di ricovero allo scadere dei tempi massimi di permanenza previsti (circa un anno).

Per tutte le altre questioni (diritti degli utenti, riconversione e deistituzionalizzazione) rimandiamo ai contenuti dell'allegato 1 insieme alle considerazioni esposte nella presentazione delle parti più significative ogni singola relazione (Regione, Zona 5, Casa di Cura). Pare evidente che situazioni di questo tipo possono cambiare nella sostanza (effettive riconversioni) solo se sostenute e alimentate da significative spinte dal basso. Non è questo il caso.

La riconversione nasce, infatti, dalla esclusiva necessità della Regione di riclassificare (riteniamo giustamente) immotivati posti ospedalieri in extraospedalieri. Non certo per promuovere percorsi di deistituzionalizzazione. Processi, che quando si avviano, tendono a

ledere interessi forti e consolidati. Devono dunque essere supportati da grande motivazione che chi amministra la cosa pubblica non sembra possedere in maniera adeguata. Motivazioni che non paiono abbondare nei servizi di psichiatria, anche quelli che vorrebbero porsi come avanguardia. O forse si ritiene che di questi "residui" non sia poi così importante occuparsi e magari preoccuparsi. Ed anzi che questi indifferenziati contenitori in definitiva siano utili.

Ciò che infine, deve far riflettere è l'assenza di un associazionismo di "categoria" determinato a battersi per questi temi. Il silenzio - o peggio le giustificazioni - di tutti i soggetti che a vario titolo si occupano di questi temi (associazioni di familiari in testa) è emblematico della stagione che viviamo.

In ogni caso non è un buon motivo per non continuare ad impegnarsi per ciò che si ritiene giusto.

18 ottobre 2010

Al Presidente del Consiglio Regionale
S e d e

DGR 1578-2009. Riconversione casa di cura Villa Jolanda.

INTERROGAZIONE

Il sottoscritto consigliere regionale,

Premesso che

- con dgr 730-2009 la Regione ha definito un percorso di riconversione della Casa di cura neuropsichiatrica "Villa Jolanda" che prevedeva la riclassificazione di alcuni posti che venivano trasformati in residenza protetta per soggetti con forme di demenza secondo le disposizioni della legge 20/2002
- Con dgr 1578-2009 è stato stilato un protocollo d'intesa con la stessa struttura nel quale si definisce la riorganizzazione della stessa prevedendo che o pazienti ex manicomiali e lungodegenti a tempo indeterminato verranno trasferiti nel modulo che trasformato in residenza protetta

considerato che

- la residenza protetta (legge 20/2002) è destinata a soggetti con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali, che in queste strutture la tariffa fissata dalla regione è di 80 euro al giorno suddivisa al 50% tra servizio sanitario e utente e/o Comune di residenza
- non appare assolutamente assimilabile la condizione dei pazienti ex manicomiali e lungodegenti a tempo indeterminato con quella di soggetti anziani con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali tanto che lo standard assistenziale previsto nella delibera è nettamente diverso da quello di una RP demenze

ritenuto che

- tale decisione lede i diritti dei malati psichiatrici alle cure sanitarie trasformando gli stessi con un atto amministrativo in dementi (si veda la nota in proposito del Comitato associazioni tutela del 19 ottobre 2009)
- tale scelta produrrà importanti ricadute sui malati e loro familiari che si vedranno assoggettare oneri mensili di circa 1200 euro
- tale processo di riconversione non muta nella sostanza il modello istituzionale della struttura non prevedendo alcun processo di effettiva riconversione e deistituzionalizzazione

interroga il Presidente della Giunta Regionale

- per sapere sulla base di quale criterio malati ex manicomiali e lungodegenti possano essere classificati come dementi senza rilevanti disturbi comportamentali
- per chiedere se non ritenga opportuno rivedere gli atti sopra citati nella logica di effettivi percorsi di riconversione e deistituzionalizzazione.



**REGIONE
MARCHE**

GIUNTA REGIONALE

*Assessorato Tutela della Salute,
Veterinaria, Volontariato, Acque
minerali termali e di sorgente*

L'Assessore

60125 ANCONA
Via Gentile da Fabriano, 3
Tel. 071.8064124-4311
Fax 071.8064131
almerino.mezzolani@regione.mar
che.it

Prot. n. 327/10/Am/504/NS

Ancona, 8.5.10

**Al Sig. Presidente
Della Giunta Regionale
SEDE**

OGGETTO: Interrogazione n. 37/2010, a risposta scritta, del Consigliere Massimo Binci
su: "DGR 1578-2009 - Riconversione casa di cura Villa Jolanda"

In riferimento alla interrogazione in oggetto indicata, riguardante la riconversione della casa di cura Villa Jolanda di Maiolati Spontini, si forniscono qui di seguito i necessari elementi di conoscenza per la risposta.

L'interrogante, tra l'altro, chiede di conoscere:

1. I criteri in base ai quali classificare come dementi i malati ex manicomiali e lungodegenti senza rilevanti disturbi comportamentali.
2. Il parere in merito all'opportunità di rivedere gli atti di riconversione della struttura "...nella logica di effettivi percorsi di riconversione e de-istituzionalizzazione".

Rispetto alla problematica generale sollevata dall'interrogante e cioè all'opportunità di rivedere i provvedimenti di riconversione "... nella logica di effettivi percorsi di riconversione e de-istituzionalizzazione, si ritiene innanzitutto di dover evidenziare, sulla base anche delle informazioni fornite dalla Zona Territoriale di Jesi e dalla direzione sanitaria della stessa Casa di Cura, come l'accordo raggiunto e formalizzato con la D.G.R. n. 1578/09 abbia definito

il ruolo futuro di "Villa Jolanda", dopo un necessario intervento di riattamento, da struttura con funzioni ospedaliere, sarà trasformata in residenza sanitaria e sociale, con moduli assistenziali inseribili nella complessa rete delle varie tipologie di strutture residenziali, previste dalla vigente programmazione regionale.

Infatti, l'accordo sottoscritto tiene conto del fabbisogno di strutture sociali e sanitarie del territorio di riferimento e, coerentemente, prevede che una parte dello stabile sia riservata a residenze sanitarie per persone con disturbi psichiatrici, ed una seconda parte a residenza protetta, da autorizzare sulla base della normativa di cui alla legge regionale n.20/2002, che concerne le autorizzazione per le strutture sociali.

In merito al primo punto posto dall'interrogante, e cioè ai criteri in base ai quali classificare come dementi i malati ex manicomiali e i lungodegenti senza rilevanti disturbi comportamentali, anche in base alle informazioni acquisite, si rileva innanzitutto come gli operatori e gli esperti mettano in risalto che la demenza, definizione generica in cui rientrano diverse malattie, colpisca molti anziani e tra questi anche persone con disagio mentale. Si stima che circa il 5% della popolazione oltre i 65 anni, e addirittura il 30% degli over 85, è affetto dalle varie tipologie di demenza.

Rispetto a questa situazione si ritiene quindi doveroso assicurare anche a siffatta tipologia di utenti la possibilità di usufruire d'idonee e differenti risposte assistenziali che, in alcuni casi, possono comportare il ricovero in strutture residenziali protette, autorizzate e accreditate secondo la vigente normativa regionale, come nel caso del "nucleo demenze" di "Villa Jolanda".

Si riconosce comunque che la definizione "nucleo demenze", utilizzata nell'accordo con "Villa Jolanda", per gli ospiti del terzo modulo (Residenza Protetta), dove si prevede di inserire molti ospiti provenienti dagli ex Ospedali psichiatrici, appare riduttiva e imprecisa. Le competenti strutture sanitarie ed amministrative dell'ASUR saranno pertanto impegnate a usare le opportune cautele per conseguire la corretta gestione degli accessi, mirando ad

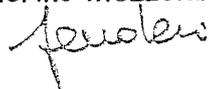
evitare ricoveri inappropriati; tutto ciò, avuto anche riguardo sia alla specificità della struttura, sia alle peculiarità cliniche delle persone inviate per l'assistenza.

E' appena il caso di ricordare comunque che gli invii alle residenze protette, compresi quelli da inserire nel "nucleo demenze" di Villa Jolanda, sono di competenza delle unità valutative multidimensionali (UVD) delle singole Zone territoriali, strutture deputate ad affrontare, non specifiche patologie come quelle psichiatriche ma problematiche più complesse, sociali e sanitarie. Si ritiene pertanto di poter confidare nel corretto apporto di tutte le UVD delle Marche nel processo di valutazione dei bisogni, di definizione dei percorsi assistenziali e degli invii alle strutture reputate idonee, in rapporto alla tipologia dei bisogni degli utenti.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE ALLA SALUTE

(Almerino Mezzolani)



Allegati:

Note di riscontro della Z. T. n. 5 di Jesi e della Casa di Cura "Villa Jolanda".





DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
Centro Salute Mentale
Corso Matteotti n°87
60035 Jesi (AN)

Jesi, 14/07/2010

ID: 171102|14/07/2010|DSM

Direttore Generale ZT5
Ing. Bevilacqua

Direttore Gov. Clinico
Dr. Claudio Martini

Oggetto: Risposta alla interrogazione n°37/2010 del Consigliere Massimo Binci su
"DGR 1578-2009 - Riconversione casa di cura Villa Jolanda"

La valutazione del PUNTO 1 dell'interrogazione rimane di esclusiva competenza specialistica Psichiatrica/Neurologica.

Nella parte residenziale della Casa di Cura Villa Jolanda (attuale fascia A) sono stati sempre ricoverati soggetti (ex Manicomiali), che non potevano trovare adeguata sistemazione in altre strutture (Case di Riposo, Comunità terapeutiche...).

Sottolineato che la maggior parte di tali degenti non eseguono ricoveri e non richiedono interventi/consulenze urgenti specialistiche dal nostro servizio da moltissimi anni, condizione questa che li compara alle degenze di tipo geriatrico con assistenza di base, inquadrabile nella tipologia di utenza non psichiatrica.

La riorganizzazione dei posti letto della Clinica Villa Jolanda come da DGR 1578 del 05/10/2009 prevede limitatamente al modulo "SECONDO SETTORE 40 posti letto destinabili a Residenza Protetta/ nucleo demenze" (riconducibile alla attuale fascia A) una autorizzazione in base alla L.R. 20/2002. Ciò ci permette di equiparare il modulo suddetto a qualunque altra struttura residenziale con caratteristiche di tipo sociale, tale per cui il costo della retta è suddivisa in quota sanitaria (a carico del SSN) e in quota alberghiera a carico dell'Ospite. Le due quote saranno negoziate tra le Zone Territoriali di provenienza degli ospiti e la Casa di Cura tramite opportuna convenzione. Gli invii fatti dai vari Servizi Sanitari devono avere il nulla osta del Direttore del DSM di codesto dipartimento.



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
Centro Salute Mentale
Corso Matteotti n°87
60035 Jesi (AN)

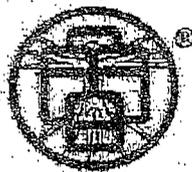
Quanto suddeto è già prassi consolidata nella nostra Zt5 con due strutture autorizzate con la stessa legge "SOTERIA" zona Tabano dal 1993 e "VILLA RICCF" di Pianello dal 2009, specifiche per soggetti che necessitano di interventi di tipo residenziale/riabilitativo.

ASL MARCHE
 DIREZIONE
 CORSO MATTEOTTI 87
 60035 JESI (AN)
 CONSIGLIERE REGIONALE
 SALUTE MENTALE
 S. MAURO

REGIONE MARCHE
 AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
 ZONA TERRITORIALE N. 5 - JESI
 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
 (Dr. Alessandra Adami)

Francesco Di...
 DIREZIONE SOCIALE
 CORSO MATTEOTTI 87

REGIONE MARCHE
 AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE
 ZONA TERRITORIALE N. 5 - JESI
 DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
 CORSO MATTEOTTI 87
 60035 JESI (AN)
 AMBULATORIO Tel. 0731.534881



REGIONE MARCHE SERVIZIO SALUTE
13 LUG 2010
ARRIVO

VILLA JOLANDA s.r.l.
Casa di Cura Villa Jolanda

Scalzi

REGIONE MARCHE SERVIZIO SALUTE
14 LUG 2010
ARRIVO Prot. <i>659629</i> / 504 / NS /

Malolati Spontini, 12 Luglio 2010

ALLA REGIONE MARCHE – GIUNTA REGIONALE
Servizio Salute
Fax 071 8064120
A N C O N A

AL SIG. DIRETTORE ASUR – ZT N. 5 JESI
J E S I

OGGETTO: Interrogazione n. 37/2010, a risposta scritta, del Consigliere Massimo Binci su “DGR 1578/2009m- Riconversione Casa di Cura “Villa Jolanda”.

Preso atto della interrogazione di cui all'oggetto, trasmessa a questa Direzione dal Servizio Salute della Regione Marche con nota n. 428728/504/ES/NS del 1° Luglio 2010, per quanto di competenza si osserva e precisa quanto segue.

L'accordo di riconversione di questa Casa di Cura, di tipo ospedaliero, definito con DGRM n. 1578/09, è da ricondurre innanzitutto alla scelta della Regione Marche di riservare, nel campo della Psichiatria, l'attività ospedaliera ai soli SPDO delle rete pubblica, così come disposto dal Progetto Obiettivo Salute Mentale, D.A. n. 132 del 06/07/2004.

Questa Casa di Cura ha accettato “obtorso collo” tale decisione in quanto, per la sopravvivenza della struttura, non esistevano, così come non sembrano sussistere altre alternative e la cui necessità, nell'ambito della Regione Marche, è ampiamente dimostrata dal costante afflusso di pazienti, in numero costantemente superiore alla disponibilità dei n. 72 posti-letto provvisoriamente accreditati.

Un primo accordo di massima, al riguardo, era stato raggiunto con il Servizio Salute della Giunta Regionale ed i Dirigenti del D.S.M. interessati già nel dicembre 2004. Ma il successivo scioglimento degli Organi Regionali, per fine legislatura, aveva bloccato ogni iniziativa al riguardo fino al 17 Dicembre 2008, allorquando il discorso della riconversione è stato ripreso, soprattutto in considerazione del fatto che, entro il 31/12/09 successivo, tutte le pratiche di accreditamento, ai sensi della L.R. n. 10/2000 avrebbero dovuto essere concluse. Tale termine è stato poi prorogato dal legislatore nazionale al 31/12/2010.

L'accordo raggiunto e definitivamente formalizzato con la D.G.R.M. n. 1578/09 ha finalmente definito il ruolo futuro di questa Casa di Cura e consentito di dare seguito ai lavori di ampliamento e ristrutturazione, per l'autorizzazione ed il definitivo accreditamento dai n. 40 posti-letto post-acuti, ai sensi della L.R. n. 20/2000 e per l'autorizzazione dei n. 40 posti-letto, ai sensi della L.R. 20/2002. E' stato così possibile, iniziare, nel novembre scorso, tutto il complesso dei lavori di ampliamento e ristrutturazione della Casa di Cura, che si confida di ultimare entro il corrente anno. L'ammontare economico dell'intero intervento è stato ottimisticamente valutato intorno ai 3.500.000,00 Euro di spesa!

Il Primo Settore, per un totale di 40 pl, sarà riservato alla post-acuzie psichiatrica, con due distinti Moduli da 20 pl, di cui il primo di SRT ed il secondo di SRR. Sostanzialmente questa attività sarà la stessa attualmente svolta con i n. 42 pl provvisoriamente accreditati, a retta di lungodegenza, con Codice di Struttura 110039 e Codice 60.

Il Secondo Settore, di n. 40 pl, sarà destinato a Residenza Protetta, nucleo demenze, ricomprendente in primo luogo anche l'ex residuo manicomiale e situazioni a tempo indeterminato, assimilabili, con retta di lungodegenza inferiore a quella del Primo Settore. Con riferimento alla situazione attuale, riferita a n. 30 pl provvisoriamente accreditati e riservati all'ex residuo manicomiale ed assimilati, con Codice di Struttura 105301, è da tenere presente che le richieste di ricovero sono notevolmente superiori ai pl disponibili, considerato anche il lentissimo turn over. Inoltre i pazienti ricoverati, anche se stabilizzati e quindi con degenza a tempo indeterminato, sono tutti di una gravità tale da non poter essere ospitati né in case di riposo o strutture residenziali analoghe, tanto che il livello assistenziale è identico a quello dei post acuti. Normalmente vengono ricoverati in questo Settore tutti quei Pazienti di natura psichiatrica che non possono trovare una diversa sistemazione altrove.

—Ovviamente la valutazione circa l'ammissibilità di tali Pazienti è di stretta competenza dei D.S.M. di provenienza, ai quali finora ha sempre fatto carico l'intera retta di degenza, così come sarà di loro competenza, in futuro, la valutazione della distinzione tra dementi e pazienti psichiatrici e quindi la determinazione dell'eventuale quota di spesa sociale a carico degli stessi.

Le rette di degenza ed i livelli assistenziali in vigore sono quelli consolidati da tempo, in attesa della ricontrattazione degli stessi allorché, completati i lavori di ampliamento e ristrutturazione si entrerà a regime, secondo l'accordo di riconversione sopraccitato.

Il Terzo Settore, per un totale di n. 8 pl, è a disposizione, per attività da definire,

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr.ssa Mara Di Rosa)

Sede Legale: Via Alessandro Trotter 3 00156 Roma
Codice Fiscale 02654470598 • Partita IVA 01095511009
Sede Operativa: 60030 Maiolati Spontini, Ancona
☎ 0731780885 • 📠 0731780885
e-mail: Villajolanda@sogeho.it

Allegato 1

Le residenze protette per anziani con forme di demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?

Il contenuto della recente delibera di riconversione¹ della Casa di cura neuropsichiatrica *Villa Jolanda* di Scisciano di Maiolati Spontini impone una riflessione sulla funzione delle residenze protette rivolte ad anziani con forme di demenza. Dopo il cosiddetto *nucleo demenze* presso la Casa di Riposo di Jesi la delibera citata prevede all'interno della Casa di cura la realizzazione di posti di residenza protetta. In entrambi i casi si tratta di soggetti con patologia psichiatrica che vengono inglobati all'interno del contenitore residenza protetta. Diventa pertanto indispensabile capire, sulla base della normativa regionale, a chi sono destinate le residenze protette.

Le residenze protette

La Residenza protetta (RP) è "una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse"(L.R. 20/2002). I Regolamenti regionali 1/2004 e 3/2006 stabiliscono che "L'utenza anziana non autosufficiente a cui è destinata la Residenza Protetta può essere suddivisa in due tipologie: a) Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisognosi di assistenza residenziale e sanitaria (anziani colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo non guaribili o da eventi morbosi che richiedono attività terapeutica ed assistenziale continua ed interventi riabilitativi allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero); b) anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante". L'assistenza da garantire è pari a: 100 minuti al giorno (80 di Oss e 20 di infermiere) per i ricoverati di cui al punto A.; 120 minuti al giorno (100 di Oss e 20 di infermiere) per i ricoverati di cui al punto B.

Il nucleo demenze presso la Casa di riposo di Jesi

Precedentemente all'avvio del percorso previsto dalla legge 20/2002 presso la casa di Riposo di Jesi erano attivi, attraverso apposita convenzione Comune-Asl 5 (ora Zona 5), 50 posti di NAR (nucleo assistenza residenziale) autorizzato con la legge 20/2000 - poi trasformatosi in residenza protetta - e una convenzione per 12 posti rivolta a soggetti con patologia psichiatrica. Le persone venivano inserite nella casa di riposo su proposta del Dsm. Il riferimento normativo è la tuttora vigente dgr 2569/1997, "Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali". A seguito dell'avvio del percorso autorizzativo della legge 20/2002, l'emanazione dei Regolamenti attuativi (1/2004 e 3/2006) e l'avvio della cosiddetta riqualificazione dell'assistenza residenziale², i 12 posti si sono trasformati in nucleo demenze³.

¹ Attuazione della DGR n. 76/200. Riconversione dei posti letto della Casa di cura privata Villa Jolanda di Maiolati Spontini - An, www.grusol.it/informazioni/11-05-09.PDF

² Cfr., F. Ragaini, *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009; Vedi anche, *Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta (RP) e residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani nelle Marche*, in www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF.

³ Sulla questione ci sono state due interrogazioni. Una al Consiglio comunale di Jesi, l'altra in Consiglio regionale. Anche il difensore civico regionale ha richiesto chiarimenti al Comune di Jesi che gestisce attraverso il "Centro servizi sociali", la Casa di riposo. Per un approfondimento: *Sul nucleo demenze presso la Casa di Riposo di Jesi*

Cosa ha prodotto questa trasformazione? Per gli utenti non ci sono stati cambiamenti rispetto al servizio. Tale era l'assistenza ricevuta tale è rimasta. E' cambiata soltanto la loro collocazione. Ora sono diventati, ospiti di un "nucleo demenze"; non sono più inseriti nella struttura secondo le disposizioni della dgr 2569/1997 (che prevedeva che la retta fosse assunta al 70% dalla Asl e per il 30 dall'utente); la tariffa è stimabile in 75-80 euro giornalieri (che dovrebbe giustificare 120 minuti di assistenza); 50% della quale a loro carico (37 euro dal 1° gennaio 2009). Sono diventati in un giorno "soggetti con deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali" e la retta a loro carico si è sostanzialmente triplicata passando da circa 370 euro al mese a circa 1.100⁴.

La domanda che si pone in questa situazione così come per i posti riconvertiti presso la Casa di cura Villa Jolanda è la seguente: Perché soggetti con patologia psichiatrica si trasformano, in pochi istanti, in anziani con deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali? Perché e come da un giorno all'altro si modifica il loro status? Non rischia una psichiatria disattenta *agli effetti* delle rivalutazioni di combattere lo stigma riducendo o violando i diritti? Oppure siamo di fronte al palese tentativo - coperto sempre della lotta contro lo stigma - di ridurre i propri oneri con il passaggio *dallo psichiatrico al geriatrico*? L'enfasi sul sociale quando si trasforma in una assegnazione di competenze al settore sociale non rischia di trasformarsi in abbandoni terapeutici?⁵

La riconversione della Casa di cura Villa Jolanda

Come dicevamo anche nella delibera di riconversione della casa di Cura Villa Jolanda vengono inseriti posti di residenza protetta ai sensi della legge 20/2002. I contenuti dell'atto di riconversione, in realtà, richiederebbero una approfondita riflessione⁶. Si tratta di ragionare sul significato della riorganizzazione. Se vengono messi in atto processi che effettivamente *convertono* la struttura e pongono le condizioni per destrutturare il modello istituzionale. Ricordiamo che la Casa di cura è autorizzata per 88 posti e convenzionata per 72. I posti precedenti alla trasformazione sono così distribuiti: 30 al residuo manicomiale; 20 per trattamenti riabilitativi residenziali; 22 per trattamenti di tipo neuropsichiatrico. Con la riconversione si prevede la realizzazione di 3 tipologie di strutture⁷: a) un modulo di 20 posti

www.grusol.it/vocesociale/23-07-08.PDF; *Nucleo demenze presso Casa di Riposo di Jesi. Sui contenuti della risposta alla interrogazione consiliare*, www.grusol.it/vocesociale/25-11-08.PDF

⁴ Nella lettera del Gruppo Solidarietà del 18 maggio 2008, mai riscontrata, si chiedevano i seguenti chiarimenti: - su quali basi scientifiche soggetti con disturbi psichici inseriti, secondo le indicazioni della DGR 2569-97, non lo sono più? - dimostrare la presenza, nella casa di riposo di Jesi, di un nucleo per anziani con forme di demenza, come da normativa regionale; - dimostrare che al sostanziale raddoppio della retta complessiva (con l'aumento di circa il 150% di quella dell'utente), si sia raddoppiata l'assistenza ai beneficiari. Escludere, conseguentemente in maniera inequivocabile che l'aumento della retta, e dunque dell'assistenza, per i neo pazienti del nucleo demenze, non sia stata utilizzata da altri ricoverati. Senza questi chiarimenti, da subito, si deve: - restituire agli utenti la differenza tra la quota precedente e quella versata dall'1.1.2006; - riutilizzare per il loro inserimento in Casa di riposo la DGR 2569/97; - rendere visibile, all'interno della Casa di Riposo, il nucleo demenze come da normativa vigente.

⁵ In questo caso cosa poteva ostacolare il mantenimento - ovvero non triplicare la retta a carico dell'utente - di quelle stesse persone alle precedenti condizioni? Nulla. Di seguito riportiamo la nota tecnica, del 6 novembre 2008, del direttore della Zona 5 a supporto della risposta all'interrogazione consiliare "La rivalutazione dei casi è stata effettuata congiuntamente dagli operatori della Unità di valutazione integrata e dagli operatori della psichiatria con l'intento di non stravolgere le situazioni operando trasferimenti forzosi a setting più adeguati ma collocati altrove. Quindi l'obiettivo del gruppo multiprofessionale di valutazione è stato quello di non espellere dalla struttura ma di garantire standard assistenziali di massimo livello. Alcuni pazienti infatti rappresentano un esempio tipico di situazioni che vedono una commistione tra substrato psicoorganico e cronica sindrome istituzionale con aggiunta di aspetti psichiatrici. Questo quadro non permette strategie efficaci di riabilitazione psichiatrica ma coerenti percorsi di animazione geriatrica e un atteggiamento conservativo delle abitudini tendente a evitare scompensi acuti fatalmente precipitanti la residualità cognitiva". La questione mai chiarita è cosa è cambiato nella vita di queste persone, in termini di servizio, dopo questo passaggio.

⁶ Alcune indicazioni sono contenute nella nota inviata alla regione Marche il 20 maggio 2009 e 19 ottobre dal Comitato Associazioni tutela (CAT), www.grusol.it/vocesociale/20-05-09.PDF che riportiamo nella scheda allegata.

⁷ Più di un qualche allarme dovrebbe produrlo la mancata definizione da parte della Regione degli standard assistenziali riguardo le RST e SRR. Entrambe sono previste - le RST introdotte per la prima volta - dal Progetto obiettivo salute mentale 2004-06 (deliberazione 132/2004) www.grusol.it/informazioni/inf13-08-04.PDF. E' evidente

letto di Strutture residenziali terapeutiche (SRT); b) un modulo di 20 posti di residenza sanitaria riabilitativa (SRR) diviso in due nuclei da 10 di cui uno destinato a malati che necessitano di "alta sorveglianza/osservazione"; c) un modulo di 40 posti letto di cui 32 accreditabili destinata a residenza protetta demenze. L'accesso alle prime 2 di tipologie di strutture viene disposto dal DSM o dal SERT; l'accesso alla residenza protetta avviene attraverso valutazione della Unità di valutazione distrettuale (ora definita "integrata"). In realtà attualmente i 30 posti del residuo manicomiale sono occupati per la gran parte da "psicotici anziani" (così come indicato nell'accordo del 2 aprile 2004, citato nella delibera di riconversione).

Come è stato fatto notare dalla lettera del Comitato Associazioni Tutela (vedi nota 3), le residenze protette della legge 20/2002 non si possono confondere o assimilare con le Comunità protette della normativa regionale riguardante la salute mentale⁸. Esse seguono un percorso autorizzativo rinviabile alla legge 20/2000, seppur non definito dalla Regione. Non si riesce pertanto a capire per quale motivo nella riconversione della Casa di Cura si introducono le residenze protette della legge 20/2002 che nulla hanno in comune con gli utenti cui fa riferimento la struttura. Si ricorda inoltre che i cosiddetti nuclei demenze della legge 20/2002 non dovrebbero accogliere soggetti con malattia di Alzheimer (per questo si parla di soggetti senza rilevanti disturbi comportamentali) i cui nuclei sono previsti all'interno delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) regolamentate dalla legge 20/2000 sulle autorizzazioni sanitarie⁹. Infine, non meno importante, è da ricordare che nelle residenze protette l'utente è chiamato a partecipare per il 50% della spesa e dunque agli ex manicomiali e agli "psicotici anziani", ora con spese a carico competo del fondo sanitario, si verrebbe ad assoggettare una retta giornaliera pari a circa 40 euro al giorno.

Le domande

Come abbiamo già detto questo contributo intende affrontare il tema dell'utenza delle residenze protette per demenza alla luce delle due situazioni sopra descritte nelle quali la realizzazione dei posti ha riguardato soggetti con patologia psichiatrica. Considerato che l'attivazione delle residenze protette - sia quelle per anziani non autosufficienti che con forme di demenza - è sostanzialmente in fase di avvio (su circa 4500 anziani non autosufficienti ospiti delle strutture non più del 10% possiede quelli standard assistenziali) è indispensabile che non si faccia confusione rispetto alla tipologia di utenza cui sono destinate. La collocazione in queste residenze di soggetti con patologia psichiatrica, ancorché avallato dalle Unità di valutazione distrettuale, non può far loro perdere i diritti cui sono titolari.

Qui come si è più volte ripetuto non si è affrontato né il tema della lotta alla istituzionalizzazione e con esso quello della funzione delle Case di cura psichiatriche - come quella oggetto della riconversione - né il tema dell'assistenza residenziale psichiatrica nella nostra regione. Temi entrambi che richiederebbero un grande impegno di approfondimento, riflessione e confronto.

che la mancata definizione degli standard se è sempre da condannare perché non assicura garanzie agli utenti, diventa pericolosissima quando la gestione delle strutture è affidata a società private di solito particolarmente accorte ai profitti.

⁸ Sullo specifico delle strutture psichiatriche si rimanda all'analisi dei dati regionali in merito alle strutture ospedaliere ed extraospedaliere che ricomprendono anche quelle riguardanti la salute mentale. Cfr. *Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, in www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF

⁹ Come per le Rsa anziani anche per i nuclei Alzheimer la Regione non ha mai definito né standard assistenziale, né, conseguentemente, tariffa.

Allegato

Sul protocollo tra Regione Marche e casa di Cura Privata Villa Jolanda¹⁰

Ancona, 19 ottobre 2009

- Al presidente della regione Marche
- All'assessore alla salute
- E p.c. - All'assessore ai servizi sociali
- Al presidente V Commissione Consiliare
- Ombudsman regionale
- Presidente Conferenza dei Sindaci Ambito 9
- Direttore Zona territoriale 5

Oggetto: Riconversione Casa di Cura Villa Jolanda. Protocollo d'intesa. DGR 1578/2009

A seguito della delibera 730-2009 riguardante la riconversione della casa di Cura Villa Jolanda eravamo intervenuti con una lettera, che riallegiamo, nella quale mettevamo in evidenza gli errori, a nostro avviso, della delibera ed i rischi per gli utenti nella riclassificazione di parte dei malati ricoverati (ex residuo manicomiale e lungodegenti a tempo indeterminato). Parte della struttura veniva infatti riclassificata in residenza protetta per soggetti con forme di demenza ai sensi della legge 20/2002 i cui requisiti sono stati normati dai Regolamenti 1-2004 e 3-2006. Chiedevamo nella lettera perché non si prevedeva una trasformazione nelle Comunità protette previste dalla Del. 132/20004 e con quali regole avrebbe funzionato il cosiddetto "secondo settore" destinato a trasformarsi in residenza protetta per 32 posti (autorizzati 40). Nella lettera evidenziavamo inoltre come le residenze protette per "soggetti con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali", non potevano essere la risposta adeguata ai bisogni di soggetti con problematiche psichiatriche; problematiche peraltro amplificate da ricoveri ultra decennali in strutture totali. Inoltre evidenziavamo come la RP prevede una compartecipazione a carico dell'utente pari al 50% del costo retta e dunque a carico della stesso una retta giornaliera di 40 euro.

Come purtroppo spesso accade nessuna risposta è stata fornita dall'amministrazione regionale, se non attraverso la nuova Dgr nella quale trovano conferma le nostre preoccupazioni. Si stabilisce infatti che "I pazienti di fascia A (ex residuo manicomiale e lungodegenti a tempo indeterminato) verranno tutti trasferiti nel secondo settore (per il totale dei 32 posti da accreditare definitivamente). Per l'eventuale inserimento di ulteriori anziani non dovrà essere stipulato un ulteriore accordo (..) Per il secondo settore (Mod. C) l'accesso avviene dopo la valutazione della Unità valutativa integrata di residenza del paziente. Per l'ammissione nella struttura, il Servizio pubblico proponente emetterà impegnativa di ricovero per la quota di spesa di propria competenza ed al tempo stesso dovrà fornire alla struttura ogni idonea garanzia circa la solvibilità del paziente e/o dei suoi aventi causa, per la quota di compartecipazione ad esso riservata. Tale nuova regola, dopo la riorganizzazione, dovrà valere anche per tutti gli ospiti già presenti prima di tale data in quanto solvibili e nella intesa che, in caso contrario e fino al completo esaurimento, per questi ultimi l'impegno dell'ASUR, ZT di competenza resta confermato per l'intero importo della retta" .

Dunque a seguito della riconversione, l'Accordo in oggetto conferma che tutti gli "ex manicomiali e i lungodegenti a tempo indeterminato" sono diventati soggetti con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali" che come tali dovranno assumere il 50% del costo della retta (segnaliamo anche, che il pari accordo con la Casa di cura "San Giuseppe", dgr 1575-09, prevede la realizzazione di Comunità protetta ai sensi della Del. 132/2004 e non RP). Le questioni, come abbiamo già indicato nella nostra lettera del 20 maggio 2009, sono di

¹⁰ Le lettere che riportiamo sono state inviate dal Comitato Associazioni Tutela (CAT) cui aderiscono le seguenti associazioni: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Free Woman, Ass. Libera Mente, Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche.*

diversi livelli e riguardano aspetti che assumono una valenza più generale che vanno oltre la situazione specifica di Villa Jolanda.

a) Per via amministrativa soggetti con patologia psichiatrica diventano *anziani con demenza senza rilevanti disturbi comportamentali*; dopo essere stati per una vita collocati in Istituti totali, la loro condizione di salute è talmente migliorata che tutti hanno mutato il quadro diagnostico e forse anche clinico. In base a questo accordo sempre più ci saranno soggetti con patologia psichiatrica a termine; trascorso un periodo diventeranno nel migliore dei casi dementi. Il passaggio in residenza protetta significherà un'assunzione di oneri pari a circa 1200 euro al mese; per le molte persone con redditi derivanti da pensione e indennità di accompagnamento qualcun altro dovrà versare circa 450 euro mese. E' la stessa identica situazione creatasi presso la Casa di Riposo di Jesi dove i 12 malati psichiatrici, anch'essi per via amministrativa, sono diventati dementi. Per il futuro non è difficile prevedere che in molte situazioni si realizzeranno passaggi automatici: SRT, SRR, RP, ovviamente attraverso la *valutazione* dell'UVD.

b) Bisognerebbe chiedersi invece cosa è stato fatto e si intende fare perché si attuino effettivi percorsi di deistituzionalizzazione, perché istituzioni totali non siano più presenti, perché non si abbiano più luoghi separati nei quali contenere le persone. Come abbiamo già detto siamo di fronte a riconversioni mascherate. Perché una nuova residenza protetta per anziani con forme di demenza dovrebbe realizzarsi all'interno di una casa di cura psichiatrica? Perché una famiglia dovrebbe accettare di dover ricoverare un proprio congiunto con demenza in una casa di cura psichiatrica (seppure con moduli saranno separati)?

c) Peraltro che non si sia di fronte ad una normale RP demenze lo dimostra la previsione di uno standard infermieristico quasi doppio rispetto a quello previsto per le RP (36 invece di 20); la presenza di 18 minuti di educatore al giorno (sostanzialmente una presenza diurna continuativa); una riduzione cospicua della figura dell'Oss (54 invece di 100). La RP si avvarrà inoltre - seppur senza indicazione di standard - di psicologo e di psichiatra (p. 13).

d) Segnaliamo, inoltre come per le residenze protette non si possa parlare di accreditamento in quanto esso è vigente solo per le strutture autorizzate ai sensi della legge 20/2000, non in quelle della 20/2002. Si dovrebbe dunque parlare più correttamente, come per tutte le altre di convenzionamento.

Dunque come abbiamo avuto modo di affermare riconversione non si coniuga in alcun modo con deistituzionalizzazione; per via amministrativa si ricollocano soggetti con patologia psichiatrica all'interno del contenitore delle residenze protette assimilando soggetti con patologia psichiatrica ad anziani con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali. Una ricollocazione di cui beneficiranno soprattutto le aziende sanitarie che vedranno così ridursi gli oneri di degenza del 50% per tutti i malati collocati nel cosiddetto secondo settore.

Ancona, **20 maggio 2009**

- Presidente della regione Marche
- Assessore alla salute
- E p.c. - Assessore ai servizi sociali
- Presidente V Commissione Consiliare
- Tavolo regionale salute mentale
- Ombudsman regionale
- Presidente Conferenza dei Sindaci Ambito 9
- Direttore Zona territoriale 5

Oggetto: **Riconversione Casa di Cura Villa Jolanda (DGR 730/2009)**

Abbiamo preso visione della delibera in oggetto che prevede la trasformazione dei posti della Casa di Cura da ospedalieri ad extraospedalieri. In questa nota non ci soffermeremo sul significato della riconversione e sui cambiamenti apportati. Il provvedimento, non sembra produrre cambiamenti significativi se non quelli riferiti, come detto, alla trasformazione della classificazione dei posti. Accorpate le RST con le SRR (per la quale il POSM parla di moduli

familiari e comunitari) per complessivi 40 posti significa voler continuare a percorrere le logiche istituzionali e garantire a quei modelli piena vivibilità. Si cambiano i nomi, si cambiano i moduli, non cambia la sostanza. La riconversione non si declina, purtroppo, con deistituzionalizzazione.

Auspichiamo pertanto vivamente che il *Tavolo regionale per la salute mentale*, proprio a partire dai contenuti di questi provvedimenti, si faccia parte attiva nello sviluppo di una approfondita riflessione al riguardo coinvolgendo anche la *Consulta regionale per la salute mentale*.

Intendiamo invece mettere l'attenzione su un altro aspetto, contenuto nella delibera, che riteniamo grave e inaccettabile. Ci riferiamo alla indicazione che 40 (32 accreditabili) dei posti riconvertiti verranno trasformati in residenza protetta (nucleo demenze) ai sensi della legge 20/2002. Come si evince dalla delibera i 40/32 posti sono quelli che l'accordo del 2 aprile 2004 destinava a pazienti "psicotici anziani ed ex ospedali psichiatrici" con degenza a tempo indeterminato. La residenza protetta della legge 20/2002 è destinata a "soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali"; occorre ricordare che questa tipologia di struttura non è mai citata all'interno del POSM delle Marche (del 132-2004), tanto meno nell'allegato 2 - citato erroneamente nella delibera in oggetto - che fa riferimento alle strutture di accoglienza abitativa connotate da bassa intensità assistenziale prevista dalla legge 20/2002 (comunità alloggio, comunità familiare, ecc...). Pertanto tale richiamo è del tutto strumentale ai fini dell'inserimento dei posti di RP nel progetto di riconversione.

Non si riesce a capire per quali motivi vengano inserite le Residenze protette della legge 20-2002 quando il Progetto obiettivo regionale e la precedente normativa prevedono la realizzazione delle Comunità protette nelle quali prioritariamente devono essere ricoverati proprio gli ospiti degli ex ospedali psichiatrici.

Le residenze protette, dovrete saperlo, non nascono come strutture che rispondono ai bisogni di soggetti con patologia psichiatrica, ma sono destinate a soggetti anziani con deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, in ciò distinguendosi dai nuclei Alzheimer previsti all'interno delle Residenze sanitarie assistenziali per anziani. Dopo il falso nucleo demenze all'interno della Casa di Riposo di Jesi (cfr., ns lettera del 25 novembre 2008), si ritorna a confondere servizi destinati a soggetti anziani con forme di demenza con quelli riguardanti soggetti con patologia psichiatrica. Si tratta di processi di istituzionalizzazione mascherata. Sono queste le soluzioni che consentono di "non costruire una aggregazione in area psichiatrica di grandi dimensioni di tipo neomanicomiale consentendo percorsi assistenziali differenziati ed integrati"? Occorre chiedersi, piuttosto, come destrutturare quei modelli, se gli stessi non trovino linfa da quelle dimensioni che portano con sé la logica manicomiale. La soluzione, per superare il modello neomanicomiale, è quella di destinare quei luoghi anche a soggetti che nulla hanno a che vedere con i problemi di cui strutture come quelle in oggetto si sono occupate?

Dunque si è in presenza di un duplice problema: a) di filosofia; b) normativo. Detto della impostazione, sul piano strettamente normativo non è in alcun modo sostenibile, per i motivi sopra richiamati, la realizzazione di residenze protette all'interno della struttura; in nessun modo, infatti si può richiamare a sostegno le indicazioni del Progetto obiettivo salute mentale. Deve inoltre essere chiarito con quali regole funzionerà il cosiddetto "secondo settore". Agli utenti verrà ora assoggettato il 50% (40 euro) della spesa come previsto dalle RP della legge 20/2002? Ci auguriamo che anche l'assessorato ai servizi sociali richieda gli opportuni chiarimenti alla Sanità considerate le competenze in merito alle strutture della legge 20/2002.

In più occasioni abbiamo fatto notare, senza purtroppo ricevere risposta, come si stiano utilizzando autorizzazioni sociali (vedi comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali) per servizi che riguardano utenti che dovrebbero afferire ai servizi normati dalla legge 20/2000. Con l'accordo in oggetto il percorso subisce un'inaccettabile rafforzamento.

Restiamo in attesa di riscontro
