

## **Dopo le delibere della regione Marche su standard, criteri tariffari, quote sanitarie e sociali**

In "Quaderni Marche 1/2014", <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=779>, abbiamo riportato l'analisi di decine di accordi tra ASUR Marche ed enti gestori (pubblici e privati), approvati prima dell'approvazione da parte della Regione delle delibere di luglio e agosto 2013 sui servizi socio-sanitari. Un lavoro che ha determinato la nascita della Campagna "Trasparenza e diritti", dopo l'appello del giugno 2012 promosso da 44 organizzazioni marchigiane, [Marche. Appello per regolamentare i servizi socio sanitari e applicare i Lea.](#)

In questo nuovo Quaderno, riportiamo alcuni approfondimenti (tutti già pubblicati nel sito del Gruppo Solidarietà, in "Osservatorio Marche" <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>), sui contenuti delle delibere.

I primi due fanno riferimento a documenti elaborati dalla Regione, i cui contenuti ricalcano quelli delle delibere; i successivi otto analizzano sia alcuni specifici servizi che il quadro generale (primi 4), insieme alle prese di posizioni e proposte della Campagna "Trasparenza e diritti", <http://leamarche.blogspot.it/> (ultimi 4). Per un confronto sui singoli servizi tra prima e dopo le delibere, rimandiamo alla scheda [Come cambiano i servizi socio-sanitari nelle Marche?](#). Come si può verificare dall'ultima scheda del 14 giugno 2014, la situazione rimane, a tutt'oggi, critica e fortemente ambigua. (**20 giugno 2014**)

---

### **Allegato. 1**

**7 maggio 2013**

### **Riflessioni sulla bozza di documento della regione Marche "Modello assistenziale integrato per la residenzialità e la semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria nei settori: anziani, disabili, salute mentale"**

La scheda propone di alcune considerazioni sulla bozza di documento della regione Marche. In particolare la lettura si concentrerà sulla filosofia e sul modello della proposta, oltre a prendere in esame altri aspetti riguardanti le singole aree di intervento (anziani, disabili, salute mentale). Pur trattandosi di una bozza infatti alcuni aspetti paiono sufficientemente delineati; inoltre il testo è stato allegato anche al documento della Regione "Piano di riconversione dei piccoli ospedali" (Vedi, [Marche. Alcune domande sul Piano di riconversione dei piccoli ospedali](#)), dello scorso marzo e dunque è da intendersi molto più di una prima ipotesi di lavoro. Il testo, in premessa ed in grassetto, specifica che:

***Il presente provvedimento norma il Sistema Residenziale e Semiresidenziale in termini di Percorsi, Standard Assistenziali, Fabbisogno e Tariffe.***

***Il sistema è coerente con gli indirizzi del documento approvato il 30.5 2007 dalla Commissione Nazionale per la definizione ed aggiornamento dei LEA istituita presso il Ministero della Salute.***

***Il provvedimento non ha di per sé impatto economico, salvo il progressivo adeguamento di alcuni livelli tariffari, la cui evoluzione sarà comunque vincolata alle risorse derivanti dal processo di riconversione di altri livelli assistenziali.***

precisando che "non ha di per sé impatto economico", ritenendo, evidentemente, che la definizione di fabbisogno, tariffe e ripartizione della spesa nei servizi socio-sanitari della nostra Regione non determini un aumento della spesa a carico del fondo sanitario regionale.

#### **Il modello flessibile**

Lo schema assistenziale delineato si basa sul "modello flessibile"; non sfuggirà la terminologia utilizzata, di tipo prettamente sanitario o meglio ospedaliero, ad esempio: "tipologie cliniche dei destinatari", "pazienti", "patologie omogenee". Il documento specifica:

Nel corso degli ultimi anni, anche su impulso delle indicazioni nazionali, le regioni stanno adeguando il sistema assistenziale residenziale e semiresidenziale con l'implementazione di strutture flessibili, in grado di erogare diversi livelli di intensità assistenziale per poter seguire il paziente nella sua *instabilità* e variabilità clinica in modo da calibrare l'assistenza in modo simmetrico ai bisogni contingenti del percorso assistenziale, evitando, peraltro, quanto più possibile spostamenti di struttura. Peraltro la necessaria ricerca di efficienza gestionale sta stimolando anche lo sviluppo di una flessibilità *orizzontale* che consenta alle strutture erogatrici di accogliere diverse tipologie cliniche di destinatari.

Risulta pertanto non rinviabile una azione regolatoria complessiva del sistema assistenziale residenziale della regione Marche per superare l'attuale modello di risposta ancorato alle tipologie organizzativo – gestionali di struttura modulando l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato sulla flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel **piano individualizzato di assistenza** la sua espressione operativa.

La riorganizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali le commissioni valutative ed i competenti servizi socio-sanitari dovranno riferirsi per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte.

Di conseguenza, tale percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali e semiresidenziali erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate, in fasce assistenziali ed in livelli che connotano l'intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampia ed articolata possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza, disabilità e salute mentale.

Una flessibilità "quali – quantitativa" che viene, successivamente, più ampiamente spiegata:

Come accennato in precedenza, l'implementazione di un modello flessibile finalizzato a rispondere in maniera dinamica alle esigenze assistenziali deve necessariamente superare l'attuale visione prevalentemente ancorata alla tipologia di struttura che eroga prevalentemente un unico livello di intensità assistenziale per una singola categoria di destinatari, per approdare ad un sistema gestionale in cui le strutture stesse siano in grado di fornire un'assistenza distribuita su più livelli di intensità e, possibilmente, per più categorie di destinatari, privilegiando pertanto un modello organizzativo in cui vengano esaltati i presupposti di flessibilità orizzontale e verticale.

Questa visione organizzativa ha la finalità di consentire al paziente assistito in una struttura e/o in un nucleo residenziale con un progetto di lungoassistenza, di poter ottenere nella medesima struttura in caso di deterioramento del quadro di inabilità, non tale di richiedere un intervento riabilitativo specifico, una prestazione assistenziale adeguata all'evoluzione del suo bisogno, senza necessariamente essere spostato altrove.

Di contro l'utente inserito in una struttura residenziale con un progetto di maggiore intensità, qualora la sua situazione si stabilizzi dopo un certo periodo di tempo su livelli che richiedono un'intensità terapeutica e/o assistenziale minore, potrà ottenere l'intervento appropriato nell'ambito della stessa struttura, con un progetto a minore intensità e/o complessità, definito secondo le sue specifiche necessità.

Dopo aver richiamato i diversi livelli assistenziali (intensivo, estensivo, lungoassistenza), il documento specifica che tali livelli assistenziali "sono erogati da unità organizzative denominate *nuclei*, di norma dimensionati in 20 posti letto", e successivamente si addentra nello specifico del "modello flessibile", definendone obiettivi e contenuti:

L'applicazione dei principi di flessibilità assistenziale esplicitati nel precedente punto 1.2.1 richiede un assetto organizzativo della struttura erogante che sia simmetricamente rispondente in termini di duttilità gestionale. E' pertanto necessario che le strutture vengano organizzate in unità erogatrici, dette *nuclei*, intese come aree distributive delle degenze, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, di norma dimensionati su 20 posti letto.

Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali in ragione dei differenti bisogni degli ospiti, dovrà prevedere la coesistenza di più nuclei che erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale di cui al precedente punto 1.2.1.

Ai fini del perseguimento di livelli minimi di efficienza gestionale, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, ogni struttura dovrà prevedere, di norma, dai 40 ai 60 posti letto e la coesistenza di almeno 2 livelli di intensità prestazionale.

In via eccezionale potranno prevedersi strutture con numero di posti letto superiori ai 60 posti letto, come nel caso di strutture ubicate in zone ad alta intensità abitativa ovvero derivanti da riconversioni di strutture sanitarie di ampie dimensioni.

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per patologie omogenee o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

Nelle strutture con capienza inferiore ai 60 p.l., il modello organizzativo fondato sulla flessibilità degli interventi in relazione ai bisogni dei pazienti può essere attuato con opportuna gradualità, procedendo anche in via sperimentale, attraverso forme di collaborazione che possono generare un esercizio coordinato delle funzioni, perseguendo livelli ottimali di efficacia, efficienza ed economicità nella gestione, nonché ottimizzando l'erogazione di prestazioni e di servizi di interesse comune.

E' pertanto auspicata la gestione associata tra quelle strutture che attualmente hanno una unica offerta di tipologia residenziale livello di nucleo. Tale gestione dovrebbe garantire la copertura di almeno due dei tre livelli di tipologia assistenziale (intensivo, estensivo e di mantenimento)

Viene successivamente spiegato l'obiettivo da raggiungere a regime:

Il presente assetto organizzativo-gestionale risponde all'obiettivo di condurre, a regime, le strutture residenziali socio-sanitarie per anziani verso un'articolazione degli interventi erogati, in forma singola o coordinata fra più presidi dello stesso territorio, su tutte le fasce d'intensità e complessità assistenziale per gli anziani non autosufficienti, disabili e soggetti affetti da patologia psichiatrica.

Le lunghe citazioni del documento, chiariscono gli obiettivi del modello flessibile: strutture da (moduli) 20 posti, accorpate con altri moduli che erogano differenti livelli di "intensità prestazionale", di norma, complessivamente, non inferiori a 40-60 (superiori in situazione di alta densità abitativa). Oltre alla diversa intensità assistenziale all'interno della stessa area (ad esempio anziani non autosufficienti), l'obiettivo è quello di avere strutture con nuclei che afferiscono anche ad altre aree (ad esempio, salute mentale e disabilità), così da avere una trasversalità di risposte. Una flessibilità che riguarda anche l'organizzazione del personale:

La funzionalità del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente presuppone, in particolare, l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati centralmente ed operanti, in maniera integrata.

così da ottimizzare "l'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali, e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti".

Il paragrafo sul **governo della domanda sociosanitaria** affronta esclusivamente le problematiche degli anziani e più in generale dei percorsi assistenziali nelle dimissioni protette con riferimento al ruolo delle Unità di valutazione integrata (già distrettuale). In più parti del documento viene chiesto all'ASUR di adottare lo strumento unico di valutazione; una richiesta

sbagliata, poiché compete alla Regione definire gli strumenti - come peraltro previsto dal decreto ministeriale 17.12.2008 - per la valutazione dei bisogni e dunque per l'appropriatezza dei percorsi. Si tratta di una funzione non delegabile ad un ente gestore quale l'ASUR, che ha il compito di attuare le determinazioni regionali.

Prima di passare alle indicazioni riguardanti i diversi settori (anziani, disabilità, salute mentale) il documento indica il **percorso applicativo**. Viene specificato che:

*La Regione con l'adozione del presente documento ha stabilito le regole generali del sistema a regime che costituiscono la base imprescindibile per attivare la transizione, e precisamente: gli standard assistenziali, le tariffe ed il fabbisogno. Collateralmente alla attività territoriale del periodo transitorio dovrà definire le altre due regolamentazioni generali necessarie per il sistema a regime, e cioè la definizione dei criteri di autorizzazione/accreditamento per il nuovo modello e i criteri di compartecipazione dei cittadini alla spesa sulla base delle disposizioni del DPCM 29 novembre 2001.*

Per quanto riguarda infine **il livello di programmazione degli interventi**, viene individuata l'Area Vasta; il riferimento territoriale della programmazione sociosanitaria non è quindi quello distrettuale (coincidenti con le ex Zone territoriali), ma quello provinciale.

### **I settori**

Per ogni area vengono riprese - a volte in modo quasi scolastico -, le indicazioni del *documento della Commissione nazionale sui Lea sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali*, [www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011](http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011); in particolare in riferimento alla definizione della intensità assistenziale e dello standard assistenziale.

Il documento, dopo aver richiamato le indicazioni del citato provvedimento nazionale, con riferimento alle fasi della intensità assistenziale insieme ad ipotesi di standard, non indica la collocazione di tutte le attuali strutture sanitarie e socio sanitarie presenti nella nostra Regione. Si tratta di un nodo da sciogliere al più presto; una ambiguità che deve essere chiarita. In maniera quasi furtiva, sembra dimenticarne alcune, quelle che, presumibilmente, creano i maggiori problemi di compatibilità economica e dunque pongono qualche difficoltà a mantenere la promessa che il documento non "ha impatto di tipo economico"; aspetto questo che verrà meglio sviluppato all'interno dell'analisi delle singole aree. Inoltre, l'indicazione dello standard assistenziale viene ripreso "senza adattamenti", dal documento della Commissione LEA: un documento che è solo di indirizzo e che, dal nostro punto di vista, presenta molti limiti nella parte riguardante l'area della disabilità e della salute mentale.

Per chiarire meglio quanto affermato, su questo tema, sia in riferimento alle indicazioni nazionali che alla situazione regionale rimandiamo a due nostri precedenti approfondimenti, [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#) e [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#) nei quali, sulla base delle indicazioni nazionali (normativa LEA, atto integrazione socio sanitaria, documento Commissione LEA) si cerca di "collocare", anche in riferimento agli oneri tra sanità e sociale, i servizi sociosanitari diurni e residenziali all'interno delle indicate disposizioni normative e applicative.

**Anziani non autosufficienti e persone con demenza.** Sulla linea del modello assunto, prendendo a riferimento il documento della Commissione LEA, si avanza una proposta di ridefinizione del modello assistenziale. Non è sempre desumibile la connessione tra proposta presentata e servizi attualmente attivi. Si deduce in ogni modo, che le RSA sono riconducibili a R2, i Nuclei Alzheimer a R2d, le Residenze protette per non autosufficienti a R3.2, quelle per demenze (a *basso impegno*), in R3.1. Gli attuali Centri diurni della legge 20/2002 in SR, quelli (mai regolamentati nella normativa sulla autorizzazione) della 20/2000 (demenze e Alzheimer), in SRD (per un'analisi dettagliata, rimandiamo a, [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)). Ricordiamo che la normativa nazionale prevede oneri a completo carico della sanità nella fase intensiva ed estensiva e compartecipazione in quella della lungoassistenza.

Senza scendere nel dettaglio, ma tentando di indicare gli aspetti più significativi, il documento prevede:

## Quaderni Marche - 2/2014

- che tutte le strutture (nucleo almeno da 20), prevedano la coesistenza di più moduli di diversa intensità assistenziale ed avere almeno 40-60 posti (oltre 60 nelle strutture ad alta intensità abitativa);
- nelle *Unità di cure intensive* (R1), la degenza è prevista in 60 giorni, può poi essere spostato "compatibilmente" con le sue condizioni, in livelli assistenziali estensivi o di mantenimento o se possibile al domicilio (se si aggrava, il documento specifica che può andare in ospedale "ovviamente anche prima dei 60 giorni", grazie!);
- i centri diurni (SRD) vengono inseriti "di norma all'interno delle strutture residenziali"; gli altri, quelli della legge 20/2002 (definiti dalla vigente normativa regionale) ad "elevato livello di integrazione sociosanitaria", non sono più considerati servizi sociosanitari;
- nelle *Rsa anziani e demenze*, la degenza è prevista in 60 giorni, qui vale citare il documento, **Il ricovero nel livello estensivo (R2 e R2D), di norma non può esuberare i 60gg, in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di lungoassistenza/ mantenimento, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (60gg) non fossero disponibili posti letto di lungoassistenza mantenimento, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 61° giorno, prevista per il livello assistenziale inferiore**
- il ricovero nella *fase di lungo assistenza mantenimento* (RP), "può essere anche di lungo termine".

**Considerazioni.** Riesce difficile capire come si possa definire una scadenza temporale di 60 giorni (per la stessa tipologia nella disabilità è di 240 e con la previsione di ricovero permanente all'interno di tipologie quali comi permanenti) ed un sostanziale automatico passaggio in una intensità assistenziale più bassa dei ricoveri nelle *Unità di cure intensive*, che il documento così declina "Prestazioni erogate (...) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali quali, ad esempio, ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, da erogare a pazienti in stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive". E' proponibile prevedere che questa tipologia di malati possa, nelle condizioni date, essere trasferito nei "regimi" indicati?

Stessa riflessione vale per il ricovero in RSA (140 minuti al giorno, di cui 50 di assistenza infermieristica); in questo caso non si prende neanche in considerazione l'ipotesi che il malato ricoverato possa non essere nelle condizioni di poter essere trasferito verso una struttura a più basso livello assistenziale (la sola assistenza infermieristica è inferiore del 60%). Il documento prevede che può rimanere nella RSA, "solo" se non c'è posto nella RP.

Se le dimissioni devono essere forzate non si perda tempo a scrivere né di unità valutative, né di PAI: sarebbe apprezzata, almeno, l'onestà.

Infine, riguardo al Centro diurno, quello della legge 20/2002, non verrebbe più considerato un servizio sociosanitario (operazione fatta in modo abbastanza mimetico); per quello della legge 20/2000 (demenze e/o Alzheimer) si applicherebbero le indicazioni (funzioni di mantenimento assimilabili a quelle di una RP) e le definizioni del DPCM 29.11.2001. Se si volesse fare un passaggio di questo tipo occorrerebbe, da subito: a) modificare la legge 20/2002; b) trasformare i CD con quella autorizzazione, ad eccezione, se ce ne sono, di quelli che ospitano impropriamente anziani autosufficienti, in CD della legge 20/2000.

Ma si dovrebbero chiudere anche i CD che ospitano soggetti con demenza nelle fasi lievi moderate e che esplicano attività riabilitativa: servizi che la proposta non contempla più.

**Disabilità.** Il documento, in questa parte, sconta un'arretratezza di approccio, come dimostra l'analisi del linguaggio utilizzato; questo, insieme ad una palese ambiguità nella individuazione dei servizi e tipologia di utenti, esplicita la volontà di occultare, ai fini di bilancio, la problematicità degli interventi sanitari e socio sanitari rivolti alle persone con disabilità della nostra Regione.

Si tratta di una parte certamente e auspicabilmente incompleta, ma l'impostazione appare molto chiara. Se il capitolo fosse stato intitolato "riabilitazione", probabilmente avrebbe

destato meno impressione, ma siccome il riferimento è la "disabilità", le questioni assumono tutt'altra valenza.

In riferimento al linguaggio e alla terminologia utilizzata, ecco alcuni esempi: per la durata delle "prestazioni", si fa riferimento alla "possibilità di recupero clinico"; per l'accesso ai servizi, viene indicata, "L'Unità valutativa integrata"; non viene mai fatto riferimento alle Unità multidisciplinari età evolutiva ed età adulta; l'accesso è subordinato al "Piano riabilitativo individuale". Nella "descrizione dei livelli di intensità assistenziale", quando si riprendono le indicazioni del Documento della Commissione LEA, si apportano modifiche terminologiche – senza dichiararlo – che hanno importantissime ricadute in termini di oneri da assumere da parte del servizio sanitario. Una scorrettezza molto grave.

Quando si cita infatti si deve riportare fedelmente, quando si interpreta si deve dichiarare di farlo.

Scompare la citazione "disabili gravi" e "disabili privi di sostegno familiare", e compare quella di "disabili non autosufficienti" (R3), o "disabili con parziali ambiti di autonomia privi di supporto familiare" (R4). Come è noto, le prestazioni terapeutiche e riabilitative semiresidenziali e residenziali per "disabili gravi", devono essere assunte per il 70% dal servizio sanitario; quelle per "disabili non gravi" al 40%. Forse si trova qui la ragione della "citazione interpretata".

Il documento, sulla scorta del modello delineato nella parte introduttiva e in quello specifico per gli anziani, prevede:

- nuclei da 20 posti, all'interno di strutture organizzate per moduli "omogenei secondo l'entità del trattamento";
- la coesistenza di più moduli di diversa intensità assistenziale, con almeno 40-60 posti (oltre 60 nelle strutture ad alta intensità abitativa);
- la possibilità che siano coesistenti moduli di residenza protetta per anziani con quelli per disabili gravi e non gravi (in questi due ultimi casi non vengono individuate come per gli anziani la tipologia di residenza: Comunità alloggio? Coser? Rp disabili?);
- nella tipologia RD1, vengono individuate 4 tipologie di servizi (riabilitazione intensiva, estensiva di doppio livello, responsività minimale). Nell'intensiva la durata massima di degenza è 120 giorni (60, come specificato precedentemente sono i giorni previsti per gli anziani che evidentemente sono, dunque, valgono meno dei disabili); 240 nell'estensiva, che a determinate condizioni può essere prorogata.
- non ci sono indicazioni riguardo ai servizi semiresidenziali.

**Considerazioni.** In aggiunta alle considerazioni sopra espresse, occorre far notare che il documento si conclude nel punto in cui occorrerebbe definire la collocazione di servizi residenziali diurni e residenziali che ospitano disabili gravi. Ci riferiamo ai servizi autorizzati ai sensi della legge 20/2000, quali:

- *Centri socio educativi riabilitativi*: ospitano oltre 1000 utenti;
- *Comunità socio educative riabilitative*: circa 250 utenti;
- *Residenze protette*: circa 150 utenti.

Tutti, tranne forse qualche rara eccezione, in condizione di disabilità grave, ai sensi della legge 104-1992. Ad esclusione dei 250 posti di Coser, per tutti gli altri non è stata definita dalla Regione alcuna ripartizione degli oneri tra sanità e sociale. Eccetto, specifici accordi locali, l'onere viene assunto dai Comuni; ai sensi della vigente normativa compete al servizio sanitario, l'assunzione del 70% del costo delle prestazioni erogate.

Emergono altre interrogativi che necessitano di una risposta: nel non scritto e finora non detto, si vorrebbe che le Coser fossero da 20 posti e auspicabilmente "attaccate" ad una residenza protetta per anziani, oltre a qualche altra tipologia di modulo di diversa fase assistenziale della "disabilità"? che anche i centri diurni fossero inseriti all'interno di una residenza?

**Salute mentale.** Anche in questo caso si segue l'approccio delle altre aree; nello specifico, il *nulceo* deve essere al *massimo* di 20 posti (erano "almeno" per gli anziani e "di", per le persone con disabilità). La proposta – seppur ancora non compiutamente definita – è quella di più moduli di diversa intensità assistenziale. Si auspica poi:

## Quaderni Marche - 2/2014

Ai fini del perseguimento dell'efficienza gestionale, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, i moduli di assistenza residenziale psichiatrica possono essere inseriti in strutture in cui insistono moduli di assistenza residenziale rivolto ad altri destinatari (anziani e disabili). In tal caso è utile l'abbinamento per omogeneità di intensità assistenziale.

In questa area, il documento individua la tipologia di residenza riconducibile a quella indicata dall'atto di indirizzo della Commissione Lea, insieme alla definizione dello standard e alla ripartizione dei costi. La proposta prevede che siano a completo carico del fondo sanitario, oltre il centro diurno, le Strutture riabilitative terapeutiche (SRT) e quelle residenziali riabilitative (SRR, declinate in due livelli). Le comunità protette (CP) verrebbero divise in due diverse tipologie; la prima con assistenza sulle 24 ore e con oneri sanitari del 70%, la seconda con copertura sulle 12 ore e oneri a carico del servizio sanitario del 40%.

**Considerazioni.** Come in più occasioni abbiamo fatto notare, diventa indispensabile definire cosa connoti, in termini di standard, una struttura a bassa intensità assistenziale, in quanto questa è l'unica tipologia di residenza per la quale la normativa nazionale prevede la ripartizione di oneri tra sanità e sociale (40/60). Oggi sono attivi circa 280 posti di Comunità protetta, molte di queste hanno standard assimilabili a quelle delle strutture terapeutiche e riabilitative; standard equivalenti a quelli di un cospicuo numero di comunità con funzione abitativa della legge 20/2002 (circa 90 posti). Senza tralasciare il fatto che ci sono decine e decine di inserimenti da parte dei DSM di persone con disturbi psichici, anche in moduli specifici, all'interno delle più diverse strutture per anziani.

Richiamando l'affermazione, in premessa del documento, della mancanza di impatto economico, anche in questo caso si nutre qualche dubbio se si volesse agire secondo bisogni e diritti.

### Qualche riflessione finale

Poste le premesse, ripetutamente richiamate nella stesura di questa scheda, si possono proporre alcune "prime" riflessioni, che saranno più precise nel momento in cui si potrà analizzare la parte, richiamata nel documento, relativa alla definizione del fabbisogno. E' infatti del tutto evidente come, anche una corretta applicazione normativa (coerenza tra standard, tipologia di utenza, tariffa, ripartizione degli oneri) si possa trasformare in un grande imbroglio, quando è però lontana dal bisogno già identificato.

Si può prendere ad esempio l'attuale situazione delle Residenze protette per anziani.

A fronte di circa 3.200 posti convenzionati e dunque con quota sanitaria - seppur non ancora al 50% - ci sono altri 2.000 anziani non autosufficienti, ricoverati in posti non convenzionati con conseguente tariffa a loro completo carico, comprese - evidentemente - anche le prestazioni sanitarie. Il gioco deve, dunque, essere condotto in modo corretto. Ciò detto, il documento:

- si caratterizza per un approccio nel quale appare centrale "la (grande) struttura", invece della "persona", in questo senso emergono gli "adempimenti", non pare scorgersi interesse per la categoria, "qualità di vita";
- assume come esclusivo parametro di riferimento la cosiddetta efficienza gestionale;
- non si pone il problema che, per molte delle persone di cui si occupa, la residenza può rappresentare anche la sua casa nella quale vivere per alcuni decenni;
- assume, anche nella terminologia, un approccio di tipo sanitario, con riferimenti ricorrenti all'interno di questi, a categorie anche di tipo ospedaliero;
- prevede una programmazione di livello provinciale (Area vasta), invece che di livello distrettuale; una dimensione territoriale che mal si concilia con le esigenze delle persone che necessitano di servizi sociosanitari;
- sembra mosso principalmente dall'obiettivo di ricollocare esclusivamente gli attuali servizi della legge 20/00 all'interno della cornice dei LEA con un evidente tentativo di riduzione delle spese a carico del fondo sanitario;
- declina l'area della disabilità quasi esclusivamente in quella ex art. 26, riassorbendola in quella della riabilitazione.
- non considera, o la fa impropriamente alcuni servizi sociosanitari della legge 20/2002, in particolare quelli riferiti alla disabilità (CSER, COSER; RP);
- prevede *permanenze all'interno* delle aree intensive od estensive, che sono a carico del servizio sanitario molto brevi.

## Quaderni Marche - 2/2014

Ma, ovviamente, siccome il documento è ancora un'ipotesi, c'è tutto il tempo per cambiarlo radicalmente, a partire dalla ridefinizione del punto di partenza: le persone invece che le strutture.

### Per approfondire

- Gruppo Solidarietà (2013), **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, prefazione di Tiziano Vecchiato
  - Gruppo Solidarietà (2011), **La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nella regione Marche**, prefazione di Nerina Dirindin
  - Gruppo Solidarietà (2010), **I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche**, prefazione di Giovanni Nervo
  - Gruppo Solidarietà (2007), **Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche**, prefazione di Roberto Mancini.
- in <http://www.grusol.it/pubblica.asp>

## Allegato 2

9 luglio 2013

### **"Là dov'è il tuo tesoro, sarà anche il tuo cuore"**

#### **Servizi socio sanitari per persone non autosufficienti: la proposta della regione Marche su standard, tariffe ripartizione degli oneri tra sanità e sociale.**

In una precedente scheda, [Il modello assistenziale integrato della regione Marche. Un documento da cambiare](#), avevamo analizzato la bozza di documento della regione Marche sul modello assistenziale riguardante alcuni servizi dell'area sanitaria e socio sanitaria rivolti a persone con disabilità, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbi psichici. A distanza di qualche mese alcune ulteriori bozze sono circolate insieme ad una ipotesi di proposta di legge riguardante le autorizzazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Di seguito, in maniera sintetica, proporremo una breve analisi delle proposte in corso, a partire dalla situazione esistente.

### **Da dove veniamo**

Ad oggi nella nostra Regione si è in presenza di questo quadro regolamentare riguardo i servizi sociosanitari, con riferimento a tariffa, ripartizione degli oneri, standard, fabbisogno.

	<b>Tariffa</b>	<b>Ripartizione costi sanità/sociale</b>	<b>Standard</b>	<b>Fabbisogno</b>
<b>Anziani</b>				
Rsa	no	Definita solo quota sociale	no	Si (con Cd l. 20/00)
Rp	si	si	si	si
CD l. 20-02	no	no	si	no
CD l. 20-00	no	no	no	Si (con Rsa)
<b>Disabili</b>				
Rsa	si	Completo carico sanità	si	si
Rsr est	si	Completo carico sanità		
Rp	no	no	si	no
Coser	no	si	si	si
CD (l. 20-02)	no	no	si	no
CD (l. 20-00)	si	Completo carico sanità	no	si
<b>Salute mentale</b>				
Srt	no	Completo carico sanità	no	si
Srr	no	Completo carico sanità	no	si
Cp	no	no	No-si	si
CD	no	Completo carico sanità	no	si

Ripreso da, **Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche**, in [www.grusol.it](http://www.grusol.it)

La regione Marche non ha dato applicazione alla normativa sui Lea; le uniche strutture per le quali sono definite tariffe e ripartizione degli oneri sono quelle per la disabilità ex art. 26/833 (tutte a carico del FSN) autorizzate con legge 20/2000 e le residenze protette per anziani non autosufficienti, autorizzate con legge 20/2002. Per gli altri servizi sociosanitari, standard, tariffe e quando presenti, ripartizione degli oneri sono, quando non gestiti direttamente, definiti dall'Asur attraverso accordi con i soggetti gestori siano essi pubblici e privati. Nel volume, **Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche**, <http://www.grusol.it/pubblica.asp>, abbiamo documentato tale situazione attraverso l'analisi dei più significativi accordi dell'ultimo biennio. Ne risulta una situazione di estrema eterogeneità rispetto a standard, offerta, tariffe; in molti casi le differenze tra identici servizi non possono considerarsi fisiologiche ma del tutto patologiche (le schede possono consultarsi al link, **Osservatorio Marche**, in <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>).

### Verso quale direzione?

Appare dunque del tutto auspicabile mettere fine a tale situazione così da regolamentare l'area sociosanitaria. Anche a questo fine è nata poco più di un anno fa, la **Campagna regionale "Trasparenza e diritti"**, <http://leamarche.blogspot.it/>. Si tratta, ora, di capire "come" la Regione intende regolamentare e applicare la normativa sui livelli essenziali di assistenza. E' necessario dunque entrare sui contenuti delle proposte, all'interno dei quali viene proposto anche un "modello organizzativo" dei servizi diurni e residenziali dell'area sociosanitaria.

L'attenzione regionale viene posta, ancora una volta, sulle sole aree semiresidenziali e residenziali. **Assente ogni riferimento alla domiciliarità**: sia riguardo le cure domiciliari come disciplinate dalla normativa sui LEA, sia riguardo gli interventi di tipo esclusivamente sociale.

Ma forse, come vedremo meglio in seguito, ciò non stupisce. Gli interventi domiciliari, si pensi in particolare all'assistenza tutelare (i LEA prevedono che il costo sia ripartito al 50% tra sanità e sociale) richiederebbero un impegno del servizio sanitario che nella nostra regione è stato sempre disatteso. Esigerebbe dunque oneri aggiuntivi.

E forse qui arriviamo al cuore della questione. Pare evidente che le proposte fin qui presentate, siano tarate a partire dalle esigenze di bilancio. Le indicazioni o scelte di tipo tecnico appaiono, di conseguenza, ben lontane da ogni neutralità. Sono piegate alle ragioni di tipo economico. Il risultato che si vorrebbe ottenere è quello di essere finalmente adempienti rispetto all'applicazione dei livelli essenziali sociosanitari addossando le responsabilità "degli esiti" - ovvero l'addossare oneri a carico di utenti e comuni - alla normativa nazionale. Sarebbe comodo, ma non serio.

Come precedentemente detto, cercheremo di affrontare in modo sintetico i singoli aspetti, elencando per ognuno le questioni che riteniamo più importanti.

1) **Servizi socio sanitari e applicazione dei LEA**. Come è noto nelle Marche sono presenti due leggi che disciplinano le autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie (le leggi 20/2000 e 20/2002). I servizi di riferimento sono indicati nella tabella. Le due leggi non fanno riferimento ai criteri indicati dai LEA (la 20/2000 è precedente, quella del 2002 è di poco successiva) riguardo intensività degli interventi (intensivo, estensivo, lungo assistenza) o di differenziazione delle prestazioni negli interventi per disabili gravi e no. La sola legge 20/2002 indica tre tipologie di strutture (funzione abitativa, tutelare, protetta). E' evidente che una applicazione corretta dei Lea, tenendo anche conto delle indicazioni dell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, non può prescindere dalle condizioni delle persone (bisogni) e dal conseguente standard assistenziale erogato. Va pertanto rifiutata ogni subdola derubricazione a servizio sociale di alcuni dei servizi socio sanitari autorizzati ai sensi della legge 20/2002. Se dunque, in strutture a più bassa intensità assistenziale vengono inseriti soggetti che dovrebbero afferire a servizi di più alta intensità, non potrà essere il servizio fruito, ma la condizione delle persone a determinare il criterio di intensività, estensività o lungoassistenza. Criterio che definisce la ripartizione degli oneri tra sanità e sociale.

Se, come viene fatto osservare, alcuni di questi servizi non hanno minutaggio ma solo indicazione del rapporto operatore/utente e ciò è problematico ai fini della determinazione della tariffa, ci si chiede perché, in 10 anni non si è mai provveduto in questa direzione. Risulta peraltro che ci sono Regioni che hanno disciplinato questi servizi (Vedi Emilia Romagna) mantenendo il riferimento al rapporto operatore/utente e non sembra che ciò abbia impedito di definirne la tariffa.

**Quali sono i servizi socio sanitari che si vorrebbero derubricare a sociali? In particolare, i centri diurni per anziani non autosufficienti e parte di quelli per disabili.**

Deve essere premesso che in mancanza della definizione del numero dei posti convenzionabili/accreditabili ogni valutazione può essere solo parziale, ma:

- i Centri diurni anziani della legge 20/2002 ospitano poco meno di 300 utenti. Gli oltre 20 CD, non sarebbero più considerati, ai sensi dei LEA, come prestazioni di mantenimento (50% a carico della sanità). Per fare ciò si dovrebbe dimostrare che gli anziani accolti sono autosufficienti;

- i Cser per disabili ospitano circa 1050 utenti. La tipologia di utenza, indicata dalla legge 20/2002, è riferibile al "disabile grave". La proposta prevede una duplice tipologia di Centri diurni da affiancarsi a quelli della legge 20/2000 (ex art. 26/833) che sono tutti a carico della sanità, hanno definito la tariffa, ma ... non gli standard.

Non sono disabili gravi gli utenti dei Cser? Si può da subito verificare l'utenza ospitata, così da valutarne il livello di inappropriata. Peraltro la proposta - che dovrebbe essere stata cambiata - di 40 minuti di fisioterapista al giorno per utente, disegna un servizio altro rispetto a quello della 20/2002. Ma forse qui, bisognerebbe, riprendere il ragionamento da capo e capire davvero cosa la regione Marche intenda per Centro diurno per disabili gravi. L'impressione è che oltre ad esserci poca chiarezza si sia sideralmente lontani dalla realtà dei servizi per persone con grave disabilità intellettiva. Sostanzialmente, ritenendo che l'intervento socio riabilitativo per giustificare l'assunzione di oneri sanitari necessiti di specifiche figure sanitarie, tra queste marginalmente rientra la figura dell'educatore (professionale e no).

Destino diverso riguarda invece le **Comunità socio educative per disabili** delle legge 20/2002. Esse verrebbero considerate come servizio per disabili non gravi (privo di sostegno familiare), con onere a carico della sanità del 40%. Una parte di questi posti (in totale sono circa 250), circa il 25% di quelli previsti nell'atto fabbisogno per i disabili gravi verrà considerato come tale. Non conoscendo i contenuti dell'atto di fabbisogno, non si possono fare valutazioni. Ciò che è certo è che attualmente la gran parte delle persone disabili ospitate nelle Cser sono in condizione di gravità e *indifferenziabili* da quelli della Rsa anziani e delle Residenze protette. Si vuole, per questi, fare parti disuguali tra uguali?

Vale la pena ricordare che per i Cd anziani e disabili ad oggi la ripartizione degli oneri avviene tramite accordi locali; quasi mai per quelli per anziani supera il 50%, per la gran parte di quelli per disabili non vengono versate quote sanitarie.

Appare così evidente che non considerarli socio sanitari o come nelle Cser, derubarli a servizi per non gravi, significa applicare in maniera strumentale i LEA, funzionale alla non assunzione di oneri da parte del servizio sanitario. Che però contestualmente prevede per gli oltre 200 posti di Rsa disabili la loro applicazione, passando dall'onere sanitario della sanità del 100% al 70%.

In questo senso desta grande perplessità la **bozza di proposta di legge sulle autorizzazioni** nella quale non si declinano le tipologie di servizi per funzione ma si fa un generico rinvio alla sola funzione (strutture sanitarie: intensive ed estensive; sociosanitarie: lungoassistenza, mantenimento e protette; sociali: tutela ed accoglienza). Ad esempio cosa distingue una funzione di mantenimento da una protetta? Omettendo di definire le tipologie di strutture riconducibili alla funzione, significa non essere chiari a monte, permettendo così negli atti applicativi successivi, scelte che possono avere ricadute pesanti sui fruitori dei servizi.

2) **Posti convenzionabili/accreditabili.** Come già detto, una valutazione complessiva può essere fatta solo dopo aver visto per ogni tipologia di servizio il numero dei posti convenzionabili/accreditabili. A quel punto si potrà verificare, area per area, quanti sono i posti a completo carico della sanità, quanti a compartecipazione e con quale percentuale. E' infatti evidente che anche una applicazione corretta dei LEA non accompagnata da una adeguata offerta di posti convenzionabili per singolo servizio non può che determinare una evidente

ingiustizia. L'analisi proposta per le Coser si può estendere ad alcuni servizi residenziali della salute mentale. Oggi ci sono alcuni servizi (comunità protette, comunità alloggio fino al gruppo appartamento) che hanno standard assimilabili o addirittura superiori a quelli delle residenze sanitarie (SRT, SRR) che gestiscono la fase post acuta. Bisogna capire perché. Ed è evidente che se una residenza è autorizzata come "bassa intensità assistenziale", ma ospita persone che dovrebbero afferire ad un livello più alto, a quel livello il fabbisogno dovrà riferirsi.

3) **Tariffe.** Mentre in precedenti bozze le tariffe erano definite, nell'ultima che abbiamo potuto visionare, sono scomparse. La motivazione risiede nella diversità del costo del personale a seconda dei contratti e nella differenziazione dei costi gestionali tra le diverse strutture. La conseguenza è che laddove le tariffe (quasi esclusivamente strutture ex art. 26) sono state già definite, rimangono. Laddove invece non lo siano state fino ad ora, l'ASUR definirà la tariffa finale da applicare agli accordi con i singoli gestori. Alcune domande:

a) le Regioni che hanno definito le tariffe (tutte quelle nei quali i servizi socio sanitari hanno dignità), vanno considerate come sprovvedute?

b) l'entità della quota sociale a carico dell'utente, quando presente, non dipenderà, dunque, più dalla tipologia di servizio, ma di quella del contratto?

La deregolamentazione tariffaria pare continui ad avere seguaci di peso. Il fatto, ci pare, di una gravità inaudita. Se una regione arriva ad ipotizzare questo vuol dire che nel rapporto tra ente regionale ed ente strumentale qualcosa è irrimediabilmente saltato.

4) **Il modello.** Il documento oltre agli aspetti richiamati si premura di definire anche il modello organizzativo. Il cuore è la modularità delle strutture (non solo per singola area), ma anche per aree diverse. Se l'offerta potesse realizzarsi ex novo, il modello di riferimento sarebbe quello di più moduli da 20, sia della stessa area che di settore diverso. Siccome però c'è da fare i conti con l'attuale organizzazione dell'offerta, in linea generale si prevede accorpamenti per funzioni diverse senza distinzioni tra servizi che hanno una funzione abitativa che può durare decenni e servizi per periodi limitati o per una fase della vita (inclusa quella finale). Ciò a cui non si intende derogare, anche se c'è l'aggiunta del "di norma", è il "modulo minimo", previsto in 20 posti.

Per la nostra Regione significherebbe la fine dei modelli comunitari di piccole dimensioni, inseriti nei normali contesti abitativi. Un modello che non riguarda solo la gran parte dei servizi per disabili (diversa è la questione delle strutture riabilitative, seppur inglobate nell'area disabilità) ma anche quelli per la salute mentale. Si ritiene davvero di poter ridisegnare, allo scopo di una pretesa compatibilità economica, l'organizzazione di gran parte dei servizi residenziali di questi due settori? Pensare di intervenire in questo modo sui servizi appare una pretesa, francamente, inconcepibile, oltre che, irrealizzabile.

Credo, auspico e mi auguro che su questo punto le resistenze siano insuperabili.

D'altra parte che ci sia un retroterra imperniato di approccio, di tipo simil ospedaliero è rintracciabile ad esempio nella scomparsa nei servizi per la disabilità del piano educativo individualizzato, a favore del piano riabilitativo; la scomparsa dell'unità multidisciplinare a favore dell'Unità valutativa integrata che ha competenze solo nell'area anziani. Sono aspetti che non possono essere sottovalutati, che danno l'idea dell'orientamento che guida l'impostazione del documento.

Altro aspetto da segnalare è la parte riguardante le *permanenze* all'interno delle residenze. Ad esempio nel caso di RSA anziani si indica un arco temporale di 60 giorni prorogabile a 120, al termine del quale la dimissione è posticipata solo a condizione che non ci sia posto all'interno delle strutture a minore impegno assistenziale (Residenza protetta). Ciò che non si discute è la possibilità che la dimissione non sia possibile perché le condizioni della persona non permettono il passaggio ad un livello inferiore (nella residenza protetta l'assistenza infermieristica è di 20 minuti al giorno). L'aspetto valutativo non viene in alcun modo considerato, non volendo considerare che ci sono condizioni, anche di fine vita, che richiedono impegni curativi importanti (assistenza ventilatoria, alimentazione artificiale, piaghe da decubito, ecc...). Il problema richiederebbe di essere affrontato in altro modo, non per via amministrativa, ed è quello di identificare dei criteri che definiscono le permanenze. Affermare che il periodo di 60 giorni, estendibile a 120, "è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo indicato", è la scorciatoia con la quale

si pretende di affrontare situazioni complesse. Si definiscano invece i criteri e si faccia in modo che le Unità valutative siano tali.

5) **La vicenda delle quote sanitarie delle residenze protette per anziani.** Vale la pena in conclusione richiamare la vicenda, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=729>, perché indicativa di come si possono aggirare norme ed accordi. Una questione che, evidentemente, esula dall'analisi del materiale analizzato, ma che invece da l'idea di quale considerazione abbiano i diritti delle persone ed i doveri delle istituzioni.

Nel 2013 per i posti convenzionati (circa il 65% di quelli che ospitano anziani non autosufficienti) si doveva arrivare all'assunzione dell'intera quota sanitaria (50% della tariffa che è pari a 66 euro). Ad oggi la quota non è stata versata e non si sa se verrà mantenuto tale impegno. Ma vale la pena contestualizzare. La tariffa complessiva è decisamente bassa rispetto allo standard ed è stabile da molti anni, la quota sanitaria arriva a regime dopo 4 anni, 2000 anziani non autosufficienti sono esclusi dalle convenzioni. Si pagano, quindi, per intero la retta di degenza. Una delle motivazioni che indurrebbe l'ASUR a non rispettare le indicazioni regionali troverebbe ragione nel fatto che questo sarebbe l'unico servizio in cui da un anno all'altro non si taglia ma addirittura si aumenta la spesa sanitaria! Dunque: prima non paghi quello che devi, poi quando ti impegni a farlo e in un arco temporale lunghissimo, decidi unilateralmente che puoi venir meno all'impegno assunto. Da notare che per l'adeguamento delle quote sanitarie la Regione, come per altri servizi, non trasferisce un fondo all'ASUR ma deve essere assicurato attraverso il budget assegnato a quest'ultima. La domanda, qui come per altri aspetti, è: dove sta la Regione e chi davvero "comanda", nel governo della sanità?

### **Per ... non finire**

Mentre concludevamo questa nota, abbiamo preso visione di un comunicato stampa della Regione, <http://www.regione.marche.it/Home/Comunicazione/ComunicatiStampa/Comunicato.aspx?IdNews=23251>, con questo titolo, *Sanità extra ospedaliera e socio sanitaria residenziale e semiresidenziale: la Giunta definisce gli standard assistenziali e i costi gestionali. Mezzolani: "Un altro passo della riforma"*. Vedremo nei prossimi giorni i contenuti. Certo è che se saranno quelli dei documenti che abbiamo analizzato, non potrà essere rinviata una forte mobilitazione a difesa delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti.

### **Per approfondire**

- [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)
- [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#)

Vedi anche

**Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche**, <http://leamarche.blogspot.it/>

**L'appello di avvio della Campagna**, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2892>

---

### **Allegato 3**

5 agosto 2013

### **Come cambiano le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti e persone con demenza dopo la dgr 1011/2013**

Vale la pena, prima di una analisi complessiva dei contenuti della delibera 1011/2013, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3358>, con la quale la regione Marche ha definito gli standard delle strutture sociosanitarie riguardanti l'area della disabilità, salute mentale, anziani non autosufficienti e demenze, porre l'attenzione sui contenuti del provvedimento riguardante le RSA anziani e soggetti con forme di demenza.

Si tratta, infatti, di un'offerta di circa 1.000 posti (in 32 strutture), rispetto ai quali la regione Marche ad oggi, non aveva definito lo standard assistenziale e conseguentemente, con chiarezza, obiettivi e tipologia di utenti (per approfondimenti vedi in nota).

## Quaderni Marche - 2/2014

Le tabelle che seguono, riprendendo i dati dell'Osservatorio regionale sulle politiche sociali, indica il numero dei posti, la capacità recettiva (in alcuni casi le strutture sono accorpate con altri servizi residenziali), la titolarità, pubblica o privata.

Se la nostra analisi è corretta, sono pubbliche circa il 75% della RSA anziani, per una percentuale di posti di circa il 60%. La capacità recettiva di quelle pubbliche è di poco superiore a 25, mentre in quelle private è di circa 52.

### Numero RSA anziani (pubbliche e private) e posti letto

	Posti	
R.S.A. "CASA ARGENTO" DI MINARDI - Fossombrone (privata)	41	
RSA MACERATA FELTRIA	25	
RSA MONDAVIO	36	
RSA GALANTARA Pesaro	38	
RSA SANT'ANGELO IN VADO	20	
RSA URBANIA	20	
RESIDENZA ANNI AZZURRI - Ancona (privata)	84	
RSA ARCEVIA	20	
RSA - CASTELFIDARDO	20	
RSA CHIARAVALLE	20	
RSA CUPRAMONTANA	20	
RSA FILOTTRANO	20	
RSA ABITARE IL TEMPO, Loreto (privata)	82	
RSA MONTECAROTTO	20	
RSA OSTRA VETERE	20	
RSA VILLA MARGHERITA, Civitanova Marche (privata)	65	
RSA CORRIDONIA	20	
RSA MATELICA	20	
RSA RECANATI	40	
RSA SAN GINESIO	20	
RSA ASCOLI PICENO (privata)	40	
RSA MONTEFIORE DELL'ASO	20	
RSA OFFIDA	30	
RSA MARINI - PETRITOLI	20	
RSA RIPATRANSONE	32	
RSA. "SAN GIUSEPPE" , San benedetto Tronto (privata)	70	
RSA ACQUASANTA TERME	20	
RSA MONTERMACIANO	20	
RSA MOMBAROCCIO BRICCIOTTI	18	
RSA INRCA C/O RESIDENZA DORICA	38	
RESIDENZA DORICA , Ancona (privata)	17	
FONDAZIONE GRIMANI BUTTARI, Osimo (privata)	60	
<b>Totale 32</b>		<b>Totale 1036</b>

### Numero di strutture e posti: pubblici e privati. Ricettività media

<b>Rsa pubbliche</b>	24 (75%)	617 posti (59,5 %)	Media posti struttura: <b>25,7</b>
<b>Rsa private</b>	8 (25%)	419 posti (40,5%)	Media posti struttura: <b>52,3</b>

Come sopra indicato, in alcune delle strutture private, la capacità recettiva complessiva è superiore anche di molto in quanto sono dotate di altri moduli con altre funzioni. La gran parte, invece, della RSA pubbliche, quasi tutte derivanti da precedenti riconversioni ospedaliere, dispongono di soli nuclei di RSA.

I posti ricomprendono anche **nuclei Alzheimer**, l'offerta che si è andata determinando è figlia di accordi locali tra ASUR e strutture private che in assenza di standard regionali (sia in termini di offerta che di personale) ha definito con le stesse specifiche convenzioni. Dall'analisi (vedi, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=728>), si può ipotizzare un centinaio di posti

## Quaderni Marche - 2/2014

(all'interno di quelli autorizzati come RSA anziani) localizzati in non più di 5/6 strutture. Non risultano esistere nuclei Alzheimer all'interno delle RSA pubbliche.

### Le indicazioni della dgr 1011/2013

La delibera 1011, colloca le RSA all'interno del codice R2 e R2d (demenze), considerandole - assumendo le indicazioni del documento della Commissione nazionale sui LEA (2007) - come livello estensivo. Cerchiamo di capire, sulla base dei contenuti della delibera, come se ne ridefiniscono gli obiettivi. Strutture che sono molto importanti nei percorsi di deospedalizzazione e per assicurare ai malati che non necessitano di cure di livello ospedaliero - non per questo meno impegnative - adeguate risposte assistenziali.

Attraverso la definizione degli obiettivi di questa tipologia di servizio si definisce, nei fatti, non sappiamo se risponde anche alle intenzioni, il modello marchigiano di assistenza residenziale per anziani malati non autosufficienti. Un modello che troverà completamento attraverso la definizione della nuova tipologia di posti (circa 200) recentemente istituiti con il nome di *cure intermedie* (seppur non rivolti specificatamente agli anziani). Anche questi derivanti da riconversione ospedaliera (vedi in proposito, [Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche](#)).

**La durata della degenza.** Come specifica la delibera, ne riportiamo la parte, nelle

Il ricovero nel livello estensivo (R2 e R2D), di norma non può esuberare i 60gg (eventualmente prorogabili sulla base di specifica rivalutazione da parte dell'UVI come previsto dalla DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2), in quanto tale periodo temporale è da considerarsi congruo per consentire alle cure estensive di raggiungere l'obiettivo di recupero auspicato. Al termine di tale periodo il paziente deve essere trasferito nel livello di lungoassistenza/ mantenimento, fermo restando la possibilità di dimissione al domicilio nel caso in cui ne ricorrano i presupposti. Qualora al termine del periodo (60gg o altro termine in caso di proroga) non fossero disponibili posti letto di lungoassistenza mantenimento, il paziente può rimanere nel livello estensivo, fino al reperimento del posto. In tal caso è soggetto alla quota di compartecipazione a decorrere dal 61° giorno (o altro termine in caso di proroga), prevista per il livello assistenziale inferiore, come previsto dalla citata DGR 704/2006, allegato B, punto 1.2.

RSA, anche in quelle rivolte a soggetti con demenza, il ricovero è a termine. Si prevede una degenza massima di 60 giorni (periodo ritenuto congruo per cure di tipo estensivo) che può eventualmente essere prorogata dall'UVI. Dopo tale periodo se non è possibile il rientro a casa, il malato, **deve** essere trasferito presso una Residenza protetta (lungoassistenza mantenimento).

Rispetto alla precedente normativa regionale (troppo spesso non rispettata come ha documentato ripetutamente il Comitato Associazioni Tutela) il cambiamento è sostanziale. La degenza poteva essere temporanea o permanente (anche se spesso volutamente male interpretata dall'Asur che identificava la permanenza con il periodo di gratuità); all'UVI competeva la verifica della permanenza di condizioni tali da escludere la dimissione, oltre alla - dgr 704/2006, all. b, punto 1.2 - valutazione delle condizioni che consentono la gratuità del ricovero anche oltre i 60 giorni (criterio intensivo/estensivo del dpcm 14.2.2001).

Con la dgr 1011, formalmente, si assegna alle RSA una diversa funzione: ricovero per massimo 60 giorni, eventualmente prolungato; mantenimento del posto in caso non sia presente nelle Residenze protette.

Secondo la Regione non è immaginabile che per un anziano malato possa essere necessaria, anzi vitale, una struttura che assicuri una assistenza socio sanitaria superiore a quella di una RP (80 minuti al giorno di Oss + 20 di infermiere). Una struttura che per garantire l'infermiere su 24 ore dovrebbe avere più di 70 posti. Si può inoltre essere certi che un'assistenza medica di 6 minuti al giorno per ospite (2h, per nucleo da 20) assolva alla funzione estensiva così come indicato dal profilo sotto riportato?

Per i cosiddetti Nuclei Alzheimer si può immaginare, per tutti, una durata della degenza a termine? Per essere inviati poi nella manciata (meno di 100 ora - si vedrà cosa cambierà con il Piano di fabbisogno-) di posti delle Rp demenze (non rivolte a soggetti con rilevanti disturbi comportamentali)? Si aggiunga che, soprattutto nelle RSA private, alcune delle quali hanno

standard assimilabili a quelli previsti nella delibera, la gran parte delle degenze sono permanenti.

Giudico queste indicazioni e previsioni, crudeli. Perché non si ha la capacità ed il coraggio di indicare, come hanno fatto molte altre Regioni, quali condizioni (attraverso l'utilizzo e la combinazione di più strumenti di valutazione) sono compatibili con un'assistenza infermieristica di 20 minuti al giorno, quali con 45, ecc....

Nei riguardi delle persone anziane malate esiste una inaccettabile discriminazione e insofferenza. Identiche condizioni di salute (o meglio di non salute) in persone con qualche decennio in meno di età impedisce (ancora) abbandoni terapeutici così frequenti invece nei riguardi degli anziani. L'idea di fondo è che ad una certa età si vale meno, che i malati ed i loro familiari siano approfittatori di risorse pubbliche, che si scarichino sui servizi responsabilità di tipo familiare. E ciò anche quando parliamo di persone con grave insufficienza respiratoria, tracheotomia, alimentazione artificiale, instabilità permanente. Volendo dimenticare che stiamo parlando di servizi extraospedalieri, nati per rispondere ai bisogni di cura di malati non curabili a domicilio.

### 2.1.3. Tabella Standard assistenziali

Area Anziani			
Codice livello intensità assistenziale	Profilo	Standard Assistenziali	Note applicative
Codice R2	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito esteso) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 6 min/die per ospite</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite</li> <li>▪ Infermiere (4): h24 (per due nuclei)</li> <li>▪ OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 85 min/pz/die</li> <li>▪ Personale riabilitativo 10 min/pz/die</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
Codice R2D	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive Demenza/Alzheimer) a pazienti con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 6 m/die per ospite</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 35m/die per ospite</li> <li>▪ Infermiere (5): h12 (nucleo)</li> <li>▪ OSS/OTA (6): H24 (nucleo) 100/pz/die</li> <li>▪ Personale riabilitativo 5 min/pz/die</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i nuclei per malati Alzheimer o demenze inseriti nelle RSA per anziani non autosufficienti e RSA demenze (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)

**Lo standard. Solo con due nuclei una struttura è sostenibile.** Nel modello descritto, a rigorosa degenza temporanea, lo standard assistenziale previsto determina l'impossibilità di gestire una RSA che non abbia almeno 2 nuclei. Condizione necessaria per avere una copertura infermieristica sulle 24 ore (considerato che i nuclei, anche nella precedente normativa non possono essere inferiori a 20 e superiori a 30). Allo stato attuale quasi tutte (vedi tabella) le RSA pubbliche non sarebbero in grado di garantire l'assistenza infermieristica sulle 24 ore. Per molte delle stesse, per ragioni strutturali, è impossibile l'aumento della capacità recettiva. E' dunque necessario che si dica con chiarezza cosa si vuole fare. A ciò, questione non meno importante, va aggiunto che la stragrande maggioranza delle RSA pubbliche a tutt'oggi gestisce malati in dimissione ospedaliera (acuzie e post acuzie) e per garantire l'assistenza necessaria per questa funzione, gli standard previsti sono di gran lunga maggiori e assimilabili a quelli delle post acuzie. E' evidente che gli standard possono cambiare, ma se così accade non si può pensare che invariabile sia l'utenza ricoverata.

### Il futuro

Le nuove norme presuppongono o dovrebbero farlo, un disegno complessivo riguardante l'assistenza extraospedaliera rivolta agli anziani malati e alle persone con demenza. Un disegno ed un progetto che dovrebbe essere adeguatamente esplicitato per capire meglio come la nostra Regione vuole rispondere ai bisogni (che non sono solo residenziali) delle persone malate e non autosufficienti. E' necessario che ciò venga fatto con urgenza. Se si dovesse stare solo a questi atti, enormi elementi di preoccupazione si aggiungerebbero ai molti già presenti, che in questi anni non abbiamo mancato di documentare.

### Per approfondire

- [RSA anziani. Le necessarie chiarezze](#)
- [Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale \(ultima parte\)](#)
- [Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L' improcrastinabile regolamentazione](#)
- [Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)
- [Considerazioni sull'Accordo Asur-Abitare il Tempo di Loreto](#)
- [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

### Vedi anche

- [Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche](#)
- [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)
- [Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche](#)

---

Allegato 4

9 ottobre 2013

### Centri Diurni e residenziali nell'area "psicopatologia dell'età evolutiva" nella delibera 1011/2013 sui servizi sociosanitari La riflessione necessaria

La delibera 1011/2013, [Marche. Servizi socio sanitari. Definizione standard e tariffe](#), della regione Marche all'interno dell'area **disabilità** prevede la realizzazione di centri diurni e residenziali rivolti nel primo caso a "minori e adolescenti con quadro psicopatologico", nel secondo a minori affetti da "disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico".

Si tratta, evidentemente, di un ambito molto delicato nel quale è fondamentale la forte integrazione di diverse discipline: pedagogiche, psicologiche, neuropsichiatriche.

Ed è proprio la delicatezza del settore insieme alla tipologia di interventi (diurno e residenziale) che induce la necessità di una approfondita riflessione<sup>1</sup>.

C'è da augurarsi, anche se qualche perplessità visti altri contenuti della delibera è più che legittima, che quanto previsto (vedi la tabella ripresa dalla dgr 1011) sia il frutto di un adeguato percorso di riflessione, approfondimento e confronto tra soggetti che conoscono le problematiche affrontate.

---

<sup>1</sup> Ringrazio per le osservazioni al testo Vittorio Ondedei, Giuseppe Forti, Giorgia Sordoni, Gloria Gagliardini.

Area Psicopatologia Età Evolutiva				
Livello intensità riabilitativa	Profilo	Codice Livello intensità assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
RD2	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche-riabilitative e socio-educative-riabilitative in regime residenziale a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico	Codice RD2.1 Livello terapeutico-riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 60 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 80 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 50 min/paz/die</li> <li>▪ OSS: 40 min/paz/die</li> </ul>	Tale livello si può configurare anche quale supporto assistenziale sanitario per una quota parte degli ospiti delle Comunità di accoglienza per Minori della L.R.20/2002. In tal caso verrà garantito dall'ASUR un supporto assistenziale pari a 70min/paz/die di educatore sanitario e 8 min/paz/die di psicologo (tramite fornitura diretta del personale o rimborso equivalente da valorizzare al costo del contratto dichiarato dal gestore).
		Codice RD2.2 Livello socio-educativo-riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 4 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 140 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 8 min/paz/die</li> </ul>	
SRDis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per minori/adolescenti con un quadro psicopatologico.	Codice SRDis2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 10 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 120 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 10 min/paz/die</li> <li>▪ OSS: 10 min/paz/die</li> </ul>	

Per parte nostra mettiamo sul campo alcune domande e riflessioni.

Per gli obiettivi di questa scheda (porre l'attenzione al tema), non è molto importante una disamina di tipo normativo (nazionale e regionale) se non per collocare la tipologia di servizio. Ciò che appare rilevante è invece capire quali sono gli obiettivi, chi "deve servire", e in quale area si colloca (disabilità, salute mentale).

Il **quadro normativo nazionale**, non appare caratterizzato da chiarezza, se lo stesso documento della Commissione nazionale sui LEA, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011>, dichiara di tentare di interpretare le indicazioni del Dpcm 29.11.2001, [Decreto sui livelli essenziali di assistenza \(Conferenza Stato Regioni del 22.11.2001\)](#), nella parte riguardante le "prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico".

Per quanto riguarda la **normativa regionale**, ad oggi, essa:

- a) non prevede, specificatamente, servizi residenziali e diurni per minori con disabilità;
- b) ha previsto un modulo residenziale sperimentale per pazienti adolescenti nel *Progetto obiettivo salute mentale*, ([Regione Marche. Progetto obiettivo salute mentale 2004-2006](#)), successivamente nella delibera 1789/2009, con cui si è definito il fabbisogno di strutture sanitarie, [Marche. Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario](#), con "due nuclei da 10 posti per minori in fase acuta", insieme alla previsione (superando così il modulo sperimentale) di 78 posti per "pazienti adolescenti" (dei quali non sono stati definiti i requisiti né strutturali né di personale). Un quadro, dunque, sufficientemente indefinito.

All'interno di questo quadro è forse utile tentare alcune riflessioni.

Per quanto riguarda la **residenzialità**:

- la prima questione da porre è quella relativa alla capacità recettiva, che questa delibera indica di 20 posti per ogni struttura (auspicando poi accorpamenti), ipotesi che apparirebbe del tutto impraticabile;

- bisognerà poi vedere – nell’emanando atto di fabbisogno – quanti posti se ne ritengono necessari;

- a quale servizio afferirà: area disabilità? Area salute mentale?

Rimane poi il grande tema di percorsi sanitari “per patologia” (anche se nella seconda tipologia di residenza si prevede la possibilità che all’interno delle comunità per minori siano assicurati e riconosciuti economicamente dal servizio sanitario il 50% del costo dell’educatore e per intero quello dello psicologo) in due diverse tipologie di strutture per minori e adolescenti all’interno di strutture (la permanenza è di un anno, con possibilità di proroga possibile per uno ulteriore) caratterizzate da interventi di tipo terapeutico e riabilitativo.

Per quanto riguarda il servizio **semiresidenziale/diurno** – una novità rispetto alla vigente legislazione regionale - si pone più di una domanda. Non è inutile ricordare che ad oggi la normativa regionale, riprendendo l’art. 8 comma I, della legge 104/1992, prevede opportunamente che i Centri (Cser) siano rivolti a soggetti che abbiano adempiuto l’obbligo scolastico (scarsissime sono invece le indicazioni normative riferite ai centri diurni disabili normati dalla legge 20/2000). Dati regionali 2011, riguardanti i CSER indicano in 28 (su 1060) il numero di utenti infradiciottenni frequentanti tali Centri con un calo di circa il 50% rispetto al 2003 (erano 52). Un dato confortante, che segnala come il centro diurno, tranne rare eccezioni, sia deputato all’accoglienza di persone con disabilità grave al termine del loro percorso scolastico.

**Perché prevedere, dunque, Centri diurni per minori? Quale la motivazione?** Un primo aspetto, fondamentale, riguarda l’aspetto **dell’inclusione sociale. Un minore o adolescente che frequenta un Centro diurno come riesce ad adempiere l’obbligo scolastico?** Dunque minori e adolescenti, espulsi dal percorso scolastico al fine di essere immessi in servizi sociosanitari? Perché dovrebbero lasciare un percorso con i coetanei, un percorso, comunque, inclusivo, per essere inseriti in un Centro diurno? Difficile capirne il senso e il bisogno.

Ancora più complesso capire come un servizio territoriale (quindi legato alla specificità di un contesto....) possa prevedere tanta utenza da permetterne l’apertura: come evitare, una volta che ne è stata legittimata la possibilità di esistenza, che tali servizi nascano per dare risposte ‘rapide’ alle situazioni più complesse, risolvendo, con un servizio ‘esclusivo’ tutte le problematiche legate all’integrazione sociale. Non è allora meglio prevedere un rafforzamento (soprattutto di tipo progettuale e di identificazione di buone prassi) dei servizi già presenti: centri d’aggregazione, scuole, animazione territoriale, educativa domiciliare...

Quale riflessione guida questa proposta? Quale idea di politica sociale? Qui è davvero difficile capire. Si tratterebbe, così, del quarto centro diurno per disabili previsto dalla regione Marche (in un colpo la delibera 1011 ne istituisce due nuove tipologie).

Sicuramente sbagliamo, ma l’impressione che si ha, man mano che si approfondiscono gli atti, è quella di trovarsi di fronte a previsioni, indicazioni, definizioni, rispetto alle quali si fa davvero fatica a rintracciarne le motivazioni. Sembra trattarsi di adempimenti formali, dei quali non si comprende a pieno il cambiamento di prospettiva (e temiamo di pratiche) rispetto alla presa in carico delle persone in condizione di disagio. Non traspare, purtroppo, il desiderio di rispondere ad esigenze effettive e reali, attraverso progetti e servizi costruiti pensando alla vita delle persone, ai loro contesti e relazioni.

Una norma può essere considerata come un faro che vuole indicare una direzione, un orizzonte. Qui sembra esserci poca luce e una indicazione che suscita fortissime, direi insuperabili, perplessità.

### **Per approfondire**

[Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti “ipotesi” della regione Marche](#)

[Servizi sociosanitari Marche. Modificare e abrogare le delibere su standard e tariffe](#)

[Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)

[Persone non autosufficienti. La Regione Marche rinvuole gli Istituti](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)

[Marche. Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario](#)

---

**Allegato 5**

31 gennaio 2014

**Come cambiano i Centri diurni per persone con disabilità dopo le delibere 1011 e 1195?**

Quale idea di servizio e quale riflessione, emerge dalle disposizioni relative ai centri diurni per persone con disabilità presenti nella delibera 1011/2013, [Marche. Servizi socio sanitari. Definizione standard e tariffe](#), nella quale si indicano anche gli standard assistenziali e figure professionali? Cosa prefigura la Regione, prevedendo 4 tipologie di Centri (contro i due precedenti), di cui uno per minori (quadri psicopatologici)? Ritengo che la preoccupazione regionale sia stata esclusivamente di tipo *adempimentale*. Ovvero tentare una classificazione dei centri sulla base delle indicazioni dei LEA (dpcm 29.11.2001) e del documento della Commissione sui LEA, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011>, avendo come immediato riferimento il contenimento dei costi sanitari. Di qui la previsione dei Centri diurni per minori, di qui la scissione dei Centri ex legge 20/2002 in due tipologie. Cosa intendono rappresentare, nell'idea regionale, i Centri diurni nella rete dei servizi territoriali? Assumono una prospettiva inclusiva? Non sembrerebbe emergere una risposta a questa domanda, o comunque non pare visibile. Occorre ricordare che parliamo di servizi non residuali, fruiti da circa 1400 persone e con diverse centinaia di operatori coinvolti. Il contributo cerca di analizzare "da dove veniamo" e capire come si vorrebbe cambiare. Una proposta, quella regionale, vale la pena ricordarlo, che non ha visto alcun tipo di confronto né con chi vi opera, né con chi fruisce dei servizi. Ma andiamo con ordine.

**Da dove veniamo. 2 centri diurni**

Due sono le tipologie di Centri attualmente presenti. Per conoscere la loro regolamentazione rimandiamo ad un precedente lavoro, [La programmazione perduta. I centri diurni per disabili nelle Marche](#), nel quale vengono riassunte le principali caratteristiche di funzionamento. Nella tabella che segue, indichiamo quali aspetti, ad oggi, sono regolamentati e quali no.

Centri diurni	Tariffa	Ripartizione costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno
CD (l. 20-02)	no	no	si	no
CD (l. 20-00)	si	Completo carico sanità	no	si

Quanto all'offerta complessiva il numero indicativo è quello sottoriportato, sia in termini di strutture che di posti.

<b>Centri diurni (legge 20/2000), 323 posti in 13 servizi</b> (media di circa 25 per Centro)
<b>Centri diurni (legge 20/2002), 1061 posti in 69 servizi</b> (media di circa 15 per Centro)
<b>Totale attivi: 1384 posti in 82 servizi</b>

Fonte, ORPS ed elaborazioni dati legge 18/96 (CRD marche)

Recenti dati regionali (2013) quantificano l'offerta complessiva in 1485 (350 + 1135).

Vale la pena segnalare alcuni aspetti (per maggior dettaglio si rimanda all'articolo sopracitato): a) **Standard**: per i CD della legge 20/2000 non sono mai stati definiti (mentre viene definita la tariffa giornaliera, su tre livelli, pari a: 83, 107, 137 €); per quelli della 20/2002, non è stato inserito il minutaggio ma l'indicazione, "*personale educativo in rapporto alla tipologia di utenza, ai progetti personalizzati ed all'organizzazione delle attività, di norma, non inferiore a 1:2 nelle ore più significative della giornata ed almeno per il 50% dell'orario di funzionamento del servizio (...) il personale socio-sanitario è in misura adeguata ad assicurare le funzioni tutelari e di supporto al personale educativo: è comunque presente almeno un operatore nelle ore più significative della giornata*". Nei CD ex l. 20/2000, anche la **capacità recettiva** non è specificata. Quanto alla tipologia di **utenza**, in quelli della legge 20/2002 si specifica che sono rivolti a "soggetti con grave deficit psicofisico", quelli della legge 20/2000, vengono indicati come strutture con funzione di "recupero funzionale e sociale di soggetti

## Quaderni Marche - 2/2014

portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa". "Gravi" per definizione quelli della legge 20/2002; "gravi" per deduzione, quelli della legge 20/2000.

### Dove la Regione vorrebbe andare. 4 centri diurni

Le nuove indicazioni, come già detto:

- scindono il CD della legge 20/2002,
- non toccano quello della 20/2000; mantiene la tariffa e non definisce – unica struttura tra le 25 regolamentate – lo standard,
- introducono quello per minori con disturbi psicopatologici (vedi tabella 1).

**Tabella 1, DGR 1011/2013**

Profilo		Livello Int. Assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
SR Dis	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	Codice <b>SRDis1.1</b> (*)  Prestazioni a contenuto terapeutico e socioriabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OSS: 15m/paz/die</li> <li>▪ Terapisti della riabilitazione: 20m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 65m/paz/die</li> </ul>	
		Codice <b>SRDis1.2</b>  Prestazioni a prevalente contenuto socioriabilitativo erogate dai Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)	<p>La quantità assistenziale sanitaria è definita nell'ambito della valutazione multidimensionale, preventiva all'accoglienza del soggetto nel Centro. L'ASUR provvede all'integrazione assistenziale sanitaria attraverso una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messa disposizione di proprio personale;</li> <li>▪ Rimborso forfettario all'Ente gestore pari al valore economico di: 10m/paz/die OSS + 30m/paz/die terapeuti/educatori)</li> </ul>	Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a) per un tetto massimo di 18 posti per singolo Centro.
		<b>Area psicopatologica età evolutiva</b>		
SR dis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per <b>minori /adolescenti con un quadro psicopatologico.</b>	Codice <b>SRDis2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 10 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 120 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 10 min/paz/die</li> <li>▪ OSS. 10 min/paz/die</li> </ul>	

(\*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna *Prestazioni* del Microlivello *Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali* (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.

## Quaderni Marche - 2/2014

Riguardo il Centro diurno per minori, abbiamo già avuto modo di motivare il dissenso nei confronti della proposta, [Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione](#), e a questa riflessione rimandiamo.

Portiamo, invece l'attenzione, sulla proposta di revisione dei Centri diurni per adulti disabili gravi.

Abbiamo già visto come nessuna modifica riguardi la funzione dei Centri diurni della legge 20/2000. Ciò è quanto meno paradossale. Si può leggere come la confessione della impossibilità o incapacità di chiarire le funzioni di questo servizio. Crediamo anche, che l'indicazione di nuclei minimi da 20 di cui parla la delibera, riguardi il solo residenziale; non si giustificerebbe l'indicazione del "tetto massimo di 18" per il nuovo SRDis1.2.

Non si ha invece preoccupazione di andare a "toccare", e come, i circa 70 Centri attivi nel territorio regionale. Cerchiamo di capire cosa si vorrebbe farli diventare. Gli aspetti non chiari sono molto di più di quelli definiti.

La proposta, come dicevamo, scinde il Cser della 20/2002, in due. Per il primo (SRDis1.1) si indicano la tipologia di prestazioni (terapeutico/socioriabilitativo), uno standard assistenziale il minutaggio, ed anche la ripartizione dei costi tra sanità e sociale (tabella 2). Per il secondo (SRDis1.2), le prestazioni sono prevalentemente di tipo socioriabilitativo, lo standard non viene definito, l'Asur mette a disposizione del personale o prevede un rimborso forfettario (vedi tabella 1), stimabile in circa 15 euro.

**Tabella 2, DGR 1195/2013**

<b>codice</b>	<b>Profilo</b>	<b>Livello intensità assistenziale</b>	<b>Compartecipazione</b>
<b>SRDis</b>	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per <b>disabili gravi</b>	<b>SRDis1.1 (*)</b> : Prestazioni a contenuto terapeutico e socioriabilitativo	70% in carico al SSN 30% in carico all'utente
		<b>SRDis1.2</b> : Prestazioni a prevalente contenuto socioriabilitativo erogate dai Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)	A carico del SSN quanto previsto dalla DGR 1011/2013 allegato 1 punto 2.2.3. codice SRDis 1.2 standard assistenziali. Il resto a carico dell'utente.
<b>SRDis</b>	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per <b>minori/adolescenti</b> con un quadro psicopatologico.	Codice <b>SRDis2</b>	100% in carico al SSN

(\*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna Prestazioni del Microlivello Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.

Ciò che ancora non viene detto è quanti posti afferiscono alla prima e quanti alla seconda tipologia. Nel primo caso, per quanto riguarda i costi, l'ASUR assume il 70% della tariffa; nel secondo una quota forfettaria. Se si dovesse prendere a riferimento l'ipotesi di costo giornaliero di circa 60 euro ipotizzata in un precedente documento regionale, gli oneri a carico dell'Asur sarebbero 42 nel primo CD e circa 15 nel secondo (sempre ipotizzando la stessa tariffa). In alcune ipotesi dello scorso aprile la Regione indicava circa 300 posti di **SRDis1.1** ed i restanti (circa 750) di **SRDis1.2**. Se gli utenti dei CSER (salvo inappropriately) sono tutti gravi in base a quale criterio il 30% viene classificato in un modo ed i restanti in un altro? Come verranno scelti i circa 20 Cser (il 25% delle strutture)? Quale caratterizzazione avrà un centro che eroga prestazioni prevalentemente terapeutiche, rispetto a quelle socioriabilitative?

Tutto questo mentre la Regione sa bene che in base ai Lea (dpcm) le "prestazioni" semiresidenziali per disabili gravi gravano per il 70% sulla sanità e per il 30% sul sociale.

Pare evidente che l'operazione trova radici e nutrimento in ragioni di tipo esclusivamente economico. Prima si fanno i conti, poi si decide, se ci si riesce, la derubricazione dei diritti. Si può affermare che si tratta di una manovra indecente e dunque irricevibile?

Ma non basta; il passaggio successivo riguarda lo standard e le tipologie di figure professionali. Nel SRDis1.1, si prevede un minutaggio complessivo di 100 minuti; il 20% è determinato dalla figura del fisioterapista; un cambiamento radicale rispetto alla attuale situazione dei Centri. In un CD di 18 persone, il fisioterapista sarebbe presente per 6 ore. Appare peraltro interessante (e curioso) il parallelo con le RSA anziani. A questa tipologia di struttura residenziale si assegna una funzione di tipo estensivo e qui per il fisioterapista è previsto uno standard giornaliero di 10 minuti.

Nel SRDis1.2, lo standard, forse coniato un nuovo concetto di qualità, non viene neanche previsto; quello "assistenziale sanitario", viene definito nell'ambito di una valutazione multidimensionale preventiva all'ingresso. Come funzioneranno, dunque, questi Centri? Non è facile desumerlo.

Al momento ci fermiamo qui.

### **Dove ragionevolmente si può andare**

Dopo questo breve excursus, paiono evidenti alcuni aspetti.

Il primo, dovrebbe essere scontato, è che non si può pensare di definire modifiche di questo tipo senza un confronto con chi, a vario titolo, ci lavora. Senza conoscere la realtà di questi servizi, voler definire, ritenendo anche di poterlo fare senza confronto, appare oltre che irrealistico, velleitario. Bisogna capire bene da chi sono abitati questi servizi; individuare o traslare qualche standard è una procedura forse semplice ma pericolosa; non ci si rende conto (non si è voluto), ed è grave, dell'impatto che si può determinare sulla realtà dei servizi. La proposta regionale è per questo impraticabile e va rivista alla radice. E non solo perché la modifica degli standard di questa tipologia di servizi non si può fare con una delibera di giunta, ma perché non risponde alla realtà dei servizi cui si vuole applicare. Dunque è auspicabile che la Regione non intenda forzare in una direzione impraticabile. E' tempo di lasciare da parte ogni ostinazione e seguire la via di una saggia ragionevolezza.

### **Per approfondire**

- [Dopo le delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari. Gli atti, le parole, i fatti](#)
- [Le delibere della regione Marche dopo la manifestazione di "Trasparenza e diritti"](#)
- [Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione](#)
- [Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche](#)
- [Il modello assistenziale integrato della regione Marche. Un documento da cambiare](#)
- [La programmazione perduta. I centri diurni per disabili nelle Marche](#)

**Trasparenza e diritti. Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche, <http://leamarche.blogspot.it/>**

---

### **Allegato 6**

22 aprile 2014

### **L'inspiegabile sottovalutazione. L'impatto delle delibere della regione Marche sugli utenti e sui servizi sociosanitari**

Crediamo valga la pena ritornare sull'impatto di alcuni dei contenuti delle delibere 1011 e 1195/2013 sui servizi diurni e residenziali sociosanitari rivolti a persone con disabilità, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbi psichici, persone con demenza. Lo facciamo, perché ci sembra non sia così diffusa la consapevolezza delle ripercussioni che la loro applicazione avrà sui fruitori e su alcuni servizi oggetto delle delibere.

La diffusa tendenza a guardare gli effetti sul "proprio servizio", impedisce una valutazione d'insieme che atti come questi richiedono. Se grazie al lavoro della Campagna "Trasparenza e diritti", è al momento scongiurata (ma forse solo rimandata) la creazione di nuclei da 20, accorpati con altri (fino a 60 posti), con altre tipologie di servizi (salute mentale, anziani, demenze, disabilità) rimane aperta la questione degli standard assistenziali, delle figure professionali che li compongono, della ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (applicazione Dpcm 29.11.2001, sui livelli essenziali).

Proseguiremo volutamente in modo schematico e sintetico, soffermandoci, in particolare, sulla proposta di standard assistenziali (minutaggi e figure professionali). Chi vorrà, potrà trovare nei riferimenti finali, strumenti per l'approfondimento.

### Nucleo su nucleo

In premessa vale la pena ribadire che la Campagna "Trasparenza e diritti" nasce con l'appello del 2012, **Marche. Appello per regolamentare i servizi socio sanitari e applicare i Lea**, proprio per giungere ad una regolamentazione del sistema dei servizi sociosanitari – compresi quelli domiciliari - e per applicare la normativa sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. L'iniziativa nasce dalla constatazione delle pesanti conseguenze sulle persone che necessitano di servizi sociosanitari domiciliari, diurni e residenziali, del sistema di offerta. L'analisi di decine e decine di accordi tra l'Asur e soggetti gestori (pubblici e privati) sono palese dimostrazione di un sistema inadeguato ed iniquo<sup>2</sup>.

Da molto prima, alcune delle organizzazioni che hanno dato vita alla Campagna hanno denunciato, in solitudine, la crescita esponenziale di servizi (gestiti sia dal profit che dal no profit) che sommando nello stesso edificio autorizzazioni diverse hanno dato vita ad accorpamenti spesso selvaggi. Accorpamenti, come si denuncia da oltre un decennio, che la normativa ha fin qui permesso non vietando la possibilità di sommare nuclei su nuclei sia della stessa tipologia che di tipologie diverse.

### Standard, figure professionali e servizi. L'impatto

Cominciamo dall'area riguardante la **salute mentale**, quella attualmente più deregolamentata e cerchiamo di vedere quale impatto gli standard previsti potranno e potrebbero avere sull'offerta attuale. Partiamo dall'analisi di questi servizi nei quali vi è la più alta concentrazione di incoerenza tra classificazione e funzione sia rispetto alla tipologia di utenza (disabili/salute mentale) che sul livello assistenziale (autorizzazione no personale h24, servizio con personale h24). Come abbiamo avuto ripetutamente modo di segnalare, l'utilizzo di strutture per funzioni diverse da quelle per le quali le stesse hanno ricevuto autorizzazione, determina una errata e dunque fuorviante fotografia dell'offerta esistente. Una situazione cui è indispensabile tenere conto nel momento in cui si andrà ad ipotizzare una proposta di fabbisogno.

- Nei circa 160/180 posti attivi di **Residenza protetta disabili** (rd3.2) è ipotizzabile che una metà siano residenze rivolte a persone con disturbi mentali che accolgono utenti inviati dai Dipartimenti di salute mentale. Tariffe e ripartizioni degli oneri sono le più varie. Lo standard di queste residenze (Regolamento 3-2006) è di 230/270 minuti giorno per ospite. Se questi posti dovessero essere riconvertiti in Comunità protette (srp3.1) lo standard dovrebbe scendere a 118 minuti, quand'anche in SRR (srp2.2) a 146. La differenza con una CP sarebbe di oltre 100 minuti.

- Anche nei circa 90 posti di **Comunità alloggio disturbi mentale**, è ipotizzabile che una buona quota di posti abbiano una copertura h24. Di questi diversi hanno minutaggi superiori a quelli delle comunità protette. Dunque neanche la loro riconversione in Srp3.1 garantirebbe il mantenimento degli standard erogati.

- Anche nei posti autorizzati come **RSA anziani** ci sono alcuni moduli (almeno 50 posti) destinati specificatamente a soggetti con disturbi psichici che verrebbero ricondotti alla Srp2.2. con il minutaggio previsto di 146 minuti. In questo caso non dovrebbero esserci grandi differenze rispetto agli standard presenti.

- Gli standard (che non sono stati mai determinati dalla Regione) di un gran numero di posti di **Comunità protette** (attivi circa 300) è di gran lunga superiore a quello previsto nella delibera. Molte sono le comunità con minutaggi tra 150 e 170 minuti. L'ipotesi tariffaria indicata in alcune elaborazioni regionali è inoltre molto lontana dalle tariffe praticate in molte di queste residenze. Il maggiore standard non trova, peraltro, motivazione nella più bassa capacità

<sup>2</sup> Per un'analisi dettagliata, si veda il libro del Gruppo Solidarietà (2013), *Trasparenza e diritti, Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche*, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>. Altre analisi successive alla pubblicazione del testo sono consultabili in, <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>, con il titolo *Servizi sociosanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale*.

## Quaderni Marche - 2/2014

recettiva in quanto quelle analizzate hanno capacità recettiva da 20, e diverse sono nuclei all'interno di strutture a più moduli.

- Sarebbe poi importante capire l'impatto dei nuovi standard con le attuali SRT/SRR e con i Centri diurni. La gran parte di questi posti sono gestiti direttamente o con rapporti convenzionali dall'ASUR.

Anche nell'area **anziani**, sarebbe importante verificare come gli standard previsti impattano sull'attuale sistema di offerta a riguardo di **RSA** (r2-r2d), e **centri diurni** (SR/SRD). Nel primo caso, in particolare, riguardo le RSA a diretta gestione ASUR ([Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)), caratterizzate, dalla loro attivazione a seguito di riconversione ospedaliera, per la prevalente gestione di malati, non necessariamente anziani, in dimissione ospedaliera. Verificato l'impatto del minutaggio di 90 minuti previsto per il Centro diurno demenza (SRD) con i circa 150 posti attivi (legge 20/00), occorrerebbe verificare gli standard attuali dei circa 300 posti dei Cd della legge 20/2000, per i quali, come è noto, riteniamo debba essere definito lo standard assistenziale e considerati a tutti gli effetti sociosanitari (sul punto rimandiamo al documento della Campagna dello scorso 4 aprile <http://leamarche.blogspot.it/2014/04/tavolo-anziani-il-documento-di.html>), dunque con la ripartizione degli oneri al 50% come da dpcm 29.11.2001). Non sarebbe, inoltre, difficile capire la tipologia di utenza ospitata nei Centri (ad esempio quanti sono non autosufficienti e fruitori di indennità di accompagnamento), visto che l'ammissione in questo, come in tutti i servizi sociosanitari di questa area avviene a seguito di valutazione da parte dell'Unità valutativa integrata (UVI).

Riguardo infine l'area **disabilità**, nulla cambia rispetto alle strutture diurne e residenziali oggetto degli accordi con le strutture di riabilitazione (ex art. 26/833). Si mantengono inalterati, quando presenti, standard e tariffe. Si sceglie inoltre di non inserire il minutaggio – mai definito – delle Unità speciali (rd1.4) e dei Centri diurni (legge 20/2000). Si introduce il Centro diurno per minori (motivandolo con le indicazioni della normativa sui Lea), che si dichiara comunque non verrà mai attivato. Siccome si tratta di normativa che dovrà trovare spazio nella successiva regolamentazione sulle autorizzazioni, è opportuno abrogare da subito questa parte. Se è stato inserito perché previsto dalla ambigua normativa nazionale, non si capisce perché allora non sono state inserite le prestazioni intensive dell'area anziani previste sia nei LEA che nel Documento del ministero della salute sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali con il codice R1.

Ma la questione più importante riguarda i servizi semiresidenziali (Cser) e residenziali (Coser) della legge 20/2002. Sono le due tipologie di servizio per i quali la legge 20/2002 non ha definito minutaggio ma una indicazione di rapporto operatore utente.

Il Centro diurno (Cser)<sup>3</sup> è un servizio (Regolamento 3/2006) specificatamente rivolto a disabili gravi; nel caso ci siano utenti che non si trovino in questa condizione si tratta di inappropriata e dunque la verifica va fatta con i soggetti (Umea) che ne dispongono l'accesso. Ai sensi della normativa sui LEA per questa tipologia di servizio non si può che applicare la stabilita ripartizione degli oneri: 70 alla sanità, 30 al sociale.

Quanto alla tariffa l'ipotesi di 60 euro giorno (ricordiamo che i Centri diurni della legge 20/2000 sono classificati con 3 diverse tariffe pari a: 83, 107, 137 euro), appare sottostimata e non comprende sicuramente il costo del trasporto che come è noto è un servizio del Centro ed è una voce di costo assai significativa.

Quanto alle Coser, come è risaputo la stragrande maggioranza di utenti sono in condizioni di grave disabilità. Basterebbe verificare il minutaggio della gran parte delle comunità che supera ampiamente i 200 minuti fino a superare, in molte situazioni, i 300 (il minutaggio previsto per le Coser - 120 minuti - è incompatibile con tutte quelle attualmente presenti. Dunque per queste non può che valere, vista la tipologia di utenti ospitata, la ripartizione prevista per le residenze protette insieme all'assimilabilità degli standard complessivi (non necessariamente delle figure professionali così come stabilito dal regolamento 3/2006).

Le disposizioni, come è noto, contenute nelle delibere 1011 e 1195 sono diverse e funzionali a non riconoscere che questi servizi sono rivolti a persone con grave disabilità e dunque a non assumere gli oneri conseguenti. E' al riguardo abbastanza stravagante e paradossale che laddove l'applicazione dei LEA comporta maggiori oneri per la sanità (mai

<sup>3</sup> Vedi, [Quali Centri diurni per disabili nelle Marche dopo le delibere regionali?](#)

assunti dal 2001 ad oggi ed anche precedentemente in applicazione al decreto 8.8.1985 in tema di prestazioni sociali a rilievo sanitario) ora si invochi una supposta indefinizione dei servizi, richiamando la necessità di una previa valutazione delle persone inserite. Come già è stato ampiamente indicato, nel caso siano presenti all'interno del servizio (anzi dei diversi servizi non solo CSer e Coser) persone non in situazione di gravità si applichi la ripartizione 40/60 per il residenziale ed il contributo forfettario per il CD, in attesa che si trovino percorsi adeguati per le persone per le quali il Centro diurno non è un servizio appropriato.

I diversi livelli su cui si pongono le questioni (non ultimo quello della legittimità delle modifiche in ordine al percorso normativo regionale: atti di competenza del Consiglio o di giunta previa passaggio in Commissione), crediamo suggeriscano molta cautela ai fini del percorso applicativo. Ma è chiaro, che potremo essere soddisfatti se, non solo verranno cancellate alcune delle disposizioni presenti ma se si apporterà un significativo miglioramento sia riguardo l'attuale offerta che la ripartizione degli oneri. Ritenere, come in troppi tendono a voler far credere, che l'applicazione del dpcm sui LEA, determini maggiori oneri per utenti e Comuni, significa voler volutamente presentare la realtà in maniera distorta, con il solo obiettivo di ridurre la competenza finanziaria della sanità.

E' necessario, infine, che non si tardi ad aprire il capitolo del **sostegno alla domiciliarità**, sia a riguardo del funzionamento complessivo delle cure domiciliari (ivi compreso l'applicazione dei LEA per quanto riguarda l'assistenza tutelare che prevede per la sanità l'assunzione di oneri al 50%), sia ad interventi di sostegno economico (assegni di cura) delle persone non autosufficienti volti al mantenimento al domicilio. Interventi per i quali - al pari della residenzialità - la competenza finanziaria, riguarda sia il settore sociale che quello sanitario.

### Per approfondire

Le schede, sotto indicate, permettono di approfondire le tematiche affrontate nella presente analisi<sup>4</sup>.

- [Dopo le delibere della regione Marche sui servizi socio-sanitari. Gli atti, le parole, i fatti](#)
- [Le delibere della regione Marche dopo la manifestazione di "Trasparenza e diritti"](#)
- [Servizi socio-sanitari. L'applicazione dei livelli essenziali di assistenza nelle Marche](#)

---

### Allegato 7

9 dicembre 2013

### Le delibere della regione Marche sui servizi socio-sanitari dopo la manifestazione della Campagna "Trasparenza e diritti" Riflessioni e proposte

Quanto segue vuole proporre alcune brevi riflessioni e considerazioni all'indomani della manifestazione dello scorso 26 novembre, promossa dalla Campagna "Trasparenza e diritti".

**Le delibere e la manifestazione.** Non è qui il caso di ritornare sui contenuti delle delibere che sono state oggetto di ripetute analisi, approfondimenti (vedi in nota), richieste di modifiche. Nel documento, [Trasparenza e diritti: le ragioni della manifestazione](#), nel quale viene spiegato perché si è arrivati alla manifestazione, si ripercorre il percorso della Campagna, precedente e successivo alle delibere (1011 e 1195) approvate nei mesi di luglio e agosto 2013. La perdurante ambiguità regionale riferita alla applicazione delle stesse, [Le delibere sui servizi socio-sanitari si applicano. Chi dice bugie?](#), l'aver constatato - nonostante le rassicurazioni dell'assessore alla salute - che le stesse iniziavano ad essere applicate dall'ASUR, la mancanza di risposte, in proposito, da parte della Regione, ha determinato la mobilitazione con la manifestazione del 26. Nonostante condizioni climatiche proibitive oltre 300 persone, di tutta la Regione, hanno manifestato in occasione dello svolgimento del Consiglio regionale. Circa 80 le organizzazioni presenti (utenti, operatori, familiari, volontari),

---

<sup>4</sup> Si veda anche la sopra richiamata (nota 1) pubblicazione del Gruppo Solidarietà, "Trasparenza e diritti".

trasversali a diversi settori (disabilità, dipendenze, salute mentale, demenze). Una delegazione è stata ricevuta dal presidente Spacca e nei giorni successivi dall'assessore alla salute Mezzolani. Nel comunicato, <http://leamarche.blogspot.it/2013/11/il-comunicato-stampa-emanato-dopo.html>, successivo all'incontro è stato confermato "che i contenuti delle delibere 1011 e 1195 non avranno efficacia fino all'entrata in vigore della nuova regolamentazione e che ciò verrà notificato attraverso comunicazione formale a tutti i soggetti interessati dai provvedimenti in questione" (comunicazione che si è in attesa di ricevere). Nella seduta del Consiglio regionale del 3 dicembre (la prima dopo la manifestazione), <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3506>, è stato approvato un ordine del giorno che impegna la giunta "a ritirare o in subordine sospendere l'applicazione al fine di aprire un tavolo condiviso con le associazioni (...) per giungere ad una riorganizzazione condivisa".

Sgombrato, dunque, definitivamente il campo, dalla applicazione delle delibere, in attesa di ricevere la comunicazione formale che l'assessore ha comunicato di aver inviato all'Asur Marche già prima della manifestazione del 26 novembre, rimangono aperte alcune questioni insieme ad altre necessarie specificazioni.

### **Le delibere, il tavolo tecnico e gli adempimenti ministeriali**

Le due delibere seppur parte di uno stesso percorso volto a regolamentare i servizi sociosanitari diurni e residenziali, hanno natura molto diversa rispetto alla vigente normativa regionale ed alla sua eventuale modifica.

La **1011**, in alcuni dei suoi contenuti, modifica i contenuti dei regolamenti applicativi delle due leggi sulle autorizzazioni (sanitarie, sociosanitarie e sociali). Atti approvati dalla giunta, sentita la Commissione consiliare competente (legge 20/2000) e dal Consiglio (legge 20/2002). Se, come ripetutamente affermato dalla stessa Regione, in particolare con la delibera 1260-2013 di Istituzione dei tavoli tecnici, il percorso prevede la revisione delle due leggi e dei successivi regolamenti applicativi è consequenziale che gli atti, riguardanti i contenuti dei requisiti di autorizzazione, dovranno essere successivi alla approvazione della nuova legge. E dunque in quella direzione, solo in quella e con i tempi richiesti, pare possibile muoversi. Apparirebbe, dunque, almeno paradossale, preparare atti di modifica dei requisiti dei vigenti regolamenti, nel momento in cui la scelta dichiarata è stata quella di una nuova legge. Altri aspetti invece, a partire dalla definizione tariffaria (che la 1011 non fa, limitandosi solo a fissarne i criteri per la determinazione), possono legittimamente essere definiti in quanto non riguardano i requisiti di autorizzazione.

Della 1011, ciò che invece deve essere messo definitivamente da parte è il cosiddetto "modello assistenziale". I moduli non inferiori a 20 e gli accorpamenti anche con altre tipologie di utenza (fino a 60 posti). Nonostante le proteste anche di livello nazionale, tale indicazione è stata riproposta nel documento istruttorio della delibera 1260.

*Sul versante della ridefinizione dei requisiti assistenziali quale presupposto per arrivare alla adozione di tutti gli atti conseguenti l'indicazione di fondo è quella di favorire l'aggregazione di moduli/strutture di tipologia diversa in una logica multifunzionale in grado di garantire le necessarie economie di scala ed evitare sprechi dovuti a dispersione.*

La manifestazione del 26, per chi volesse capirlo, sul punto si è espressa con una chiarezza assoluta. Ed è evidente, non solo l'opportunità ma l'indispensabilità che tale macigno venga inequivocabilmente rimosso. Un appello e una richiesta alla politica che è indispensabile si assuma, senza ulteriori giochetti, e senza ambiguità le proprie responsabilità.

La **1195**, riguarda la ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (utenti e Comuni), in applicazione della normativa nazionale sui LEA. Qui il discorso è diverso. L'attuale deregolamentazione della compartecipazione chiedeva e chiede - è uno dei motivi per cui è nata la Campagna "Trasparenza e diritti" - urgentemente una definizione. Ampia documentazione è consultabile nel libro del Gruppo Solidarietà (2013), *Trasparenza e diritti, Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche*, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>. La proposta della delibera 1195 è però inaccettabile perché contrasta platealmente con le indicazioni della normativa nazionale. **Dunque, dopo la sospensione, la delibera va urgentemente rivista riequilibrando gli oneri tra quota sanitaria e sociale.** A questo

## Quaderni Marche - 2/2014

proposito si auspica che i Comuni e in particolare l'ANCI guarisca da una incomprensibile afasia (vedi in proposito la nota inviata all'ANCI, <http://leamarche.blogspot.it/> dalla Campagna).

Fatta chiarezza su questi punti, **il tavolo tecnico**<sup>5</sup>, può, forse, iniziare con linearità il suo percorso. La sua numerosità ed eterogeneità potrebbe, forse, determinare una qualche difficoltà operativa. Ma evidentemente, la Regione, che ha riscoperto il valore della partecipazione, saprà ben operare al fine di non inficiarne speditezza e approfondimento.

Pare infine utile un chiarimento riguardo l'affermazione – divenuta una premessa ed un ritornello – che le delibere sono state approvate per non perdere i finanziamenti statali.

Come si può verificare dai documenti del Ministero della salute (marzo 2013) [Livelli essenziali di assistenza. Verifica adempimenti anno 2011](#) e luglio 2013, [Monitoraggio LEA: verifica adempimenti. Rapporto 2011](#), le Marche sono tra le Regioni adempienti e questo consente alla nostra Regione di poter accedere alla quota premiale. Al contempo è verificabile cosa chiede il Ministero alle Regioni (peraltro come si può constatare le richieste, in particolare, per l'area sociosanitaria sono alquanto generiche). I contenuti della 1011, non rientrano in alcun adempimento Lea e dunque occorre evitare di continuare a fornire informazioni scorrette e fuorvianti. Due esempi per capirci:

- se la Regione propone, come ha fatto, un modello residenziale da 60 posti, con moduli da 20 accorpatisi, si tratta di una scelta legittima, di cui si assume la responsabilità non imposta da alcuno, tanto meno dal Ministero;
- se dopo 60 giorni ritiene che, a prescindere dalle condizioni di salute, un malato in RSA anziani debba essere dimesso (a proposito: come stiamo con l'adempimento LEA che prevede scale validate per l'accesso ai servizi sociosanitari?), si tratta, anche in questo caso di una precisa scelta di politica sanitaria regionale.

Scelte dettate, in alcun modo, da indicazioni nazionali cui attenersi e tanto meno funzionali al ricevimento di finanziamenti statali.

Questione diversa è quella riguardante l'applicazione del Decreto sui livelli essenziali di assistenza nella parte sociosanitaria (allegato 1c) che la Regione Marche non aveva mai fatto. Si doveva fare, dal 2001, non solo e non tanto come adempimento ministeriale ma soprattutto come necessaria tutela per i cittadini cui le "prestazioni" previste nei Lea devono essere assicurate. L'affermazione regionale secondo cui, l'approvazione da parte del Ministero della 1195, depone per la correttezza e ne impedisce la modifica è errata e fuorviante.

Se al Ministero dico che una struttura residenziale è per disabili "non gravi" è evidente che si applica la ripartizione al 40/60; il problema è se all'interno ci sono i "gravi" e questo il Ministero, se anche fosse interessato, non può saperlo. L'elenco riguardante anche altre tipologie di servizi potrebbe essere lungo. Ma, crediamo, sufficiente per capirci.

E d'altra parte, se con la delibera 1785/2009 (vedi ultima pagina), <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1987>, si collocava, in maniera non solo scorretta ma illegittima, in Rd4 (disabili non gravi) le residenze protette disabili della legge 20/2002, che ora correttamente vengono collocate in Rd3 (disabili gravi), non risulta che allora come ora il Ministero abbia avuto da interloquire. Dunque vale la pena abbandonare motivazioni artificiose volte solo ad evadere le questioni poste che hanno il solo obiettivo di arrivare ad una applicazione coerente dei Lea (e peraltro con il Ministero possono interloquire non solo le Istituzioni).

### La Campagna. Inizio e fine di un percorso

Per quanto riguarda, infine, il lavoro della Campagna, come già è stato affermato a ridosso della manifestazione esso potrà dirsi compiuto solo dopo che:

- a) la nuova regolamentazione rivedrà radicalmente il *modello assistenziale* - a partire dal *nucleo da 20* con accorpamento con altri moduli fino a 60 e con diverse tipologia di utenza - insieme ad altri aspetti, della delibera 1011 (Vedi in proposito, [Servizi sociosanitari Marche. Modificare e abrogare le delibere su standard e tariffe, Servizi sociosanitari. Le richieste di modifica alla delibera sugli standard](#));

<sup>5</sup> Durante l'incontro con la Campagna l'assessore Mezzolani ha riconosciuto che il tavolo tecnico ha iniziato con ritardo il suo lavoro motivandolo con il ritardo con il quale alcuni enti hanno provveduto a formulare il proprio rappresentante. Peccato che la Regione, nella richiesta, non abbia chiesto un tempo entro il quale fornire il nominativo.

b) verrà rivista la delibera 1195 di applicazione dei LEA, con l'applicazione corretta, ed anzi migliorativa, della normativa nazionale (dpcm 29.11.2001), senza impropri trasferimenti di oneri dal servizio sanitario ad utenti e Comuni.

Alle delibere deve essere comunque riconosciuto un merito. Quello di avere prodotto una imponente mobilitazione dal basso, come non si vedeva da tempo immemorabile. A volerlo cogliere potrebbe essere, questo, un momento propizio per confrontarsi, sul modello di politica sociale (che non va confusa con i servizi sociali) della nostra regione: i servizi all'interno di quale politica.

Appare evidente che la parte di servizi disegnati dalla 1011 appartengono ad una politica che la stragrande maggioranza degli attori del sistema degli interventi non solo non condivide ma rifiuta con forza; che, invece, la ferma risposta alla mancata o ridotta assunzione di oneri sanitari disegnata dalla 1195, ribadisce che l'accesso a servizi essenziali che, come tali devono essere garantiti, non può essere condizionato, si tratterebbe di una inaccettabile discriminazione, alle condizioni economiche del beneficiario.

### Per approfondire

[La vista corta. Riflessioni su una delibera della Regione Marche Servizi sociosanitari Marche. Modificare e abrogare le delibere su standard e tariffe Servizi sociosanitari. Le richieste di modifica alla delibera sugli standard Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche Servizi sociosanitari Marche. Modificare e abrogare le delibere su standard e tariffe Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard Come cambiano i servizi sociosanitari nelle Marche?](#)

**La manifestazione: immagini, interviste, rassegna stampa, adesioni, messaggi di sostegno,**  
<http://leamarche.blogspot.it/> e <https://www.facebook.com/CampagnatrasparenzaEDiritti>

---

## Allegato 8

24 gennaio 2014

### Dopo le delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari Gli atti, le parole, i fatti

Nei giorni scorsi abbiamo dato conto della nota del direttore dell'Area Vasta 5 di Ascoli Piceno, con la quale veniva comunicata a partire dal gennaio 2014 l'applicazione della delibera 1195/2013, che definisce le quote di compartecipazione tra sanità e sociale nei servizi sociosanitari. Considerato che tale applicazione risultava sospesa, vale la pena mettere insieme, atti, parole e fatti, riguardanti la storia delle due delibere. Lo faremo attraverso un percorso cronologico, così che ognuno potrà farsi un'opinione riguardo la vicenda ed i suoi attori.

- **Maggio/luglio 2013.** La Campagna "Trasparenza e diritti", <http://leamarche.blogspot.it/>, lancia l'allarme (8 maggio, [Il modello assistenziale integrato della regione Marche. Un documento da cambiare](#); 9 luglio, [Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche](#)) rispetto ad alcuni documenti riguardanti il modello assistenziale sociosanitario.

- **Luglio/agosto 2013.** La Regione accelera e in meno di un mese, la giunta emana due delibere: la 1011, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3358>, del 9 luglio e la 1195, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3386>, del 2 agosto. La prima intende definire standard assistenziali, criteri tariffari, capacità recettive e modello assistenziale nei servizi diurni e residenziali nelle aree: anziani non autosufficienti, demenze, riabilitazione, disabilità, salute mentale. La seconda, si propone di applicare la normativa nazionale (dpcm 29.11.2001) in tema di livelli essenziali di assistenza per la parte sociosanitaria attraverso la definizione della ripartizione degli oneri tra sanità e sociale.

## Quaderni Marche - 2/2014

- **Agosto 2013.** La Campagna "Trasparenza e diritti" e il Comitato Associazioni Tutela (CAT), ritenendo inaccettabile i contenuti delle delibere, per le ricadute che le stesse producono su fruitori e servizi si mobilita, [Persone non autosufficienti. Applicazione strumentale dei livelli essenziali](#), ["Trasparenza e diritti" su servizi socio sanitari e ripartizione degli oneri tra sanità e sociale](#), [Persone non autosufficienti. La Regione Marche riuole gli Istituti](#), [Servizi sociosanitari. Le richieste di modifica alla delibera sugli standard](#). La mobilitazione ha un forte impatto sia a livello regionale che nazionale. Intervengono alcune federazioni nazionali (Fish, Enil, Unasam, Anffas) e regionali. Anche alcuni Comuni fanno sentire la loro voce. La Regione, cerca di rassicurare e ai primi di agosto convoca un incontro, per fine mese, invitando associazioni, gestori, Comuni
- **Settembre 2013.** L'incontro si tiene il 3 settembre, l'assessore **Mezzolani**, comunica che le delibere sono state approvate in fretta in quanto si doveva adempiere ad alcuni obblighi nazionali; la mancata adozione degli atti avrebbe fatto perdere alla Regione dei finanziamenti statali. Le delibere però non sarebbero state applicate e da lì a poco sarebbe stato istituito un tavolo tecnico di confronto con l'obiettivo di rivedere gli atti stessi. Infatti il 9 settembre viene approvata la dgr 1260/2013, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3413>. La formulazione è ambigua, indica un tempo (31 dicembre 2013) entro i cui i tavoli devono terminare il lavoro, solo indirettamente viene fatto riferimento alla dgr 1011 e non viene citata la 1195. E' evidente che in poco più di 3 mesi, anche a voler immediatamente iniziare i lavori è impossibile pensare di raggiungere gli obiettivi fissati nella delibera.
- **Settembre/ottobre 2013.** *Trasparenza e diritti* e *CAT*, chiedono chiarimenti sugli intendimenti regionali, [Prima dei tavoli di confronto tecnico la Regione chiarisca sulle delibere](#), e dopo pochi giorni si accorgono che l'ASUR in alcune determinate, applica le delibere, [Le delibere sui servizi sociosanitari si applicano. Chi dice bugie?](#). Chiedono chiarimenti urgenti, ed anticipano che, in caso contrario, daranno avvio ad una mobilitazione. Il 24 settembre la Regione invita gli enti (associazioni, gestori, ordini professionali, ecc...) a comunicare (senza indicare un limite temporale) i rappresentanti al fine di avviare il tavolo tecnico di confronto.
- **Novembre 2013.** Non avendo ricevuto risposte "Trasparenza e diritti", promuove per il 26 novembre una manifestazione di protesta davanti la sede del Consiglio regionale, [Servizi sociosanitari nelle Marche. Il 26 novembre manifestazione regionale](#). Si chiede il ritiro delle delibere, [Marche. Interventi sociosanitari. La manifestazione del 26 novembre](#).
- nel frattempo, il **18 novembre**, viene convocata la prima riunione del tavolo tecnico regionale. La Regione non si presenta con alcuna comunicazione ufficiale riguardo la situazione applicativa delle delibere. Comunica che le stesse non saranno né ritirate, né sospese; eventualmente modificate e integrate. Nel verbale, inviato nei giorni successivi, si scopre, a sorpresa, la frase, che nessuno in sede di riunione ha mai pronunciato "Le disposizioni contenute nelle DGR 1011/2013 e 1195/2013 produrranno gli effetti solo in sede di rinnovo degli accordi contrattuali a partire dall'anno solare 2014". "Trasparenza e diritti", segnala la scorrettezza e l'irregolarità. A seguito delle rimostranze anche di altri soggetti che partecipano al tavolo il testo viene successivamente così riformulato: "Le disposizioni contenute nelle DGR 1011/2013 e 1195/2013 produrranno gli effetti solo in sede di rinnovo degli accordi contrattuali a partire dall'anno solare 2014 e comunque non prima della conclusione del lavoro del presente tavolo". Una riformulazione che TeD giudica comunque insoddisfacente e ambigua. Permane, infatti, l'indicazione del 2014 come periodo entro il quale avranno effetto le delibere.
- Il **26 novembre** si tiene la manifestazione regionale, [Trasparenza e diritti: le ragioni della manifestazione](#). Grande la partecipazione, nonostante il maltempo; più di 80 le organizzazioni presenti, oltre 300 le persone. Una delegazione viene ricevuta dal presidente **Spacca** che nel comunicato successivo all'incontro afferma. "Se nel corso dell'incontro fissato per giovedì con i vertici della sanità regionale non dovessero emergere impedimenti di carattere tecnico e amministrativo, siamo pronti ad accogliere le richieste delle associazioni. Su questo c'è la nostra piena disponibilità (...)Nel corso dell'incontro è emerso anche che le delibere contestate sono state adottate unicamente per non perdere i finanziamenti dello Stato cui erano subordinate e che la loro efficacia era comunque stata rinviata alla stesura di regolamenti

## Quaderni Marche - 2/2014

*attuativi. In ogni caso l'incontro di giovedì consentirà di approfondire la vicenda in ogni suo dettaglio tecnico e politico. Le esigenze rappresentate dai cittadini, è stato sottolineato, devono infatti ricevere la massima attenzione".*

- il **28 novembre**, si tiene l'incontro con l'assessore **Mezzolani**, i dirigenti dei servizi salute, servizi sociali e Asur, il Capo di gabinetto del presidente Spacca. Nell'occasione l'assessore afferma di aver già dato disposizione all'Asur di sospendere l'efficacia delle delibere, fino al termine dei lavori dei tavoli tecnici. Nel comunicato stampa, concordato con la Campagna, successivo all'incontro si afferma: *Nel corso dell'incontro di questa mattina, in risposta alle precise richieste avanzate dalle associazioni, l'assessore Mezzolani ha affermato che i contenuti delle delibere 1011 e 1195 non avranno efficacia fino all'entrata in vigore della nuova regolamentazione e che ciò verrà notificato attraverso comunicazione formale a tutti i soggetti interessati dai provvedimenti in questione".* Dunque sembra chiaro che le delibere rimangono ferme - ciò verrà comunicato a tutti i soggetti interessati - fino a quando i lavori del tavolo non giungeranno a termine. Di fronte alle preoccupazioni espresse dalla Campagna circa il fatto che la dgr 1195 non è oggetto dei lavori del Tavolo, il dirigente del Servizio Salute, Gigliucci, assicura, sulla base del contenuto del documento istruttorio della dgr 1260, che anche questa delibera sarà oggetto dei lavori del tavolo. **Non solo alcuna comunicazione arriverà ai soggetti interessati, ma il contenuto, come scopriremo a distanza di quasi due mesi, della nota dell'assessore sarà ben diversa da quanto affermato.**

- Sempre il **28 novembre** (dunque prima o dopo l'incontro), l'assessore **Mezzolani**, invia la seguente comunicazione al direttore generale dell'ASUR: *"Alla luce di quanto stabilito nel corso della riunione del tavolo tecnico per il riordino del sistema residenziale e semiresidenziale relativo alla elaborazione degli atti di cui alla dgr 1260/2013 (giusto verbale del 18.11.2013) si stabilisce che le DGR 1011/2013 e 1195/2013, non saranno oggetto di revoca o sospensione anche in considerazione dell'avvenuta approvazione in sede di adempimento LEA. Comunque le disposizioni dei suddetti atti debbono produrre gli effetti solo in sede di rinnovo degli accordi contrattuali a partire dall'anno solare 2014; questo presuppone che il lavoro dei tavoli di cui alla dgr 1260/2013, finalizzati a produrre entro il 31.12.2013, gli atti ivi indicati coadiuveranno l'applicazione delle citate delibere di giunta".* Questa sembrerebbe, dunque, essere l'unica nota inviata dall'assessore Mezzolani all'ASUR (ed infatti è quella citata dal direttore dell'Area Vasta 5 nella nota del 17 gennaio). Si evidenziano due aspetti.

A) Alla riunione del tavolo tecnico, nella riunione del 18 novembre, la Regione, per bocca dei suoi dirigenti, ha affermato quanto indicato dall'assessore alla Salute nella nota (le delibere non si ritirano o sospendono, al più si integrano o modificano). Il Tavolo, come appare evidente, non ha stabilito nulla. Ai componenti, al delegazione regionale, ne ha dato comunicazione.

B) La nota dell'assessore ha specificato che le delibere potevano essere applicate a partire dal 2014.

Tutto quello che accade dopo, dunque, è figlio di questa unica comunicazione di Mezzolani che fa dire al tavolo ciò che il tavolo non poteva dire e non ha detto. Si è dunque utilizzato strumentalmente il verbale, per affermare che dal 2014 (cioè 33 giorni dopo la nota, senza che i lavori del tavolo avessero preso avvio) le delibere potevano applicarsi. Rinnegando, così, quanto affermato nell'incontro avvenuto lo stesso giorno con i rappresentanti della Campagna che due giorni prima avevano manifestato davanti la sede della Regione (vedi comunicato).

C) Di tutto questo ci siamo potuto accorgere soltanto a gennaio, a seguito della comunicazione del direttore dell'AV5, che si è attenuto scrupolosamente alle disposizioni regionali.

- **Dicembre 2013.** Nella prima riunione del Consiglio regionale (**3 dicembre**), successiva alla manifestazione, l'Assemblea approva una mozione nella quale si impegna la giunta regionale a *" a revocare le deliberazioni nn. 1011 del 9 luglio 2013 e 1195 del 2 agosto 2013 o, in subordine, a sospenderne l'applicazione al fine di aprire un tavolo di concertazione con le associazioni del settore, i familiari dei pazienti e i gestori delle strutture, volto a recepirne le istanze per giungere ad una riorganizzazione condivisa".* Il **9 dicembre**, il direttore dell'ASUR, **Ciccarelli**, trasmette ai direttori delle Aree Vaste, la nota dell'assessore Mezzolani del 28 novembre, "con l'invito ai direttori di Area Vasta a volersi attenere alle disposizioni impartite". La nota reca come destinatari, con trasmissione via mail, anche i "Componenti del Tavolo di Confronto con DGRM n. 1260 del 8/9/2013). **Nota che, però, non è mai stata trasmessa.** *Trasparenza e diritti*, con note del 10 e 17 dicembre (all'oscuro del contenuto della

## Quaderni Marche - 2/2014

comunicazione dell'assessore del 28 novembre) continuava a sollecitare l'invio del testo della comunicazione che l'assessore si era impegnato ad inviare. **Appare, forse, ora più chiaro il motivo della mancata risposta: la nota di sospensione in attesa del termine dei lavori del tavolo non è mai esistita, mentre circolava quella che, anziché sospenderla, rendeva attive le delibere dal gennaio 2014.**

Nessuna risposta al riguardo arriva neanche nella seconda riunione del Tavolo di confronto del **18 dicembre**, che ancora una volta non faceva chiarezza circa il percorso del tavolo (che la dgr 1260/2013 prevedeva avesse termine entro il 31.12.2013) e le sospensioni delle delibere. Il **27 dicembre** con la dgr 1742 i lavori del tavolo venivano prorogati fino al 30 giugno 2014, [http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR1742\\_13.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR1742_13.pdf).

- **Gennaio 2014.** Il **7 gennaio** il direttore dell'Area Vasta 5, di Ascoli Piceno, inizia ad applicare la dgr 1195 e comunica ad alcuni gestori e utenti dei servizi (sembra tutti riferiti all'area della salute mentale) l'applicazione della delibera, chiedendo, ai gestori, di assumere la riscossione del 30% della retta.

Oggetto: DGRM 1195 del 2/8/2013 ad oggetto : " *Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale*". Comunicazioni su modalità applicative anno 2014.

In relazione alle indicazioni contenute nella DGRM n.1195/2013 di cui in oggetto, si comunica che, a far data dal c.m., codesta Struttura, nel rispetto delle disposizioni di riferimento, dovrà provvedere autonomamente agli adempimenti contabili riguardanti la fatturazione attiva agli utenti per la quota parte di compartecipazione, prevista nella misura standard del 30%. Nel caso di incapacienza integrale o parziale da parte dello stesso, la S.V. dovrà emettere fattura a carico del Comune di residenza per la parte mancante.

Nel rimanere a disposizione per quanto possa occorrere, si inviano cordiali saluti.

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N.5  
(Dott. Giovanni Stroppa)

*Trasparenza e diritti* viene informata delle comunicazioni e il **15 gennaio**, chiede al direttore dell'AV5 spiegazioni e al presidente Spacca la revoca della disposizione dell'AV5, [Servizi sociosanitari. L'ASUR dispone l'applicazione delle delibere. Riparte la mobilitazione](#), che sono in palese contraddizione con quanto sostenuto (anche a mezzo stampa) dalla Regione. Chiediamo, ancora una volta, la trasmissione del testo della comunicazione che l'assessore Mezzolani aveva affermato di aver disposto, di sospensione delle delibere. Il **17 gennaio**, la stessa Area Vasta provvede a comunicare ai gestori la "sospensione temporanea" della propria nota del 7 gennaio.

## Quaderni Marche - 2/2014

Oggetto: Nota del 7 gennaio 2014 n. 770 - Comunicazioni.

In relazione alla nota sopra indicata, tenuto conto della comunicazione n. 781815 del 28/11/2013 dell'Assessore alla tutela della Salute della Regione Marche Sanità, trasmessa dal Direttore Generale Asur con nota n. 26246 del 9/12/2013, nelle more dei rinnovi contrattuali e di ulteriori indicazioni da parte degli organi regionali medesimi, si sospende temporaneamente la nota in oggetto richiamata.

Nel frattempo sono confermate le procedure amministrative in essere con codesta struttura, in applicazione di quanto disposto dal DPCM 14/2/2001, che prevede, la compartecipazione da parte dell'assistito e/o dei Comuni di residenza dei pazienti, ove quest'ultimi risultino incapienti dal punto di vista reddituale rispetto alla retta alberghiera dovuta e da versare alla struttura.

Cordiali Saluti

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N.5  
(Dott. Giovanni Stroppa)

Di non facile decifrazione il significato del secondo capoverso della nota del 17 gennaio, nella quale si fa riferimento alla *applicazione di quanto disposto dall'atto di coordinamento in tema di prestazioni sociosanitarie*. Sarebbe, peraltro, interessante anche conoscere l'opinione dei Comuni, che vengono citati nella nota, come destinatari della fatturazione di quanto l'Asur non riconoscerà più, ai sensi della 1195. Comuni, che ancora una volta, mostrano, con il loro silenzio, di non capire l'entità dei problemi in gioco. Neanche riescono a capire le ricadute sui loro bilanci. A meno che, non siano così incoscienti da ritenere che gli effetti riguardino i soli utenti. La nota dell'AV5, se qualcuno poteva avere ancora dei dubbi, indica chiaramente la modalità con cui si muovono le Aziende Sanitarie: dispongono. E gli altri si adeguino.

### **Alcune considerazioni finali**

- L'unica comunicazione di Mezzolani all'ASUR, inviata lo stesso giorno del comunicato stampa successivo all'incontro con Trasparenza e diritti, dispone la non applicazione della delibera per il solo 2013. Nessun'altra comunicazione, nonostante le promesse, è stata né prodotta, né conseguentemente inviata.

- *Trasparenza e diritti* ha chiesto il 15 gennaio al presidente Spacca comunicazioni formali: - ritiro della disposizione dell'AV5 di Ascoli, trasmissione della nota di Mezzolani. Se l'una e l'altra sono riportate e citate in questa scheda non è perché sono state trasmesse, ma perché *Trasparenza e diritti* ne è venuta in possesso indirettamente.

- La Campagna insieme al CAT ha comunicato che fino a definitiva chiarezza circa la non applicazione delle delibere e ruolo del Tavolo, sospende la sua partecipazione. Appare infatti fin troppo evidente, i fatti lo descrivono, la non disponibilità regionale ad avviare percorsi reali di partecipazione che portino alla modifica di entrambe le delibere. Se *Trasparenza e diritti*, non fosse venuta in possesso delle disposizioni dell'AV5, la delibera, almeno nel territorio di Ascoli Piceno, sarebbe stata già applicata.

- Pensare peraltro di risolvere il problema della ripartizione delle quote e dei maggiori oneri sociali (Comuni e utenti), con *il fondo di solidarietà* appare almeno ingenuo per diverse ragioni a partire dall'entità del fondo e dal suo finanziamento (entità, da dove viene preso e per quanto tempo?).

- L'assessore Mezzolani, rimproverava, nell'incontro con la Campagna del 28 novembre la mancanza di fiducia nei confronti della Regione e dell'assessorato da Lui diretto. Leggendo la cronistoria ognuno può farsi un'opinione. Da una Istituzione, ed in particolare da una Regione, ci si aspetta quanto meno una coerenza fra quanto si dice e quanto viene fatto. Soprattutto se si parla di persone, di servizi, di fragilità, di futuro, di salute. Viene da dire che di fiducia ne abbiamo fin qui riposta molta, anzi troppa. Se davvero si vuole fare qualche passo avanti a tutela delle persone più in difficoltà, se davvero si vuole impostare un adeguato sistema di cura e sostegno delle fragilità è necessario cambiare e occorre farlo in fretta. E, forse, per cominciare, il primo cambiamento dovrebbe iniziare da quello dell'assessore.

---

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

---

**Allegato 9**

**11 settembre 2013**

- Presidente Giunta regionale
- Assessore alla sanità regione Marche
- E p.c. - Componenti Giunta regionale
- Presidente V Commissione

Oggetto: DGR 1011 e 1195/2013. Richieste

Il giorno successivo all'invio della nostra nota del 1 agosto, nella quale abbiamo formulato specifiche richieste in merito ai contenuti della dgr 1011, è stata emanata la dgr 1195 riguardante l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza per la parte sociosanitaria ed il 3 settembre avete convocato una riunione per discutere delle delibere.

Con la presente veniamo pertanto a chiedere formali pronunciamenti in merito ai contenuti applicativi delle delibere in oggetto. Ci insegnate che le norme rimangono, mentre le dichiarazioni, gli intenti, le precisazioni verbali passano.

D'altra parte, non a caso nell'appello <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2892>, che ha dato vita alla Campagna, si chiedeva espressamente l'abrogazione della dgr 1785/2009, riguardante le strutture sociosanitarie diurne e residenziali rivolte alle persone con disabilità. Una delibera che con sconvolgente disinvoltura applicava la normativa sui Lea inserendo addirittura le residenze protette della legge 20/2002 tra quelle a bassa intensità assistenziale rivolte a disabili non gravi con oneri sanitari pari al 40% invece che del 70 %. A seguito delle proteste del Comitato associazioni tutela si rispose, anche in quell'occasione, che si trattava di un atto dovuto nei confronti del Ministero e che non ci sarebbero state ripercussioni sui servizi e sugli utenti. Le cose, come abbiamo documentato in questi anni (vedi ad esempio, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=657>), non sono andate proprio così. In molte RP disabili e Rsa (non ex art. 26), le norme sono state applicate dall'ASUR nelle convenzioni con gli enti gestori.

Riteniamo quindi indispensabile che si faccia chiarezza sui contenuti delle due delibere, che attraversano differenti problematiche:

- Per la **dgr 1195** non paiono esserci alternative a due strade: a) abrogazione, b) modifica. Noi siamo per la seconda ipotesi, che deve inoltre essere fatta in tempi brevissimi con le correzioni che abbiamo già indicato. Uno dei punti della Campagna riguarda proprio l'applicazione dei LEA e non possiamo accettare un ritorno a situazioni nelle quali per molti degli attuali servizi sociosanitari il servizio sanitario non assume le quote di spettanza. Specificatamente, come abbiamo già specificato: servizi diurni per anziani non autosufficienti e disabili gravi, servizi residenziali per disabili gravi, servizi residenziali dei servizi di salute mentale nei quali la bassa intensità assistenziale (40/60) va riconosciuta ai soli servizi con standard non h24.

- L'impianto della **dgr 1011** non è accettabile e non si vede alternativa alla **abrogazione**. Il mantenimento delle norme delle leggi 20 non preserva dai pericoli della dgr a riguardo delle indicazioni che vi sono contenute e che non trovano riferimenti nelle norme sulle autorizzazioni: Anziani: Rsa e Cd; Disabili: riferimenti servizi legge 20/2002; Salute mentale: Srt, Srr, CP, .... . A ciò si aggiungono tutti gli altri aspetti che abbiamo indicato nella nota del 1 agosto a partire dagli accorpamenti.

**Le richieste sono dunque le seguenti:**

- Formale comunicazione che in attesa delle modifiche alle norme sulle autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie vale quanto disposto dalle leggi 20/2000 e 2002 e dai regolamenti attuativi;
- contestuale **abrogazione della dgr 1011** e apertura di un percorso partecipato caratterizzato da una modalità chiara e trasparente;

## Quaderni Marche - 2/2014

- **rapida modifica della dgr 1195**, con la previsione di una corretta e coerente applicazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Qui non si tratta di aprire tavoli ma di riconoscere ciò che la norma nazionale prevede.

Nel rimanere in attesa di un sollecito riscontro - anche in riferimento ai contenuti dell'incontro del 25 luglio - confermiamo, in mancanza di adeguate risposte - lo stato di mobilitazione.

### **Campagna "Trasparenza e diritti" Comitato associazioni tutela**

Fabio Ragaini, Vittorio Ondedei, Paola Fabri

P.S. Ritenendo che anche i dettagli abbiano la loro importanza segnaliamo che in occasione della convocazione della riunione del 3 settembre nessuno dei due soggetti firmatari la presente hanno ricevuto formale invito. La comunicazione è arrivata all'indirizzo delle associazioni appartenenti a quelle con "disabilità fisica e mentale".

---

### **Allegato, nota del 1 agosto 2013**

---

Facendo seguito all'incontro del 25 luglio, formuliamo - ad integrazione della nota dello scorso 26 luglio riguardante l'applicazione regionale dei contenuti del Dpcm 29.11.2001, in merito ai LEA socio-sanitari - le seguenti richieste. Riteniamo che l'accoglienza delle stesse, può dimostrare l'effettiva volontà regionale, come dichiarato nell'incontro, di assumere le istanze rappresentate dalle nostre associazioni e non solo, come dimostrano le rassegne stampa dei giorni scorsi. Rimarchiamo, inoltre, come il contenuto della delibera vada ben oltre il suo oggetto, che vale la pena di riprendere: "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali ...". **La richiesta è dunque quella dell'emanazione di una nuova dgr nella quale:** a) vengano abrogate alcune norme; b) altre vengano modificate. Modifiche che non possono prescindere da una riflessione sugli obiettivi di quei specifici servizi considerati all'interno della rete più complessiva.

#### **a) Modello organizzativo**

Specificare che sono vigenti le norme regionali, relative agli standard di autorizzazione, in particolare per quanto riguarda la capacità ricettiva, Vanno pertanto **abrogati**:

- tutti i riferimenti, generali e specifici riguardanti nuclei erogativi di 20 posti letto;
- l'indicazione relativa ad accorpamenti su più livelli di intensità e per più categorie di destinatari ("approdare ad un sistema gestionale in cui le strutture stesse siano in grado di fornire un'assistenza distribuita su più livelli di intensità e possibilmente per più categorie di destinatari");
- la previsione di strutture con capacità ricettiva complessiva di 40-60 posti e oltre. Deve conseguentemente essere effettiva, praticabile ed economicamente sostenibile l'esistenza ed il funzionamento di servizi residenziali con capacità ricettiva inferiore a 20. Cosa impossibile se si applicano gli standard della delibera. Il riferimento qui vale non solo per le tipologie di residenze socio sanitarie previste dalla legge 20/2002 (in particolare le Coser) la cui capacità ricettiva è definita, ma anche per molte strutture della salute mentale, per le quali tale capacità non è stata definita (massimo 20, previsione di moduli da 10) dalla vigente normativa regionale, ma che nella realtà dei fatti risultano essere, tranne pochi casi, di piccole dimensioni (vedi per tutte le SRR), gestite per lo più direttamente dall'ASUR;
- tutti i riferimenti verbali (degenti, pazienti, ecc...) che fanno esclusivamente riferimento ad un ambito sanitario ed ospedaliero.

Inoltre vanno:

- correttamente indicate, ai sensi della vigente normativa regionale, quali sono le Unità Valutative di riferimento (UVI, UM disabilità) per ogni area di intervento avendo cura di distinguere i percorsi dei progetti riabilitativi, da quelli educativo-riabilitativi;
- chiarite quando e per quali servizi l'accesso può avvenire su libera scelta dell'utente e in quali casi debba valere l'utilizzo dello strumento di valutazione - decreto ARS 6 luglio 2012 - rispetto al quale sarebbe necessaria una valutazione dopo un anno di sperimentazione;
- modificate le parti riguardanti la durata di degenza della RSA anziani. Il riferimento ai 60 giorni, confermando la vigente normativa, deve riguardare la valutazione della permanenza o meno del requisiti della gratuità (riferimento dgr 704/2006), non il tempo di degenza. Deve inoltre essere introdotto il criterio (strumento di valutazione) sulla base del quale non è possibile la dimissione verso una struttura a più basso livello assistenziale. E' peraltro grave, anzi intollerabile, anche dal punto di vista etico, che a prescindere dalla gravità della condizione della malattia, per i soli anziani si voglia prevedere una sola

struttura sociosanitaria (che ha uno standard infermieristico di 20 minuti al giorno) con degenza permanente. Ciò significa sancire la liceità dell'abbandono terapeutico attraverso dimissioni forzate.

### **b) Standard servizi**

Chiediamo le seguenti integrazioni:

- Inserire, quand'anche ripresi da precedenti normative, gli standard di tutti i servizi (compresi quelli stralciati, come i CD disabili ex legge 20/000) per i quali, oltre al minutaggio, siano identificate le figure professionali (così come fatto per i servizi legge 20/2002 che non prevedevano minutaggio),

- specificare a quale standard dovranno fare riferimento le Coser (inserirle come RD4) che ospitano disabili gravi (RD3). Sul punto vedi la richiesta che tutti i posti Coser con disabili gravi siano considerati, come da normativa LEA, su rd3,

Per quanto riguarda i Centri diurni disabili, di fatto con la dgr si introduce l'istituzione di due tipologie di CD, a partire dal precedente modello previsto dalla legge 20/2002 (a cui in realtà se ne aggiunge un terzo, quello previsto dalla legge 20/00). Nello specifico, la differenziazione è basata sul criterio della gravità (in un modello di servizio sarebbero accolti i cosiddetti *gravi*, nei secondi i *non gravi* e poi la domanda: i disabili non gravi devono stare nei centri diurni?). Con quale criterio si identificano? Su quale base verranno definiti i posti? Con quale standard potrebbe operare il servizio che riceve un contributo forfettario? Sono questioni troppo importanti, che non possono essere definite in una delibera sugli standard ed a prescindere da un adeguato previo confronto. A ciò si aggiunga che il personale previsto nei centri diurni per i cosiddetti gravi cambia radicalmente, dal nostro punto di vista non in meglio, la tipologia stessa di servizio.

### **c) Tariffe**

Reinserire per tutti i servizi la tariffa base, costruita a partire dalla standard prefissato, così da essere omogenea in tutto il territorio.

### **d) Fondo compensazione**

L'annunciata costituzione di un fondo "di compensazione" a copertura degli aumentati oneri sociali per alcuni servizi, ne deve chiarire l'entità a partire dalla tipologia di servizi considerati (che non possono riguardare solo quelli nei quali la quota sanitaria era definita ed è stata ridotta, ma anche quelli per i quali la mancata definizione regionale ha determinato differenti situazioni locali, alcune delle quali prevedevano accordi - sulla base dei Lea - con quote sanitarie più alte di quelle ora previste)

Si prende atto dell'impegno regionale ad un confronto in vista della predisposizione dell'importantissimo atto riguardante il **fabbisogno** e della definizione della proposta di legge di modifica delle leggi sulle **autorizzazioni** sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Resta fermo, infine, che nel caso in cui non si apportassero modifiche nella direzione auspicata nella nota del 26 luglio e in questa, appare inevitabile la realizzazione di iniziative pubbliche di protesta.

Restando in attesa di riscontro si inviano cordiali saluti

**Campagna "Trasparenza e diritti",  
Comitato associazioni tutela**

---

**Allegato 10**

**17 giugno 2014**

### **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

## Quaderni Marche - 2/2014

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 srdis1.2). 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 forfetario

### 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 aggirio, 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)

## Quaderni Marche - 2/2014

- 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 offra 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,

## Quaderni Marche - 2/2014

- 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 sdis1.2). 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

---