

Gruppo Solidarietà

**Servizi sociosanitari nelle Marche.
Chi vince e chi perde nelle ipotesi tariffarie della Regione**

In una precedente scheda avevamo analizzato l'impatto della applicazione delle delibere 1011 e 1195/2013, sui servizi sociosanitari, [Marche. L'impatto delle delibere sui servizi sociosanitari su standard e tariffe](#). A seguito della presentazione, da parte della Regione, delle ipotesi tariffarie, completiamo l'approfondimento, cercando di verificare come potrebbe cambiare il "profilo" di alcuni di questi servizi. Tenteremo anche di mettere in relazione servizi e soggetti gestori (pubblici e privati). Vedremo se è sostenibile la tesi che i "servizi che ne escono meglio", sono quelli rappresentati dagli enti gestori più forti. Quelli più penalizzati sono quelli gestiti da quelli più deboli (Comuni compresi). Aggiungeremo, infine, alcune prime brevi considerazioni sui contenuti di due recenti delibere in tema di cure "intermedie" (residenzialità extraospedaliera) e cure palliative.

Come è noto la delibera 1011/2013, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3358>, non ha definito le tariffe dei servizi, ma ha individuato dei criteri di tariffazione; ha inoltre indicato (in alcuni casi confermando in altri definendo ex novo), gli standard assistenziali nelle aree: disabilità (comprensiva anche di riabilitazione), anziani non autosufficienti, salute mentale. In realtà le "nuove previsioni", non sono applicabili; non è, infatti, sufficiente una delibera di giunta. Per alcuni servizi l'introduzione o modifica degli standard deve passare in Consiglio regionale (legge 20/2002), per altri in Commissione Consiliare (legge 20/2000). La dgr 1195/2013, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3386>, ha invece stabilito la ripartizione degli oneri (la percentuale) tra sanità e sociale¹.

Occorre, da subito, segnalare che non è stato indicato il criterio con cui si è costruita, la tariffa dei singoli servizi. Cosa che invece andrebbe fatta garantendo così la trasparenza del percorso. Tanto più che a standard assimilabili a riguardo delle figure professionali corrispondono tariffe assai diverse (vedi i 66 euro per i 100 minuti delle RP anziani, contro i 120 per i 140 delle RSA). Posta, come detto, la continuità con la precedente scheda, qui ci limiteremo ad analizzare l'impatto della ipotesi tariffaria sugli attuali servizi. Va, inoltre, segnalato che le nelle ipotesi tariffarie si prevedono alcuni cambiamenti rispetto alle tipologie di strutture indicate dalla dgr 1011 che indicava per ogni tipologia di servizio lo standard corrispondente (vedi in particolare area salute mentale).

Le tariffe già definite (e dunque confermate)

La gran parte (vedi tabella 1) sono, con qualche eccezione, quelle a completo carico della sanità (legge 20/2000) oggetto degli Accordi tra Regione e Centri di riabilitazione².

Per alcune di queste alla tariffa corrisponde minutaggio ma senza indicazione delle figure professionali³ (*Riabilitazione extraospedaliera intensiva ed estensiva, Rsa disabili*), per altre (*Unità speciali e Centri diurni disabili*) lo standard non è mai stato definito. Appare, pertanto, sufficientemente paradossale che nel momento in cui si intende ordinare tutta questa area ne rimanga esente una parte relevantissima ed anche quella di maggiore consistenza in termini economici. Circa 700 posti nel primo caso e poco meno di 350 nel secondo. Ciò significa che per oltre 1000 posti le figure professionali operanti nei servizi rimangono indefinite, per 350 addirittura si lascia, incredibilmente, ai gestori la definizione sia del quanto che del come. Per fare solo un esempio nei circa 300 posti di Centro diurno disabili, continua l'indefinito quanto a standard e figure professionali (quanti educatori, quanti Oss, quanto

¹ Per un approfondimento sui contenuti delle delibere, vedi ["Quaderni Marche". Dopo le delibere sui servizi sociosanitari](#). Riguardo i cambiamenti apportati dalle delibere, [Come cambiano i servizi sociosanitari nelle Marche?](#)

² Riguardo l'evoluzione del rapporto con i Centri ex art. 26/833, vedi, [Evoluzione delle attività in ex art. 26-833. Quadro nazionale e delle Marche](#).

³ Nell'accordo con i Centri di riabilitazione (1997), sono stati definiti anche le figure professionali. Per un approfondimento, oltre la nota 2, vedi, [Riabilitazione residenziale e accoglienza permanente per persone handicappate nel Piano sanitario regionale](#) (2000).

coordinamento?)⁴. La gran parte dei soggetti gestori di questi servizi sono organizzazioni profit e non profit (quasi tutti ex art. 26/833). Servizi, per i quali, ad oggi, valgono regole differenti a seconda se a gestirli sono strutture ex art. 26 oppure altri soggetti. Ad esempio le RSA disabili (vedi, Tomasello a Pesaro, o "Bergalucci" ad Offida) hanno tariffe differenti e diversa ripartizione del costo. Si consideri inoltre che la gran parte di questi soggetti gestiscono all'interno della stessa struttura più nuclei sia all'interno della stessa area (disabilità/riabilitazione), che in aree diverse (salute mentale, anziani). Si aggiunga, infine, che ai soggetti ex art. 26, è consentita, dal 2011, la "redistribuzione del budget" (qui se ne spiega il significato, [Sull'Accordo 2011 tra Regione e Centri di riabilitazione](#)) nella misura massima del 10% sia all'interno della stessa struttura, che su Area Vasta e su ASUR.

Rispetto alle precedenti tariffe rimangono invariate quelle delle RP anziani (66 euro, ripartiti al 50%) non autosufficienti (circa 3200 posti convenzionati), cambiano quelle per le Rp demenze passando da 80 euro a 78, con ripartizione 45 sanità/33 utente (precedente 40 e 40)

Dunque per tutti questi soggetti (gestori di servizi: riabilitazione/disabilità), nulla muta rispetto alla situazione precedente. L'unico cambiamento riguarda la ripartizione tariffaria delle RSA disabili, che passa dal 100% al 70 per la sanità. La quota a carico di utenti e comune (circa 36 euro giorno) verrebbe garantita, così verbalmente è stato assicurato, dal reddito del beneficiario e da una quota del fondo di solidarietà che la Regione si è impegnata a introdurre. Non andrebbero, dunque, incontro a possibili problemi di solvibilità da parte degli utenti.

Il permanere della tariffa di 66 euro delle RP anziani scontenta gli enti gestori (per la gran parte non profit ed enti locali che gestiscono singole strutture e non "catene di servizi"), che ritengono sottostimata tale tariffa. (abbiamo già segnalato che la tariffa delle RSA anziani - minutaggio 140 minuti - con personale assimilabile, viene calcolata a 120 euro).

Quelle da definire

Le nuove tariffe riguardano (vedi tabella 1), un cospicuo numero di servizi diurni e residenziali (vedi dgr 1011). Tutti quelli della salute mentale (alle quattro precedenti tipologie se ne aggiungono, altre quattro); i restanti servizi della disabilità (Rp, Coser, Cser Comunità minori, cui si aggiungono le nuove tipologie individuate) e quelli, quattro, rivolti ad anziani non autosufficienti e demenze (compresi Alzheimer). Due tipologie di centro diurno e due di RSA.

Tabella 1. La situazione delle tariffe e standard prima delle delibere. Tutte quelle già definite vengono confermate.

	Tariffa	Standard
Anziani		
Rsa	no	no
Rp	si	si
CD I. 20-02	no	si
CD I. 20-00	no	no
Disabili		
Rsa	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Rsr est	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Rsr int	si	si (minutaggio senza figure prof.)
Unità spec.	si	no
Rp	no	si
Coser	no	si
CD (I. 20-02)	no	si
CD (I. 20-00)	si	no
Salute mentale		
Srt	no	no
Srr	no	no
Cp	no	no
CD	no	no

⁴ E' opportuno ricordare che la maggior parte di queste strutture sono accorpate con altre, composte da nuclei diversi, non sono tenute a rispondere neanche ai contenuti degli Accordi tra Regione e Centri Convenzionati. Sull'offerta sanitaria e sociosanitaria una sintesi datata, ma assolutamente indicativa della situazione territoriale si può trovare in, [Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche.](#)

Cerchiamo di vedere ora, seppur schematicamente, come impattano queste tariffe, sui servizi (e suoi loro gestori).

Anziani non autosufficienti e demenze. Nelle **Rsa**⁵ (sia demenze che anziani non autosufficienti) lo standard indicato dalla dgr 1011 è di 140 minuti. L'ipotesi tariffaria è di 126/123 euro, con quota sociale⁶ (utente/Comune di 42,50). Il minutaggio è sostanzialmente incompatibile (credo si possa affermare senza essere smentiti) con quello di tutte le RSA pubbliche. In media (ad eccezione di quelle dell'AV2 di Ancona), invece con quelle private (vedi alcune rilevazioni in, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=728>). Buona parte (vedi nota 5) dei posti di RSA anziani e demenze sono gestiti dall'Istituto Santo Stefano (da solo o in cogestione).

I posti di RSA pubbliche (derivanti dalla disattivazione ospedaliera del 1992), quasi tutti costituiti da un solo modulo da 20, in realtà sono molto meno di quelli indicati. I lavori di ristrutturazione sono funzionali alla riduzione della spesa sanitaria. In molti casi, si coglie l'occasione per tenerli chiusi per anni o per un tempo illimitato; altri posti poi (vedi alcuni di Arcevia e Castelfidardo, quelli dell'INRCA di Ancona, "appoggiati" alla *Residenza Dorica*, sono autorizzati come RSA ma esplicano altra funzione). Ad ogni modo, se si dovesse adottare lo standard della 1011 le "pubbliche", dovrebbero cambiare radicalmente funzione.

L'eterogeneità dei **Centri diurni** (sia legge 20/2000 che 20/2002), oltre 400 posti complessivi, non rende semplice, con i dati in nostro possesso, l'analisi di impatto. Molti sono interni a strutture residenziali (residenze protette e Case Riposo di enti non profit e Comuni). La gran parte dei gestori – a partire dai Comuni – non pare capace di esercitare particolare pressione in termini di tariffazione e quota sanitaria. Il più penalizzato sarebbe il CD dell'INRCA di Ancona, oggi a completo carico del Servizio Sanitario. C'è poi da aggiungere il nodo **trasporto**, che non sembrerebbe essere compreso nell'ipotesi tariffaria. Sappiamo quanto, questo, incide in termini di costi. Questione che non può essere omessa.

Disabilità. L'ipotesi tariffaria della "**residenzialità per gravi**" (con ripartizione 70/30), riconduce la tariffa delle RSA (120 euro) anche alle Residenze protette (RP) e alle Comunità socioeducative riabilitative. La questione è che:

a) la tariffa RSA è nata all'interno degli accordi con i centri di riabilitazione (pochi avevano posti solo di questa tipologia) e nella logica compensativa è stata accettata quella quota. Ora si prevede la tipologia di "residenzialità protratta (154 euro) che assorbirà parte dei posti di residenzialità permanente delle RSR estensive (S. Stefano). Permettendo così a questa tipologia di struttura attività riabilitativa estensiva temporanea. Vedi in proposito, [Marche. Residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione](#);

b) il minutaggio (senza indicazione di figure professionali) è di 140 minuti. Quello delle RP non può essere inferiore a 230 (tra 230 e 270); nelle Coser, la gran parte delle comunità ha minutaggi assimilabili o superiori a quelli delle RP. Si pone dunque il tema della sostenibilità di (sono circa 400 posti complessivi) di questi servizi (per le Rp la situazione è un po' diversa vista la natura di alcuni enti gestori (più nuclei, anche di tipo diverso, nella stessa struttura e l'utilizzo di queste autorizzazioni per posti afferenti alla salute mentale). Considerato che la gran parte dei gestori di questi servizi (Comuni, cooperative, associazioni di familiari) non hanno "capacità di compensazione" (marginali sono i gestori "ARIS"), il risultato, per almeno trenta comunità, è il collasso. Quelli meno *compassionevoli* troveranno il modo di cacciare i *gravi*. Per gli altri sarà materialmente impossibile farsene carico in maniera adeguata e dignitosa.

Quanto ai **Centri diurni**⁷ abbiamo già detto che la "riforma" non tocca, ed è molto grave, i circa 300 posti della legge 20/2000 (3 tariffe: 83, 107, 137)⁸. L'impatto deve essere verificato sugli oltre 1.000 posti in circa 70 Servizi, gestiti – quasi tutti – dai Comuni (legge

⁵ Vedi l'approfondimento, [Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#).

⁶ Avremo tempo di ritornare sulla norma (dgr 704/2006), che secondo la Regione fisserebbe tale quota a 42,20 euro/giorno. La delibera stabilisce invece 33 euro +/- 25%; sulla base della tariffa prevista per le RP. L'aumento del 25%, previsto ad alcune condizioni, dal 2013 non vale più per le RP (vedi, [Le prestazioni extra accreditamento nelle Residenze protette anziani delle Marche](#); dunque non esiste alcun automatismo né per le RSA né per le nuove strutture di "cure intermedie", [Marche. Regolamento cure intermedie \(residenzialità extraospedaliera\)](#).

⁷ Vedi per approfondimento, [Quali Centri diurni per disabili nelle Marche dopo le delibere regionali?](#)

20/02). Qui, l'intenzione è di scorporare gli attuali Cser - la quantificazione non è stata ancora indicata e sembrerebbe in fase di revisione - in due tipologie (non è dato capire ancora sulla base di quale criterio considerato che questi Centri sono rivolti a "gravi disabili psicofisici").

La previsione, che anche qui non tiene conto del costo del trasporto, è di 58 euro per un minutaggio di 100 minuti (magari, intanto, chi gestisce questi Servizi, potrebbe verificare se la tariffa è adeguata allo standard) per una prima tipologia (denominata CSER gravi). Per una seconda (CSER "senza aggettivazione"), viene indicata una quota sanitaria forfetaria pari a circa 15 euro. Le tariffe giornaliere di alcuni Cser (negli Ambiti 9, 11, 20) oscillano tra 72 e 87 (in tutti dovrebbe essere incluso il trasporto e IVA 4%). Siamo in presenza, come detto, di Servizi gestiti, per lo più, da Comuni, affidati a cooperative. Comuni che finora non sembrano aver ben compreso la posta in gioco. Alcuni, beati loro, mostrano una certa euforia per la possibilità di incamerare come quota sanitaria, per la prima volta, 15 euro al giorno per ogni utente. In altri approfondimenti (vedi nota 7), abbiamo affrontato le problematiche di questi Servizi. Qui, ora, lasciamo l'interrogativo, su come andrebbero a funzionare quei Centri - non sono una minoranza - con standard e tariffe più alti. Come appare evidente, per tutte le ragioni sopra esposte, siamo in presenza di Servizi (e conseguentemente di utenti) "poco interessanti", dal punto della remunerazione. Probabile dunque che rimarranno poco degni di attenzione (forse anche per il loro connotato di *normalità*), nonostante siano importantissimi per la qualità di vita delle persone, per il sostegno delle famiglie, per evitare o ritardare l'ingresso in residenzialità.

Altri aspetti andrebbero approfonditi, che per ora tralasciamo, rispetto alle ipotesi di residenzialità per "disabili non gravi" e per minori⁹ (compreso il centro diurno, che si dice non verrà realizzato, ma intanto, in modo davvero lungimirante, viene previsto. Non sia mai che qualcuno possa lamentare qualche mancato adempimento!¹⁰).

Salute mentale. Come ampiamente documentato¹¹ (vedi anche tabella 1), questa area è quella più deregolamentata. Oltre alla mancata definizione di standard e tariffe, è fortemente presente l'incoerenza tra classificazione e funzione, oltre alla presenza massiccia di accordi "sulla singola persona", tra ASUR ed ente gestore. Esiste inoltre una, seppur in calo, forte presenza di servizi a gestione pubblica nell'area della post acuzie e nella gestione dei Centri diurni. La crescita del privato (for profit e non profit), insieme alla presenza di alcune "Case di Cura", ha reso indispensabile la sottoscrizione di accordi tra l'ASUR e le strutture. Alcuni di questi recepiscono alcune specifiche norme regionali (vedi case di Cura)¹², la gran parte interpreta e adatta alla singola situazione le indicazioni nazionali e quelle regionali (vedi ad esempio il progetto obiettivo salute mentale del 2004). La dgr 1011 individuava 7 tipologie di strutture (6 residenziali e 1 diurna). L'ipotesi tariffaria che la Regione ha presentato sembrerebbe aggiungerne un'altra, oltre la rimodulazione delle tipologie. Ciò che interessa qui analizzare, come per le altre aree, è l'impatto delle ipotesi tariffarie sui servizi presenti.

Ad esempio, la gran parte dei circa 200 posti delle ex SRR (strutture residenziali riabilitative) sono a gestione diretta Asur e accolgono malati, per lo più, in post acuzie. Considerata la non coincidenza tra le indicazioni della tabella 2.3.4 della dgr 1011, con quella nella quale si sono presentate le tariffe si possono fare solo ipotesi. Per quelle pubbliche è improbabile che possano stare entro lo standard 170/140 minuti con tariffa 140/128 euro. Si tratta del minutaggio della gran parte delle attuali *Comunità protette* (funzione socioriabilitativa per la gestione delle cosiddette "cronicità"), che ora nell'ipotesi migliore si dovrebbero "asestare" su uno standard di 118 minuti e tariffa di 105 Euro. Così come appare improbabile che la stragrande parte dei Centri diurni gestiti direttamente dall'ASUR siano riconducibili ad uno standard di 85 minuti (tariffa 54 euro).

Se si applicassero, dunque, queste indicazioni, si andrebbe verso una fortissima compressione di questi servizi. Servizi che, come abbiamo visto sono, per lo più, pubblici o

⁸ Sarebbe opportuno, oltre che interessante, che la Regione facesse una ricognizione sugli standard di personale di ogni singolo Centro e ne comunicasse il risultato.

⁹ Per approfondire vedi, [Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione.](#)

¹⁰ A differenza dell'adempimento in tema di assistenza tutelare nelle cure domiciliari, che obbliga la sanità ad assumere il 50% del costo.

¹¹ Per tutti vedi, ["Quaderni Marche". Accordi ASUR sui servizi sociosanitari prima delle delibere.](#)

¹² Vedi ad esempio, [Sul nuovo accordo tra regione Marche e Casa di Cura Villa Jolanda](#), [Marche. Riconversione Casa di cura neuropsichiatrica "Villa Jolanda"](#), [Marche. Accordo 2009 con Case di cura private neuropsichiatriche.](#)

quando privati di enti non profit che gestiscono, direttamente o in convenzione, singole residenze. Insomma, anche qui non ci sono *catene* di servizi in capo ad uno stesso gestore. Si ripropone dunque la problematica di soggetti (a partire dal pubblico) che non sembrano adeguatamente rappresentare la situazione dei servizi e degli effetti sulla loro qualità. Ce ne accorgeremo tutti dopo quando sarà forse troppo tardi?

Chi ci guadagna e chi ci perde?

Dunque sulla scorta dei dati a disposizione e su quanto fin qui ha illustrato la Regione, si può affermare che *continuano a tenere*, tutti i servizi che “già tenevano”. Quelli la cui remunerazione non è stata mai messa in discussione. Tenderà, invece, ad aumentare la sofferenza, con il rischio di collasso, di quelli che già vivono una situazione di incertezza e precarietà (tra questi vanno annoverati, è importante ricordarlo, tutti quelli, in “convenzione”, con Comuni o ASUR che tenderanno ad adeguarsi alle indicazioni regionali).

Servizi, generalmente, per le ragioni che abbiamo già esposto, poco considerati. Sono, soprattutto, quelli di più piccole dimensioni, in affidamento, non accorpati, gestiti da piccole realtà, a rischiare il soffocamento. Impossibilitati a compensare, stretti tra standard inadeguati e tariffe al ribasso. Ciò anche quando si rispettasse la ripartizione prevista nei LEA (Dpcm 29.11.2001). Perché è chiaro che se un servizio costa 10 e me lo paghi 8; anche se la quota è ripartita correttamente, sempre 8 rimane. Allora, come già detto, diventa indispensabile, così da evitare anche ogni retro pensiero che a fianco (sinotticamente) della tariffa si specifichi come è stata costruita.

Basterebbe, a questo proposito, analizzare come ne uscirebbero i circa 1500 posti di Residenza protetta (RP), Comunità socio educativa riabilitativa (COSER) e Centro socio educativo riabilitativo (CSER), anche nel caso per tutti si arrivasse alla ripartizione 70/30. E' evidente che la ripercussione sul servizio significa ripercussione sui fruitori. E dunque in questa prospettiva o si abbassano i livelli di qualità (e di dignità) o si chiede a chi li frequenta di integrare attraverso la logica dei “servizi aggiuntivi” (di importazione dalle residenze per anziani), oppure, soprattutto per piccoli gestori, nella impossibilità di comprimere il costo per il personale, non rimane che affidarsi, per l'integrazione, alla beneficenza pubblica. Feste, sagre e tombolate, rischiano di diventare le attività prevalenti di chi non vuole soffocare. Attività, ne siamo certi, cui non si negheranno i politici di territorio, sempre così sensibili a dare una mano ai “meno fortunati”. Non appare una prospettiva di cui rallegrarsi.

Sembra così compiersi il disegno originario: *strutture economicamente sostenibili* che per essere tali richiedono ampie dimensioni e gestione di catene di servizi¹³. Che poi finora tutta questa economicità non l'abbiano dimostrata risulta irrilevante (il classico incidente di percorso) e certo non può contraddire l'assunto teorico. Se tutto questo ha come effetto la “scomparsa del territorio e dei normali contesti di vita” si tratta di un mero inconveniente. La “sostenibilità” sembrerebbe imporre alcuni prezzi da pagare, tra questi il primo è rappresentato dalla “inclusività”. Sembrerebbe, davvero, non esserci compatibilità¹⁴. E qui arriviamo davvero al cuore del problema. Un sistema è sostenibile, così come il suo contrario, quando decidiamo che lo sia. Abbiamo più di un dubbio che chi governa la Regione, questo problema se lo sia posto e se lo ponga (e d'altra parte se certi “mondi”, non li si frequenta è improbabile che si possa capire). Dovrebbe, infine, risultare evidente, che il confronto (quello vero) non può ridursi solo a quello con gli enti gestori (la cui tipologia, come abbiamo visto, è variegata), ma deve trovare spazi effettivi di confronto con i soggetti rappresentativi degli interessi degli utenti, che, come abbiamo visto, ne hanno davvero bisogno. E come è noto, non una basta generica configurazione giuridica (di ente non profit) per esercitare questa funzione. C'è da augurarsi che ciò sia chiaro alla Regione.

Accenniamo infine, come detto, alcune brevi note sulle due recenti delibere in tema di **cure intermedie e palliative**.

¹³ Sarà, in proposito, interessante vedere l'esatta collocazione e la tipologia dei “nuovi” 390 posti di cui la Regione ha annunciato la realizzazione (comunicato stampa del 7 agosto 2014, “Definito il programma di investimento sulla residenzialità sanitaria”).

¹⁴ Come abbiamo più volte affermato, ma vale la pena ribadirlo, le problematiche di servizi riabilitativi a termine (vedi post acuzie) o per malati in gravi condizioni, caratterizzati dalla instabilità della condizione clinica, pongono questioni del tutto diverse da quelle di persone con disabilità o con disturbi psichici che fruiscono di servizi diurni e residenziali.

La delibera 960/2014, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3799>, di "regolamentazione delle cure intermedie, definisce questa nuova tipologia di struttura residenziale, introdotta con la dgr 735/2013, **Marche. La riconversione dei piccoli ospedali** (Vedi in proposito, **Le cure intermedie nella riconversione dei piccoli Ospedali delle Marche**). La nuova delibera delinea la funzione dei posti riconvertiti dalla funzione ospedaliera. Sono 165, contro i 195 inizialmente individuati, localizzati in 11 strutture). La capacità recettiva va da 5 a 30. Tutti ad eccezione di due (Montegiorgio e S.Elpidio a Mare) ospitano anche altri servizi residenziali. La dgr definisce la tipologia di utenza, lo standard di personale (superiore a 160 minuti: infermiere ed Oss; 15: fkt, 15: medico) e la tariffa. Fino ad un massimo di 60 giorni l'onere è a carico del fondo sanitario (145 euro). Dopo è prevista la compartecipazione a carico dell'utente/Comune anche se non è indicata con chiarezza l'entità ("il cittadino contribuisce per la quota alberghiera in percentuale analoga alle strutture residenziali. Si fa riferimento alla tipologia R2 come previsto dalla dgr 1195/2013"). Si applicherebbe, dunque la contribuzione prevista per le RSA anziani, così come previsto dalla dgr 704/2006. A quanto ammonterebbe dunque tale quota? A 33 euro o a 41,25 (aumento del 25%) ed eventualmente a quali condizioni? La delibera prevede inoltre che potranno essere riclassificate come CI anche posti delle attuali RSA che hanno "un case mix assistenziale assimilabile", e che potranno essere attivati posti anche presso le Case di Cura Private. Potranno esservi accolti anche malati riconducibili alle cosiddette "Unità di cure residenziali intensive" (codice R1, documento Commissione LEA, **Commissione Nazionale sui LEA sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali**): stati vegetativi o coma prolungato, gravi insufficienze respiratorie, malattie degenerative. Per questi malati il documento ministeriale prevede una assistenza globale sulla persona non inferiore a 210 minuti e un'assistenza medica giornaliera per nucleo di 5 ore. In questi casi, assimilabili alle "Unità speciali" (livello Rd1.4, dgr 1011/2013) non è prevista contribuzione e le prestazioni sono a completo carico del fondo sanitario. Bisognerà verificare come questo potrà accadere nel rispetto degli standard indicati. I requisiti di autorizzazione fanno riferimento a quelli delle RSA (dgr 2200/2000¹⁵) della legge 20/2000. Si inaugura, con una delibera di giunta, nella sostanza, una nuova struttura, attraverso l'assimilazione alle RSA anziani. Va inoltre ricordato che le tipologie di modelli di cure intermedie indicate: a) Ospedale di comunità; b) Struttura intermedia integrata, figurano a tutti gli effetti come posti di RSA anziani. A conferma, ancora una volta, che questi posti sono molto meno di quelli che figurano. Si tratta, va ricordato, di tipologie non presenti tra quelle autorizzabili ai sensi della 20/2000 e della delibera sui requisiti. Correttezza, anche in questo caso, avrebbe imposto, la modifica della dgr 20/2000 attraverso il passaggio in Commissione Consiliare.

Da ultimo la delibera sulle **cure palliative**, **Marche. Linee indirizzo cure palliative**. Riportiamo – in allegato - per intero la parte relativa alla domiciliarità✳. Ognuno, conoscendo la situazione dei servizi domiciliari, potrà fare le proprie considerazioni sui contenuti dell'atto e sulla sua praticabilità. Ma se deliberare rappresenta un preciso impegno e non un gioco a chi la dice (in questo caso la scrive) più grossa occorre davvero mettere alla prova i servizi e denunciarne, eventualmente, l'inadempienza. Perché davvero ad un gioco, di pessimo gusto, una deriva, sembra di assistere. L'unica cosa che sembra interessare appare l'adempimento ministeriale (per non perdere finanziamenti). Raggiunto l'obiettivo null'altro sembra importare. Meno che mai la realizzazione di quello che viene deliberato. Per contrastare questa deriva, non rimane che informare, denunciare, sbugiardare con la sola mobilitazione possibile; quella che una volta si chiamava "dal basso".

Per approfondire

"Quaderni Marche". I dossier del Gruppo Solidarietà sulle politiche regionali, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3755>.

- Gruppo Solidarietà (a cura di), Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>

¹⁵ Per errore nella delibera è indicata erroneamente la dgr 20/2000, invece di 2200/2000.

- **Convegno regionale, Esigenze e diritti delle persone non autosufficienti.** Garanzia dei servizi e qualità delle risposte. Contro ogni forma di istituzionalizzazione, **Ancona 10 ottobre 2014**, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3719>

- **Novità editoriale**, Gruppo Solidarietà (a cura di), **Raccontiamo noi l'inclusione. Storie di disabilità**, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3792>

*** allegato**

2.2.3 Unità operative di Cure Palliative Domiciliari (UCPD)

Le cure palliative domiciliari, nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, risultano inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della terapia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello di assistenza viene erogato dalle UCPD che garantiscono, con personale specificatamente formato, sia gli interventi di base che quelli specialistici. Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di un'equipe professionale e la definizione di un Piano di Cure personalizzato. Tali strutture organizzative erogano inoltre prestazioni assistenziali all'interno delle strutture residenziali per anziani o disabili del territorio competente.

Esse garantiscono, in ottemperanza alla normativa vigente, interventi palliativi di base ed interventi di *equipe* specialistiche multiprofessionali. Gli interventi di base forniscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi ed una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Gli interventi di *equipe* specialistiche multiprofessionali garantiscono la continuità assistenziale, attraverso interventi programmati ed articolati su sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

La composizione dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD), quando necessario è eventualmente integrata con altre figure professionali. Dove possibile, è auspicata l'integrazione degli operatori delle UCPD con quello degli Hospice al fine di prevenire e ridurre il "burn-out" degli operatori e mantenere la continuità assistenziale per i malati ed i propri familiari.

La UCPD necessita di una struttura operativa con le seguenti caratteristiche:

- linea telefonica specifica, fax e collegamento internet, con un proprio indirizzo di posta elettronica;
- servizio di segreteria in grado di rispondere alle chiamate di segnalazione (front-office) dalle ore 8:00 alle 20:00, dal lunedì al venerdì;
- disponibilità di una cartella clinica unica informatica che rispetti i requisiti definiti dalla Regione Marche, consultabile online da tutti gli operatori coinvolti nella Rete Locale di Cure Palliative.

La UCPD garantisce:

- presa in carico tempestiva: primo accesso domiciliare programmato entro 72 ore;
- valutazione settimanale dell'intensità/complessità ed instabilità clinico assistenziale sulla base della quale programmare il numero di accessi domiciliari del personale sanitario (vedi paragrafo 3.3);
- reperibilità telefonica notturna 7 giorni su 7 e diurna il sabato e la domenica da parte di un operatore dell'UCPD che fornisce un primo filtro (triage) e poi inoltra la richiesta, se necessario, alle figure professionali facenti capo alle strutture di continuità assistenziale già in essere in ambito territoriale;
- possibilità di erogare a domicilio prestazioni con carattere prioritario, extra-programmazione, 7 giorni su 7, nonché pronta disponibilità medica sulle 24h.