

Temi e problemi riguardanti i soggetti deboli nelle Marche

Di seguito riportiamo il testo di alcune interrogazioni consiliari, la risposta ed un nostro commento su temi riguardanti gli interventi ed i servizi a favore di soggetti deboli nelle Marche. Riguardano il funzionamento dei servizi domiciliari e residenziali, le modalità di accesso ai servizi ed altre questioni. La documentazione è stata, di volta in volta, pubblicata nel nostro sito, come si può vedere dall'indice sotto riportato. La presentiamo ora anche in un unico testo ritenendo possa rappresentare un utile strumento di informazione e conoscenza.

-
- 1) **Sull'organizzazione e funzionamento nel territorio regionale dell'assistenza domiciliare integrale (Adi)" (luglio 2008) www.grusol.it/informazioni/18-07-08.PDF**
 - 2) **Sulle autorizzazioni di comunità alloggio per persone con disturbi mentali (luglio 2008) www.grusol.it/vocesociale/01-08-08.PDF**
 - 3) **A proposito del geriatra nella Zona territoriale 5 di Jesi (marzo 2008) www.grusol.it/vocesociale/02-04-08.PDF**
 - 4) **Attuazione delibere riguardanti "riqualificazione assistenza anziani non autosufficienti" (ottobre 2007) www.grusol.it/informazioni/06-10-07.PDF**
 - 5) **Organizzazione e funzionamento delle Unità Valutative Distrettuali nella regione Marche (ottobre 2006) www.grusol.it/vocesociale/21-10-06.PDF**
 - 6) **RSA Anziani. Le non risposte dell'assessore alla sanità della regione Marche (gennaio 2006) www.grusol.it/informazioni/31-01-06.PDF**

1) **Sull'organizzazione e funzionamento delle cure domiciliari nelle Marche**

Riportiamo di seguito l'interrogazione del consigliere regionale, Gruppo *Sinistra democratica*, Massimo Binci riguardante l'organizzazione e il funzionamento delle cure domiciliari nelle Marche e la risposta dell'assessore regionale alla salute Almerino Mezzolani (Consiglio regionale del 15 luglio 2008). L'interrogazione poteva essere l'occasione per avere compiute informazioni sul sistema delle cure domiciliari nella nostra Regione. Purtroppo la risposta dell'assessore è stata molto generica e parziale; c'è da presumere, non è certo una buona notizia, che molti dati non siano in possesso dell'assessorato che tra i suoi compiti ha anche quello della programmazione. Tra i dati forniti, invece, c'è quello riferito alla spesa, pari 45.273.000 euro, sostenuta dalla Regione per le cure domicilio (fondo ADI) nel 2007.

L'interrogazione chiedeva quanto di questo finanziamento viene impiegato all'interno delle strutture residenziali, in particolare, che accolgono malati non autosufficienti e quanto effettivamente al domicilio degli utenti. L'assessore non è in grado di chiarire questo punto; spiega, infatti, che *"L'attribuzione di prestazioni Adi erogate alle strutture residenziali non avviene per posto letto, ma sulla base della valutazione della Unità valutativa integrata del singolo caso, per cui non è possibile rispondere a quanto richiesto, cioè una specifica quota assegnata alle strutture residenziali, per lo meno allo stato attuale della contabilità analitica"*.

Pare strano che la Regione non sia in grado di estrapolare questo dato; basterebbe verificare, per le 13 Zone territoriali dell'ASUR, quanto viene speso per le convenzioni con le case di riposo/residenze protette per le quali si utilizza per l'erogazione dell'assistenza sanitaria - ad eccezione della quota di cui alla dgr 1322/2004 - il fondo ADI. Un dato che sarebbe

oltremodo utile venisse fornito e che confidiamo venga rilevato e reso pubblico anche ad integrazione della risposta.

Dispiace inoltre che non si sia fatto alcun cenno al fatto che:

- in molte Zone sanitarie non vengano erogate le prestazioni secondo gli orari indicati (spesso i servizi funzionano solo di mattina);
- non tutte le prestazioni previste vengono erogate (vedi assistenza riabilitativa e accessi della specialistica) così come previsto dalle Linee guida sulle cure domiciliari (dgr 606-2001).

Andrebbe inoltre spiegato cosa significa "assenza di lista di attesa". Se ad esempio l'assistenza riabilitativa non viene fornita è difficile che compaia lista di attesa; ugualmente se prestazioni infermieristiche devono essere fatte di pomeriggio quando il servizio non viene erogato difficilmente c'è lista di attesa. Il servizio non c'è. Punto. La risposta non tocca infine il punto dell'assistenza tutelare (vedi ultima richiesta della interrogazione). Come è noto l'allegato 1c del dpcm 29.11.2001 specifica che le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare sono ripartite al 50% tra sanità e sociale; nelle Marche tale prestazioni, nonostante siano previste, non vengono erogate a domicilio ma parzialmente finanziate, attraverso il fondo ADI, all'interno delle strutture. Per ulteriori approfondimenti su questi stessi temi rimandiamo www.grusol.it/vocesociale.asp (**Fabio Ragaini**)

Interrogazione n. 1022, del Consigliere Massimo Binci

Al Presidente di
Consiglio Regionale
S e d e

Oggetto: **Organizzazione e funzionamento nel territorio regionale dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)**

INTERROGAZIONE

Il sottoscritto consigliere regionale,

premessò che

La programmazione nazionale e regionale pone particolare enfasi riguardo lo sviluppo e il potenziamento delle cure domiciliari al fine di una migliore qualità della vita delle persone non autosufficienti, per ridurre ospedalizzazione e per ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione

considerato che

Il sistema delle cure domiciliari nella nostra Regione è Regolamentato in particolare dalla DGR 606/2001 "Linee guida per le cure regionali" in cui vengono stabilite le prestazioni erogabili in regime ADI insieme alle modalità erogative (giorni alla settimana)

- tali indicazioni trovano applicazione in modo molto eterogeneo nelle diverse Zone territoriali - sia a riguardo delle tipologie di prestazioni che dei tempi di erogazione - ed anche all'interno delle stesse

- nella gran parte dei casi le Zone territoriali non informano i cittadini in merito alle prestazioni garantite ed ai tempi di erogazione

- le prestazioni di assistenza infermieristica, secondo la normativa citata, devono essere garantite con i seguenti standard minimi: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 di pomeriggio; sabato e prefestivi 6 ore di mattina. Inoltre per i casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore

automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza

- le prestazioni di assistenza riabilitativa, secondo la normativa citata, devono essere garantite con i seguenti standard minimi: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 di pomeriggio; sabato e prefestivi 6 ore di mattina

- almeno le seguenti branche specialistiche devono essere garantite al domicilio: geriatria, fisiatria, cardiologia, chirurgia, algologia/anestesia, neurologia, oncologia, psicologia

- non risultano vengano erogate al domicilio dell'utente prestazioni di *assistenza tutelare* che la normativa nazionale vigente specifica essere finanziate al 50% dal fondo sanitario e per il restante dall'utente o dal Comune, mentre le stesse prestazioni vengono riconosciute – sempre attraverso il fondo ADI – per interventi erogati all'interno delle case di riposo e residenze protette

- risulta che gran parte del fondo regionale per l'assistenza domiciliare integrata viene utilizzato per finanziare l'assistenza sanitaria all'interno delle strutture sociosanitarie per anziani non autosufficienti riducendo così fortemente le prestazioni da erogare al domicilio dell'utente

ritenuto che

- il malfunzionamento del sistema delle cure domiciliari ha ricadute sulla qualità della vita delle persone che ne hanno necessità

- tale situazione oltre che danneggiare i cittadini che ne hanno bisogno aumenta i costi a carico del sistema sanitario con un maggior ricorso alla ospedalizzazione, all'allungamento dei tempi di degenza e all'aumento della istituzionalizzazione

interrogano il Presidente della Giunta Regionale

per conoscere:

- il dato riferito all'erogazione dell'ADI all'interno delle Zone territoriali (prestazioni erogate e tempi)

- per quali motivi le Zone territoriali non rispondono alle indicazioni regionali in tema di cure domiciliari negando ai cittadini prestazioni di cui hanno necessità e diritto

- la cifra del fondo per le cure domiciliari utilizzata all'interno delle strutture residenziali che ospitano anziani malati non autosufficienti

- per quale motivo le prestazioni di assistenza tutelare vengono erogate all'interno delle strutture e non al domicilio dell'utente

Si chiede risposta urgente nel prossimo Consiglio Regionale

La risposta dell'assessore alla salute della Regione Marche

Consiglio Regionale del 15 luglio 2008

Interrogazione n. 1022 del Consigliere Binci

"Organizzazione e funzionamento nel territorio regionale dell'assistenza domiciliare integrale (Adi)"

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1022 del Consigliere Binci. Per la Giunta risponde l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Questa interrogazione è stata presentata in data 24 aprile 2008 e il Consigliere Binci partiva da una premessa, cioè che la programmazione nazionale e regionale poneva e pone particolare enfasi riguardo lo sviluppo e il potenziamento delle cure domiciliari al fine di una migliore qualità della vita delle persone non autosufficienti, per ridurre ospedalizzazione e per ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione.

Inoltre faceva delle considerazioni, che leggerò nei punti in quanto poi a discendere da questi enuncerò le risposte.

"Considerato:

- *che il sistema delle cure domiciliari nella nostra regione è regolamentato in particolare dalla deliberazione della Giunta regionale 606/2001 relativa alle linee guida per le cure regionali, in cui vengono stabilite le prestazioni erogabili in regime Adi insieme alle modalità erogative (giorni alla settimana);*
- *che tali indicazioni trovano applicazione in modo molto eterogeneo nelle diverse Zone territoriali, sia a riguardo delle tipologie di prestazioni che dei tempi di erogazione, ed anche all'interno delle stesse;*
- *che nella gran parte dei casi le Zone territoriali non informano i cittadini in merito alle prestazioni garantite ed ai tempi di erogazione;*
- *che le prestazioni di assistenza infermieristica, secondo la normativa citata, devono essere garantite con i seguenti standard minimi: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 di pomeriggio; sabato e prefestivi 6 ore di mattina. Inoltre per i casi individuati dall'Unità di valutazione del distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza;*
- *che le prestazioni di assistenza riabilitativa, secondo la normativa citata, devono essere garantite con i seguenti standard minimi: dal lunedì al venerdì 6 ore di mattina e 3 di pomeriggio; sabato e prefestivi 6 ore di mattina;*
- *che almeno le seguenti branche specialistiche devono essere garantite al domicilio: geriatria, fisioterapia, cardiologia, chirurgia, algologia/anestesia, neurologia, oncologia, psicologia;*
- *che non risultano vengano erogate al domicilio dell'utente prestazioni di assistenza tutelare che la normativa nazionale vigente specifica essere finanziate al 50 per cento dal fondo sanitario e per il restante dall'utente o dal Comune, mentre le stesse prestazioni vengono riconosciute, sempre attraverso il fondo Adi, per interventi erogati all'interno delle case di riposo e residenze protette;*
- *che risulta inoltre che gran parte del fondo regionale per l'assistenza domiciliare integrata viene utilizzato per finanziare l'assistenza sanitaria all'interno delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti riducendo così fortemente le prestazioni da erogare a domicilio dell'utente;*

Ritenuto:

- *che il malfunzionamento del sistema delle cure domiciliari ha ricadute sulla qualità della vita delle persone che ne hanno necessità;*
- *che tale situazione oltre che danneggiare i cittadini che ne hanno bisogno aumenta i costi a carico del sistema sanitario con un maggior ricorso alla ospedalizzazione, all'allungamento dei tempi di degenza e all'aumento della istituzionalizzazione;"*

Rispetto a queste considerazioni l'interrogazione vuole conoscere:

- "1) il dato riferito all'erogazione dell'Adi all'interno delle Zone territoriali (prestazioni erogate e tempi);*
- 2) per quali motivi le Zone territoriali non rispondono alle indicazioni regionali in tema di cure domiciliari negando ai cittadini prestazioni di cui hanno necessità e diritto; 3) la cifra del fondo per le cure domiciliari utilizzata all'interno delle strutture residenziali che ospitano anziani malati non autosufficienti;*
- 4) per quale motivo le prestazioni di assistenza tutelare vengono erogate all'interno delle strutture e non al domicilio dell'utente."*

In merito al punto numero 1 dell'interrogazione va premesso che nella nostra Regione le modalità di erogazione delle prestazioni ai pazienti in regime di assistenza domiciliare sono quelle previste dalla d.g.r. 606/01 relativa alle linee guida regionali per le cure domiciliari, per quanto attiene alla attivazione del servizio da parte del distretto sanitario esso è immediato per le prestazioni semplici (prelievo, cambio catetere) e comunque entro e non oltre le 48 ore dal recepimento della richiesta/proposta per i casi in cui il medico di medicina generale, l'Ups o il medico del reparto, in occasione di dimissioni protette, ritengono talune situazioni compromissorie per la salute ed il benessere psico-fisico della persona, in attesa della valutazione e definizione del progetto personalizzato da parte della Uvd (Unità di valutazione distrettuale). Inoltre, dal bilancio consuntivo Asur anno 2007 riscontriamo: relativamente al settore dell'assistenza domiciliare integrata, va innanzitutto specificato che rispetto all'anno 2006, nell'anno 2007 è stato adottato un nuovo modello di rilevazione dei dati di attività, in cui sono state previste voci che oltre a quelle relative ai dati numerici sono in grado di offrire una lettura che consente di avere informazioni sul grado di complessità delle prestazioni rese.

Nell'anno 2008 si ha come obiettivo la uniforme ed omogenea rilevazione dei dati nelle 13 zone territoriali che come appare evidente in alcune zone ha ancora necessità di essere affinato.

Dall'analisi dei dati si evidenzia un incremento dei casi trattati (7% circa) ed un aumento di complessità degli stessi, volendo significare che sono stati coinvolti nei processi delle cure domiciliari più figure professionali, ad esempio i terapisti della riabilitazione per un numero totale di ore nel 2007 pari a 95.594 rispetto alle 73.684 del 2006, con un impegno professionale che passa da 3,5 a circa 5 ore per paziente trattato. La successiva tabella evidenzia, altresì, l'assoluta mancanza di liste di attesa e fa emergere il dato assolutamente positivo circa l'attenzione posta verso questo livello assistenziale.

I dati di attività provenienti dalla medesima fonte sono i seguenti - leggo le cifre totali, ma lei, Consigliere Binci, ha la tabella zona per zona -: i casi trattati sono stati in totale 15.883, gli anziani trattati sono stati 13.484, i malati terminali sono stati 1.626, gli utenti in lista di attesa sono stati 8, gli accessi del personale medico sono stati 135.455, gli accessi del personale medico rivolto agli anziani sono stati 69.050, gli accessi del personale medico rivolto ai malati terminali sono stati 11.699.

Per quanto al punto 3 (fondo per le cure domiciliari) si precisa che il finanziamento è generico ed indistinto per il livello Adi sia che le prestazioni siano erogate al domicilio dell'utente, sia che l'assistenza venga fornita nelle strutture residenziali.

Dal modello LA definitivo per l'anno 2006 alla voce Assistenza programmata a domicilio (Adi) risulta un costo pari a € 43.769.000, mentre per l'anno 2007 il valore risulta essere di € 45.273.000.

L'attribuzione di prestazioni Adi erogate alle strutture residenziali non avviene per posto letto, ma sulla base della valutazione della Unità valutativa integrata del singolo caso, per cui non è possibile rispondere a quanto richiesto, cioè una specifica quota assegnata alle strutture residenziali, per lo meno allo stato attuale della contabilità analitica.

Per quanto concerne i punti 2 e 4 si precisa che sono in corso di predisposizione nuove linee guida e/o regolamenti sull'Adi coerenti con il Piano sanitario regionale attualmente vigente.

Nel frattempo la Regione Marche ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza che fornisce un ulteriore supporto economico, integrandosi tra competenza sociale e sanitaria, e che ricomprende nelle sue azioni anche il potenziamento dell'assistenza domiciliare in una integrazione complessiva del percorso assistenziale dell'anziano fragile nell'ambito del suo contesto usuale di vita.

Va peraltro tenuto presente che l'allora Ministero della salute aveva emanato nuove linee guida sulla modalità classificativa delle cure domiciliari e che tali indirizzi sono stati recepiti all'interno del nuovo dpcm sui Livelli essenziali di assistenza ancora in corso di pubblicazione.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Dalla risposta mi sembra che l'Assessore confermi che al momento c'è un finanziamento generico per l'assistenza domiciliare senza la possibilità di rilevare la quota che va sulle strutture residenziali che ospitano malati non autosufficienti e non si riesce a desumere quanta parte dei servizi viene data per l'assistenza domiciliare.

Questa è una questione importante. L'Assessore fa rilevare che dal 2007 c'è un nuovo modello di rilevazione e nel 2008 c'è addirittura una rilevazione dei dati suddivisa per zone territoriali, quindi chiedo all'Assessore

di inserire la possibilità – basterebbe semplicemente una casella con una crocetta – di indicare se l'assistenza è stata prestata presso strutture residenziali o presso il domicilio. Ciò è importante altrimenti non c'è la possibilità di verificare tutte quelle cose che ho chiesto.

La somma delle prestazioni erogate non garantisce che le zone territoriali non informano i cittadini in merito alle prestazioni garantite e ai tempi di erogazione. E' importante che le famiglie che si trovano in difficoltà vengano informate rispetto alle prestazioni di cui hanno diritto.

L'altra questione è l'applicazione delle varie tipologie di prestazioni tra le diverse Zone territoriali. E' importante che ci sia omogeneità di trattamento di un servizio pubblico, come quello della salute, tra le diverse Zone territoriali, altrimenti si avrà una diversa ripartizione delle risorse tra chi abita in una zona più attenta rispetto a chi abita in una zona meno attenta che non informa sui diritti.

Altra questione è in merito agli standard minimi della qualità dell'assistenza riabilitativa a domicilio. La legge prevede che per alcuni pazienti, tipo quelli oncologici o in trattamento per il dolore oppure i pazienti con respiratore automatico o in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare deve essere garantito anche nei giorni festivi e prefestivi. Molte volte questo non viene fornito, quindi dovrebbe esserci un intervento e un controllo dell'Assessorato per garantire questi livelli minimi di assistenza.

Pertanto la questione fondamentale è quella di verificare la ripartizione in quanto se tutto o gran parte del budget viene assorbito dall'assistenza presso le strutture residenziali, poi le Zone territoriali non hanno risorse per l'assistenza domiciliare. Questo è un aspetto importante che spero l'Assessore voglia continuare a monitorare e spero anche ad organizzare la rilevazione dei dati da cui si possa desumere la qualità del servizio erogato.

2) Riguardo alle autorizzazioni di comunità alloggio per persone con disturbi mentali

Riportiamo di seguito l'interrogazione del Consigliere regionale, gruppo sinistra democratica, Massimo Binci in merito alle autorizzazioni a livello regionale delle comunità alloggio per persone con disturbi mentali, insieme alla risposta, nella seduta del Consiglio regionale del 29 luglio, dell'assessore ai servizi sociali Marco Amagliani. Come viene spiegato nell'interrogazione queste strutture hanno (legge 20/2002 e Regolamenti attuativi) funzione abitativa e sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale e destinate a soggetti con buoni livelli di autonomia tali da non richiedere un supporto assistenziale permanente. L'interrogante spiega che risulterebbero invece essere presenti autorizzazioni per "comunità alloggio per persone con disturbi mentali", con copertura assistenziale sulle 24 ore invece che - come da Regolamento 3-06 - un semplice servizio di assistenza domiciliare per le funzioni di supporto alle persone e nella gestione della casa, ciò significherebbe che l'utenza ospitata è incompatibile con l'autorizzazione ricevuta. Nella risposta l'assessore afferma che risultano autorizzate 10 comunità di questo tipo e che non risultano coperture assistenziali sulle 24h (che renderebbe incompatibile l'utenza ospitata con la struttura autorizzata). Risulta invece che nel solo territorio dell'Ambito sociale 9 di Jesi sono presenti 3 strutture (peraltro una con accorpamento cosa del tutto fuori dalla logica di queste comunità) aventi questa autorizzazione che hanno assistenza su 24 ore e con retta a carico di ASI e Comune/Utente (si veda lettera allegata dello scorso 26 giugno). Si invita pertanto la Regione a volersi attivare per la necessaria verifica ed ha provvedere, nel caso ciò fosse confermato alla, come affermato, "revoca immediata della autorizzazione".
(Fabio Ragaini)

Gruppo Solidarietà, Via Fornace 23, 60030 Moie di Maiolati S. (AN). Tel. e fax 0731.703327 - grusol@grusol.it

26 giugno 2008

- Presidente Conferenza sindaci Ambito 9
- Coordinatore Ambito sociale 9
- e p.c. - Direttore ASUR Zona 5
- Dirigente servizi sociali Regione Marche

Oggetto: Autorizzazioni “Comunità alloggio per persone con disturbi mentali”

Nell’Ambito territoriale sociale 9 di Jesi sono state autorizzate, se le nostre informazioni sono corrette, tre *Comunità alloggio per persone con disturbi mentali* (2 nuclei nella comunità *Soteria*, 1 nucleo nel comune di Monteroberto), ai sensi della legge regionale 20/2002.

La tipologia delle comunità alloggio (funzione abitativa e di accoglienza abitativa) si caratterizza (art. 3, comma 2) per la bassa intensità assistenziale e sono destinate a soggetti autosufficienti privi di un valido supporto familiare. Nello specifico, *le comunità alloggio per persone con disturbi mentali* si caratterizzano per essere rivolte a soggetti con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale di tipo sanitario; le comunità sono parzialmente autogestite, collegate se necessario con un servizio di assistenza a carattere domestico.

Queste stesse comunità, come è facile desumere dagli obiettivi e della tipologia di utenza sopra richiamata, non hanno uno standard di assistenza definito come tutte le altre comunità con funzione tutelare e protetta (art. 3, comma 3 e 4) , prevedono infatti soltanto l’attivazione (requisito 10) di un servizio di assistenza domiciliare di supporto e la presenza programmata degli operatori del DSM (requisito 11).

E’ quindi del tutto evidente che queste comunità, in ragione della autorizzazione sociale, sono destinate a soggetti con alti livelli di autonomia, prevedono l’attivazione del servizio di assistenza domiciliare e la presenza programmata di operatori del DSM. La risposta a bisogni diversi, in regime residenziale, deve dunque essere trovata all’interno delle strutture del Progetto Obiettivo salute mentale del 2004 e con il percorso autorizzativo della legge 20/2000. Il fatto che le strutture sopra richiamate siano a copertura h24, con conseguente retta dimostra l’incongruità della autorizzazione rispetto all’utenza ospitata.

E’ peraltro importante ribadire che ai fini del rilascio dell’autorizzazione, il rispetto dei requisiti strutturali ed organizzativi non può prescindere dal ben più importante requisito della compatibilità tra utenza ospitata e tipologia di struttura. Ci si è posti la domanda con quale standard di personale (rapporto operatore/utente) e tipologia di figure professionale operano queste strutture? Sulla base di quali riferimenti regionali?

Sulla base delle considerazioni sopra esposte si ritiene pertanto che l’autorizzazione rilasciata sia incompatibile con la tipologia di struttura. Si resta pertanto in attesa di un compiuto chiarimento. Alla regione Marche che legge per conoscenza si chiede per l’ennesima volta l’attivazione di procedure di verifica rispetto ai percorsi autorizzativi della legge 20/2002. E’ del tutto evidente che autorizzazioni incoerenti con le tipologie di strutture previste dalla legge 20/2002, come in questo caso, vanificano nei fatti il modello di diverse tipologie di strutture a seconda dei diversi bisogni degli utenti; nel caso in oggetto la situazione è ancora più grave perché si identificano strutture sociali, che non prevedono giustamente standard assistenziali e tanto meno hanno obiettivi terapeutici, per l’accoglienza di persone con disturbi mentali che dovrebbero afferire al sistema dei servizi territoriali della salute mentale.

Sollecitando un rapido riscontro della presente si inviano cordiali saluti

Per Gruppo Solidarietà

Fabio Ragaini



Interrogazione n. 1011 del Consigliere Binci del 3 aprile 2008

**Comunità alloggio per persone con disturbi mentali e Comunità alloggio disabili
(legge regionale 20/2002)**

(Svolgimento)

Al Presidente di
Consiglio Regionale
S e d e

INTERROGAZIONE

Il sottoscritto consigliere regionale,

premesse che

- Con la legge n. 20/2002, “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale” la regione Marche ha inteso garantire la qualità delle prestazioni socio assistenziali e sociosanitarie erogate nelle strutture diurne e residenziali.
- All'interno delle strutture residenziali sono state definite diverse tipologie di struttura, tra queste le strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa, caratterizzate da bassa intensità assistenziale, destinate a soggetti autosufficienti privi di un valido supporto familiare e distinte in: a) strutture per minori: comunità familiare; b) strutture per disabili: comunità alloggio; c) strutture per anziani: comunità alloggio e casa-albergo; d) strutture per persone con problematiche psico-sociali: comunità alloggio, comunità familiare, alloggio sociale per adulti in difficoltà e centro di pronta accoglienza per adulti.
- Con il Regolamento regionale 1-2004 come modificato dal Regolamento n. 3 del 24 ottobre 2006 sono stati definiti i requisiti funzionali strutturali e organizzativi, nonché le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di queste strutture.

considerato che

- le strutture con funzione abitativa caratterizzate da bassa intensità assistenziale sono destinate a soggetti con buoni livelli di autonomia tali da non richiedere un supporto assistenziale permanente.
- Risulterebbero invece essere presenti autorizzazioni per “comunità alloggio per persone con disturbi mentali”, con copertura assistenziale sulle 24 ore invece che - come da regolamento 3-06 - un semplice servizio di assistenza domiciliare per le funzioni di supporto alle persone e nella gestione della casa, ciò significherebbe che l'utenza ospitata è incompatibile con l'autorizzazione ricevuta

ritenuto che

- tale situazione determinerebbe una assoluta incompatibilità tra classificazione e funzione vanificando così le indicazioni contenute nella legge 20/2002 e nei Regolamenti regionali 1-2004 e 3-2006 che prevedono diverse tipologie di strutture a seconda delle esigenze degli utenti.

interrogano il Presidente della Giunta Regionale

per conoscere:

- quante strutture alla data odierna nel territorio regionale sono state autorizzate come “comunità alloggio per persone con disturbi mentali”, e come “comunità alloggio disabili”;
 - se tra le strutture autorizzate ce ne sono con copertura assistenziale nelle 24 ore e conseguente retta giornaliera, dunque con tipologia di utenza incompatibile con quella ospitata; per quali motivi è stata concessa autorizzazione e come si intende procedere per la revisione della stessa assicurando così l'accoglienza degli utenti nelle strutture ad essi deputate
-

Consiglio regionale del 29 luglio 2008

La risposta dell'assessore ai servizi sociali Marco Amagliani

Marco AMAGLIANI. Con l'approvazione della I.r. 20/02 e del successivo regolamento la Regione ha inteso garantire la qualità delle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie erogate nelle strutture diurne e residenziali.

In questi anni dall'approvazione della legge la Regione ha altresì voluto sostenere questo processo attraverso finanziamenti aggiuntivi, sia in ordine alla qualità organizzativa e assistenziale, sia in ordine alla qualità strutturale mettendo a disposizione finanziamenti specifici per compartecipare alla spesa di adeguamento delle strutture ai requisiti di legge.

La legge ha distinto le strutture in base alla intensità assistenziale individuando in tale prospettiva: le strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa caratterizzate da bassa intensità assistenziale; le strutture con funzione tutelare, caratterizzate da media intensità assistenziale; le strutture con funzione protetta, caratterizzate da un altro livello di intensità e complessità assistenziale.

La legge ha poi attribuito la competenza a concedere l'autorizzazione ai Comuni nel cui territorio è ubicata la struttura tant'è – recita l'articolo 10 della l.r. 20/02 – che il Comune, accertata la sussistenza dei requisiti, in base ai criteri regionali rilascia l'autorizzazione. Affidando la competenza ai Comuni la norma prevede che anche la verifica periodica dei requisiti venga effettuata dai Comuni i quali – ai sensi dell'articolo 12 della norma in questione – anche avvalendosi dei servizi del Dipartimento di prevenzione della Zona competente per territorio, procedono a verifiche ispettive tese all'accertamento della permanenza dei requisiti. Ai fini dell'esercizio di tali funzioni il successivo regolamento attuativo della l.r. 20/02 (Regolamento regionale 1/04 e successive modifiche) prevedeva la possibilità per il Comune di avvalersi di una apposita commissione tecnico-consultiva costituita presso ciascun ambito territoriale e presieduta dal coordinatore di ambito. La commissione doveva essere costituita da esperti in materia di edilizia, impiantistica, organizzazione e gestione di strutture sociali desinati dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito nonché da un medico del dipartimento di prevenzione designato dalla Zona territoriale. Detta commissione viene altresì individuata anche per supportare i Comuni nelle attività di verifiche e di controlli delle strutture autorizzate.

La Regione, oltre a svolgere funzioni generali legate soprattutto alla definizione e aggiornamento dei criteri di autorizzazione, gestisce – in base all'art. 10 del regolamento - l'anagrafe regionale delle strutture e dei servizi autorizzati, Anagrafe istituita con decreto n. 4/07 sulla base dei dati inviati dai Comuni su un'apposita scheda entro trenta giorni dalla data di rilascio della autorizzazione alle strutture o dalla comunicazione da parte delle stesse dell'eventuale variazione dello stato dell'attività, della capacità ricettiva o della tipologia. Quindi il sistema posto in essere ci mette nelle condizioni di governare un sistema ad alta complessità organizzativa, fermo restando che accanto alle indicazioni di legge la Regione sta predisponendo ulteriori atti che intervengono nella definizione dei criteri tariffari delle strutture e dei criteri di compartecipazione al costo da parte dei cittadini.

Le strutture indicate dall'interrogazione rientrano tra quelle a cui è attribuita la funzione abitativa e di accoglienza di cui risultano ufficialmente autorizzate: n. 3 comunità alloggio per disabili; n. 10 comunità alloggio per persone con disturbi mentali.

Ad oggi, dai dati a nostra disposizione, non ci risultano coperture assistenziali nelle 24 ore e conseguente retta giornaliera e dunque con tipologia incompatibile con l'utenza ospitata, trattandosi oltretutto di strutture a bassa intensità assistenziale:

- Comunità alloggio per disabili: struttura residenziale parzialmente auto-gestita destinata a soggetti maggiorenni con disabilità fisica, intellettuale o sensoriale che mantengono una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa;
- Comunità alloggio per persone con disturbi mentali: servizio residenziale di tipo familiare per persone che hanno concluso il programma terapeutico-riabilitativo in strutture e servizi sanitari che necessitano di sostegno nei percorsi di autonomia o di inserimento o reinserimento sociale. Nel caso di Comunità alloggio per persone con disturbi mentali il decreto del governo sui Lea del 2001 e il successivo "Progetto obiettivo tutela salute mentale" del 2004 della Regione Marche prevede la possibilità di inserimento di soggetti malati mentali in strutture sociali a bassa intensità assistenziale, ma solo dietro valutazione multidisciplinare del dipartimento salute mentale e adeguato corrispettivo finanziario e compatibilmente con le caratteristiche della struttura che non prevede la possibilità di inserimento di situazioni gravi con copertura assistenziale nelle 24 ore.

Nel caso comunque si verificasse, attraverso le commissioni di ambito, la presenza di situazioni come quelle evidenziate dal Consigliere Binci sarà premura della Regione andare a verificare direttamente lo stato delle cose, coinvolgere i Comuni competenti, far intervenire la Commissione di ambito e, nel caso di irregolarità, invitare il Comune competente alla revoca immediata della autorizzazione.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Questa mia interrogazione non ha un intento repressivo, ma vuole essere a tutela di un adeguato livello di assistenza per le persone con gravi difficoltà, cioè per quelle persone in condizione di non autosufficienza che dovessero trovarsi all'interno di strutture che non danno assistenza di tipo continuativo.

Il fatto che il controllo dei requisiti sia solo in mano ai Comuni è una questione che deve essere affrontata. La Regione dovrebbe predisporre, almeno in una percentuale minima, dei controlli a spot, in modo da tutelare il pubblico interesse dell'utente.

A tale funzione potrebbero – come ha detto l'Assessore – essere obbligatoriamente deputate le Commissioni di Ambito. Peraltro gli Ambiti ormai hanno iniziato ad essere operativi in tutta la regione ottenendo anche grandi risultati positivi. Al loro interno troviamo il coinvolgimento di tutte le strutture comunali, quindi la funzione di controllo potrebbe essere svolta dall'Ambito, ma dovrebbe essere prevista obbligatoriamente. Ovviamente ognuno per le strutture ricadenti nel proprio Ambito.

E' una modalità semplice affinché possa esserci ogni due anni una verifica degli standard e del tipo di assistenza prestata.

L'altra questione importantissima di cui ha parlato l'Assessore è quella dei criteri tariffari di compartecipazione, criteri che è importante vengano emanati al più presto.

Peraltro è un problema che esiste anche per le altre strutture residenziali che interessano la sanità e che sono state precedentemente oggetto di un'altra mia interrogazione.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario di fatto, specialmente per gli anziani non autosufficienti, sul territorio si verificano diversità di prestazioni per i familiari. Sulla questione dei 33 euro, più il 25% che deve pagare la Regione, alcune strutture – farò avere le interrogazioni all'Assessore Mezzolani –, benché convenzionate, non vogliono sottostare alla definizione di un prezzo. E questa, secondo me, è una condizione di non convenzione, perché se non riusciamo a determinare un prezzo unico almeno per le prestazioni minime, ovviamente poi non c'è uguaglianza tra i cittadini del territorio regionale.

Le prestazioni aggiuntive, che alcune strutture dicono di prestare, non possono essere obbligatorie.

Presenterò all'Assessore la nota di risposta di una Casa di cura nella quale viene detto che non è tenuta ad osservare il prezzo di convenzione fatto con la Regione. Ciò è molto grave, lede i diritti di tutto il settore di assistenza agli anziani.

Ringrazio comunque l'Assessore Amagliani per questa sua risposta.

3) A proposito del geriatra nella Zona territoriale 5 di Jesi

Come, purtroppo, spessissimo accade solo a seguito di interrogazioni consiliari si riesce ad avere dalle Amministrazioni delle risposte. Dall'ottobre 2005, ad esempio, il Gruppo Solidarietà chiede al direttore della Zona 5 di Jesi come mai pur essendo in pianta organica un unico geriatra, lo stesso è stato affidato ad altre funzioni. Ad oggi nessuna risposta, insieme a molte altre, è stata fornita; a dire il vero grande celerità non l'ha avuta neanche la regione Marche se all'interrogazione del consigliere di Sinistra democratica, Massimo Binci, la risposta è stata data dopo circa 18 mesi e a seguito di ripetute sollecitazioni.

I fatti sono descritti nella interrogazione e meglio ancora spiegati nella risposta. La domanda, cui non è stata data risposta è la seguente: **Serve o no** la competenza dell'unico geriatra presente in pianta organica, in una Zona di 100 mila abitanti? **Serve o no** la competenza all'interno dei servizi di un geriatra in un territorio con una popolazione con oltre 23.000 ultrasessantacinquenni? Con 60 posti di RSA, e con oltre 400 anziani non autosufficienti ospiti nelle 13 case di riposo-residenze protette? **Serve o no** la presenza di un geriatra all'interno della Unità valutativa distrettuale (ancorché previsto dalla normativa regionale: L.g. sulle cure domiciliari, Psr 2003-06, Progetto obiettivo anziani) e al sistema delle cure domiciliari? Insomma è utile o inutile? **Serve o no** al sistema dei servizi? Secondo la Zona 5 è inutile.

Queste sono le domande cui occorrerebbe dare una risposta a tutela delle esigenze degli utenti dei servizi. Non si tratta di adempimenti burocratici o formali come la risposta vorrebbe

far credere. Si tratta di sostanza e di – sembrerà strano - principi; che poi il medico in pianta organica che per 10 anni ha svolto un altro lavoro esprima la difficoltà a rientrare in quel ruolo è del tutto legittimo. Ma si tratta di altro problema (tra un dipendente e l'amministrazione) che non può riguardare gli utenti dei servizi.

La questione riguarda per intero la direzione aziendale che ritiene più utile che l'unico geriatra presente nella Zona 5, sia destinato ad altra funzione e si occupi di piani comunitari di salute.
(Fabio Ragaini)

L'interrogazione

Interrogazione n. 562/2006 del consigliere Binci

Al Presidente di
Consiglio Regionale
S e d e

Oggetto: **Geriatra Zona 5 di Jesi assegnato ad altra funzione**

INTERROGAZIONE

Il sottoscritto consigliere regionale,

premessò che

la normativa nazionale e regionale

- assegna al geriatra un importante ruolo all'interno del sistema dei servizi (domiciliari, diurni residenziali) rivolti agli anziani
- Per la popolazione ultrasessantacinquenne è prevista all'interno dell'Unità di valutazione distrettuale la presenza del geriatra così come recentemente ribadito dal Progetto obiettivo anziani della regione Marche

considerato che

- nella Zona territoriale 5 di Jesi, pur essendo in pianta organica un unico geriatra da oltre due anni tale funzione non viene esplicata;
- da oltre un anno lo stesso è stato assegnato ad altra funzione

ritenuto che

- tutto ciò determina una ricaduta negativa sugli utenti anziani non autosufficienti che necessitano di detta figura;
- viene meno la presenza all'interno della Unità Valutativa distrettuale e all'interno del sistema dei servizi
- tale mancanza è stata più volte richiamata anche dalle strutture sociosanitarie residenziali territoriali

interrogano il Presidente della Giunta Regionale

per sapere con quali motivazioni la Zona 5 pur avendo in pianta organica la presenza del geriatra e pur avendolo a disposizione lo ha destinato ad altra funzione

Si chiede risposta urgente nel prossimo Consiglio Regionale

La risposta dell'Assessore alla salute della Regione Marche

Ancona, li 18/03/2008

AL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
SEDE

Oggetto: Interrogazione n. 562/2006 del consigliere Binci su “Geriatrics Zona 5 di Jesi assegnato ad altra funzione”

In merito alla interrogazione in oggetto si fa presente quanto segue.

La normativa regionale delle Marche, negli strumenti della programmazione, ha fatto una scelta di politica sanitaria che prevede il coinvolgimento di competenze multidisciplinari nella Unità Valutativa Distrettuale. A tal fine nel Piano Sanitario 1998-2000 si introduce il cambiamento da Unità Valutativa Geriatrica a Unità Valutativa Distrettuale (UVD) che, specificamente, prevede una équipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi. Nella stessa normativa vengono indicati i componenti della UVD che sono figure fisse integrate di volta in volta dalle figure professionali necessarie.

Il coinvolgimento di competenze di tipo geriatrico è necessario nella valutazione multidimensionale e non solo specialistica, ma la somministrazione degli strumenti valutativi non è prerogativa del geriatra ma anche di altre figure professionali presenti nella UVD.

Nella ASUR Zona Territoriale n. 5 la figura del geriatra è stata presente fino al 2005, nella persona della dr.ssa P. T. con incarico a tempo determinato in sostituzione del Dr. A. M. in aspettativa istituzionale, che si è dimessa nel 2005.

Successivamente a tale dimissione e considerato che la dotazione organica permette una certa flessibilità nell'utilizzo delle figure professionali a seconda delle esigenze prioritarie, la Direzione ha scelto di privilegiare la presenza di figure equipollenti, in questo caso il fisiatra, che già operavano all'interno della UVD, integrate ed organizzate e ugualmente in grado di partecipare alla valutazione multidisciplinare.

Quando nel maggio 2005 è rientrato il geriatra Dr. A. M. si sono evidenziati i seguenti problemi:

- a seguito del mandato regionale mancava da circa 10 anni da una attività clinica e lo stesso esprimeva la sua difficoltà etica a rientrare adeguatamente come clinico;
- sceglieva il rapporto lavorativo part-time.

La direzione, considerato che la formazione di una équipe multidisciplinare valida e integrata così come era in atto nella ASUR ZT n. 5 richiede tempo, ha fatto una scelta di tipo organizzativo e non burocratico preferendo lasciare la UVD così come era organizzata con le figure professionali al momento presenti, dal momento che aveva dimostrato di essere in grado di funzionare in modo sperimentato e di garantire la propria attività nel rispetto dei principi regionali.

Allo stesso tempo la Direzione ha colto l'opportunità di utilizzare il grande bagaglio di esperienze professionali del Dr. M. affidandogli il progetto di sviluppare dei Piani Comunitari di Salute dal momento che, per volontà regionale, la Zona Territoriale n. 5 è l'unica zona ad essere stata individuata per la sperimentazione del progetto.

La UVD, nel frattempo diventata Unica nell'ambito della riorganizzazione distrettuale, ha svolto e svolge il suo ruolo sia nei percorsi delle dimissioni protette che nello specifico delle strutture socio-sanitarie residenziali e negli ultimi mesi ha cercato di privilegiare la valenza integrativa socio-sanitaria tanto che, dopo qualche mese di lavoro di un gruppo multidisciplinare formato da tecnici della ZT e dell'Ambito, è all'approvazione della Conferenza dei Sindaci il regolamento della Unità Valutativa Distrettuale Integrata.

In ogni caso la Direzione si riserva di valutare ogni possibile soluzione che possa scaturire da eventuali esigenze di servizio tali da richiedere una maggiore presenza di altre professionalità.
Cordiali saluti

Almerino Mezzolani

4) Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti nelle Marche. Dopo due anni la Regione rispondendo ad una interrogazione consiliare fornisce i dati

Di seguito riportiamo la risposta (ad eccezione delle tabelle che non sono disponibili in formato elettronico) che l'Assessore alla salute della regione Marche, Almerino Mezzolani, nella seduta del Consiglio regionale del 2 ottobre, ha fornito alla interrogazione del consigliere Massimo Binci che chiedeva informazioni in merito allo stato di attuazione della cosiddetta "riqualificazione" - derivante da un finanziamento del 2005 pari a 10 milioni di euro - dell'assistenza sociosanitaria per anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali.

Finalmente a circa due anni dall'avvio dell'aumento di assistenza (novembre 2005) la Regione riesce a fornire alcuni dati. Dopo le reiterate richieste del Comitato Associazioni Tutela (CAT) ed anche del difensore civico regionale (tutte rinvenibili in www.grusol.it al link **voce sul sociale**) c'è voluta una interrogazione consiliare dello scorso luglio perché si fornissero alcune informazioni al riguardo.

Occorre premettere che oggetto della interrogazione non è stata la situazione dell'attuale scandalosa situazione riguardante l'assistenza sociosanitaria residenziale nelle Marche (per un approfondimento si rimanda al quaderno del Gruppo Solidarietà, **Quelli che non contano, soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche**, 2007) rivolta ad anziani malati non autosufficienti; va ricordato, infatti, che meno del 10% dei malati ospiti di strutture assistenziali riceve l'assistenza prevista dalla normativa regionale; circa il 50% ne riceve la metà e il restante 40 usufruisce di circa il 10% di quella stabilita. Giova ancora ricordare che il recente Piano sanitario non ha assunto alcun concreto impegno per modificare tale vergognosa situazione (Cfr, al riguardo, **Il piano sanitario della regione Marche. Una cattiva notizia per i malati non autosufficienti**, *Appunti sulle politiche sociali*, n. 5-07, consultabile in www.grusol.it).

Riguardo ai contenuti della risposta si formulano le seguenti considerazioni:

a) sappiamo finalmente per ogni Zona territoriale quali strutture ed il numero di posti letto destinatari del finanziamento volto ad aumentare l'assistenza; ciò permetterà di verificare il rispetto dei contenuti della convenzione prevista dalla delibera 709/2006;

b) non è chiaro invece dalla risposta se il finanziamento di circa 7.5 milioni di euro del 2005 per l'aumento di assistenza all'interno delle residenze sia stato effettivamente speso (il finanziamento annuale si è alla fine trascinato per 3 anni?); il riferimento alla spesa effettuata (quesito 3) non chiarisce se i 2.507 posti indicati hanno tutti usufruito dell'aumento di assistenza. Per il 6% dei posti letto (circa 130 posti), l'assessore riferisce di non avere ricevuto informazioni. Una Regione può accettare che a distanza di due anni non le si forniscano informazioni esaurienti? A questo vanno aggiunti i 2.5 milioni di euro riguardanti l'aumento del numero di posti letto in RSA che è stato sospeso; che ne è di questo finanziamento?

c) nessuna informazione viene inoltre fornita al quesito riguardante l'abbassamento delle rette nel caso in cui l'assistenza veniva già fornita con oneri a carico degli utenti. Le strutture, destinatarie del finanziamento, che antecedentemente alla data dell'1.11.2005 fornivano già assistenza sociosanitaria pari a 50 minuti con oneri a carico dell'utente e che successivamente hanno ricevuto un contributo dal fondo sanitario regionale, dovevano abbassare della quota corrispondente la retta dell'utente. Non è di nessuna utilità l'indicazione delle rette attualmente in vigore. La regione ha il dovere di assumere le informazioni al riguardo e di comunicarle. E' obbligo delle strutture restituire la quota già a carico degli utenti che è stata finanziata dal fondo sanitario e successivamente abbassare le rette della stessa quota;

d) c'è poi l'aspetto delle quote a carico degli utenti che si intreccia con l'attuale confusione riguardo la denominazione - residenze protette - delle strutture. Nella regione Marche le RP sono quelle normate dalla legge 20/2002 e dal Regolamento 3-2006, queste strutture che insieme alle RSA costituiscono la risposta alle situazioni di non autosufficienza stabilizzata non assistibile a domicilio, prevedono uno standard di 100-120 minuti di assistenza; come abbiamo visto, attualmente a fronte di circa 4.000 anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali questo standard è assicurato a circa il 10% dei residenti (solo queste possono chiamarsi residenze protette); per lo stesso numero, secondo i dati contenuti nel Piano sanitario, è stata fatta richiesta di autorizzazione. La Regione ha previsto per le RP un costo giornaliero stimato in circa 66 euro (80 se con forme di demenza) con costi a carico del fondo sanitario pari al 50% (33 o 40) il restante a carico dell'utente o del comune di residenza. Attualmente tale situazione riguarda, come evidenziato, circa 350 posti; per i restanti 2.200 che impropriamente, non avendo quegli standard, vengono chiamati residenze protette la regione contribuisce con un finanziamento pari alla metà di quello previsto (16 o 20); così per mantenere livelli minimamente dignitosi di assistenza vengono alzate le quote a carico degli utenti. Un finanziamento pari a 16 euro giornaliero di quota sanitaria è molto vicino al finanziamento in ADI e incompatibile per una persona non autosufficiente con una assistenza dignitosa.

In questi casi quindi l'utente viene costretto a pagare almeno il 75% della retta (che si assesta oltre i 60 euro al giorno e in molti casi superano i 66 complessivi), assumendo oneri anche per il pagamento di prestazioni sanitarie. Risulta infatti che solo il 13% delle persone ricoverate paga la retta di 33 euro. Per i restanti la cifra arriva fino al 25% di aumento e per un altro 20% va oltre tale tetto massimo. Questo aumento, peraltro, doveva per il 2006, essere obbligatoriamente connesso con *servizi aggiuntivi di particolare valore e qualità*. Il fatto che solo il 14% delle convenzioni faccia questo riferimento chiarisce che nei fatti l'aumento della retta non è connesso ad alcun valore aggiunto. Ma soprattutto bisogna specificare che cosa si intenda con questa formulazione. E' opportuno ricordare che la regione ha un compito fondamentale di vigilanza, a tutela, come in questo caso, di persone non in grado di tutelarsi, che deve esercitare. Un esercizio che risulta particolarmente difficile quando ad essere primariamente inadempiente è la stessa Regione. Sarebbe inoltre opportuno che la stessa non "presumesse" quanta assistenza sanitaria sia a carico del fondo sanitario ma con urgenza e precisione la accertasse. Quanto alle rette che superano i 50 euro (del tutto illegittime secondo le indicazioni regionali) sarebbe opportuno che l'assessore e gli uffici abbiano consapevolezza che le stesse non sono così alte, come affermato, per "particolare necessità di assistenza sociale", ma per la gravità delle condizioni di salute degli ospiti. In questi come negli altri casi ai cittadini vengono imposti oneri - illegali - per prestazioni sanitarie; va infine ricordato che a partire dal 1-1-2007 lo scostamento del 25% non è più consentito; chi lo pratica, e chi lo consente ha le stesse responsabilità, viola la normativa regionale (DGR 709-2006);

e) Da ultimo il dato sulle RSA. Appare francamente paradossale che mentre si offrono dovizie di particolari quanto alle quote a carico degli utenti in strutture di competenza del settore sociale, l'assessorato non sia ancora riuscito in tutti questi anni a conoscere per 28 strutture operanti sul territorio marchigiano (molte delle quali gestite dalle stesse Zone territoriali) a quanto ammonti la quota a carico degli utenti praticata da queste strutture. Questa richiesta la formuliamo da anni, insieme alla comunicazione di quali prestazioni le RSA operanti ricomprendano all'interno della quota alberghiera. Ricordiamo che molte di queste (soprattutto quelle derivanti dalla disattivazione della funzione ospedaliera) operano come veri reparti ospedalieri senza la garanzia ad esempio di servizi di lavanderia, stireria, ecc.. e in molti casi senza neanche una sala pranzo. Facciamo inoltre notare che ogni volta che viene

fornito un dato ufficiale si abbassa il numero dei posti di RSA anziani attivi (più di 1000, poi più di 900, ora 838), avvicinandosi così alla stima, senza avere i dati che può avere una Regione che facciamo da anni di poco più di 700 posti. Ciò che non cambia invece è l'utilizzo di queste strutture la gran parte delle quali gestisce malati in post acuzie con degenze rigorosamente a termine. Per questo al fine di capire effettivamente come queste strutture operano è essenziale conoscere i tempi medi di degenza per ognuno e lo standard assistenziale delle stesse, considerata la perdurante assenza di indicazioni regionali.

Quelle formulate sono solo alcune considerazioni in merito ai contenuti della risposta dell'assessore alla salute sull'utilizzo dei 10 milioni di euro stanziati nel 2005 per un minimo aumento dell'assistenza. Ma deve essere chiaro che il punto di arrivo non è tanto quello di far rispettare quanto la Regione ha previsto e di avere chiarezza sulla effettiva spesa di un finanziamento. In questo caso si tratta di un elementare tratto di trasparenza dovuto ai cittadini e agli utenti dei servizi. Il punto fondamentale è quello di garantire condizioni accettabili di vita ai malati ricoverati presso le strutture residenziali di questa regione. La qual cosa non si ottiene certo aumentando di qualche decina di minuti l'assistenza sociosanitaria fino ad arrivare a 50 minuti al giorno. E' da augurarsi che questa consapevolezza sia patrimonio di tutti gli attori in gioco (dalla politica regionale e locale, passando per le direzioni della Zone sanitarie fino alla dirigenza degli enti locali).

Per garantire condizioni di vita accettabili e rispondere ai diritti degli utenti la sanità regionale ha il dovere, l'obbligo, di impegnare le risorse economiche corrispondenti. I comportamenti fin qui assunti - come ha confermato con i contenuti del piano sanitario approvato e con la vicenda oggetto dell'interrogazione - non hanno dimostrato in alcun modo questa volontà. Quello che non si è fatti fin ad oggi non è detto che non si possa fare domani, ma appare illusorio pensare che ciò possa accadere senza una fortissima pressione dei cittadini e delle sue organizzazioni. Questo è l'impegno che ci attende tutti. **(Fabio Ragaini)**

Al Presidente del
Consiglio Regionale
S e d e

Oggetto: **Attuazione delibere riguardanti "riqualificazione assistenza anziani non autosufficienti"**

INTERROGAZIONE

Il sottoscritto consigliere regionale,

premessò che

- La situazione riguardante l'assistenza sociosanitaria residenziale rivolta ad anziani malati non autosufficienti presenta nella nostra Regione un quadro di grande criticità;
- solo all'interno delle case di riposo sono ospitati circa 4.000 anziani non autosufficienti;
- meno del 10%, poco più di 350 persone, ricevono lo standard di assistenza previsto per le case protette;
- secondo i dati regionali, i restanti ospiti ricevono una assistenza inferiore ai 50 minuti;
- oltre 1000 ricevono una assistenza giornaliera pari a 12 minuti di assistenza;
- Il Piano sanitario 2003-06 prevedeva nel triennio di realizzare 2.500 posti di residenza protetta e 1.320 posti di RSA anziani;

considerato che

- a seguito del "protocollo sulla non autosufficienza" siglato con i sindacati confederali (DGR 1332-2004) la Regione Marche ha definito uno stanziamento di 10 milioni di euro a partire dal 2005 volto ad aumentare il minutaggio dell'assistenza per circa 2.200 anziani non autosufficienti già ricoverati nelle Case di Riposo;

- nei casi in cui le strutture già erogavano la quantità di assistenza assegnata con oneri a carico degli utenti agli stessi doveva essere corrisposta la quota corrispondente;
- tali aumenti dovevano improrogabilmente avviarsi nell'ultimo bimestre del 2005;
- successive verifiche hanno lamentato la non attuazione di tali provvedimenti in molti territori della regione Marche;
- il Comitato Associazioni Tutela (CAT) ha richiesto più volte di conoscere la situazione applicativa e la verifica dell'effettivo aumento di assistenza per i 2.200 anziani non autosufficienti ospiti di strutture
- ripetutamente dal 21 luglio 2006, anche attraverso gli Uffici del difensore Civico regionale ha richiesto alla regione i seguenti dati:
 - a) le strutture con la relativa dotazione di posti letto destinatarie dell'aumento a 50 minuti dell'assistenza socio sanitaria;
 - b) la conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate e l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi in cui tale assistenza era già fornita ma a carico degli utenti;
 - c) le quote a carico degli utenti nei 333 posti definiti di alta intensità;
 - d) il numero di RSA anziani autorizzate e funzionanti sul territorio regionale con l'indicazione del numero dei posti letto attivi (complessivi e per singola struttura) e delle quote a carico degli utenti.
- tali risposte non sono mai state date

ritenuto che

- il finanziamento di 10 milioni di euro è ben lontano dagli impegni presi dalla regione con il PSR 2003-2006, che già di per se sottostimava il fabbisogno di assistenza all'interno delle strutture, per riqualificare l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti
- le necessità di assistenza sono così impellenti da rendere ingiustificabile ogni ritardo nella erogazione dell'assistenza

interroga il Presidente della Giunta Regionale

- per conoscere le motivazioni che hanno portato così grandi ritardi nell'erogazione dell'assistenza prevista;
- di comunicare alla data odierna:
 - a) le strutture con la relativa dotazione di posti letto destinatarie dell'aumento a 50 minuti dell'assistenza socio sanitaria;
 - b) la conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate e l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi in cui tale assistenza era già fornita ma a carico degli utenti;
 - c) le quote a carico degli utenti nei 333 posti definiti di alta intensità;
 - d) il numero di RSA anziani autorizzate e funzionanti sul territorio regionale con l'indicazione del numero dei posti letto attivi (complessivi e per singola struttura) e delle quote a carico degli utenti.

Si chiede risposta urgente nel prossimo Consiglio Regionale

Consiglio regionale del 2 ottobre 2007

Interrogazione n. 801, del Consigliere Binci

"Attuazione delibere riguardanti riqualificazione assistenza non autosufficienti"

Svolgimento

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 801 del Consigliere Binci. Per la Giunta risponde l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Il Consigliere Binci ha posto una serie di quesiti relativi all'attuazione delle delibere riguardanti la riqualificazione per l'assistenza non autosufficienti e la distribuzione dei fondi.

Risponderò quesito per quesito, ma visto che per alcuni di questi ci sono delle tabelle, distribuite anche alle organizzazioni sindacali nel confronto che abbiamo avuto, non le leggerò perché sono una serie di numeri infiniti, ma le consegnerò.

Parto dalla risposta al quesito n. 1.

La d.g.r. 323/05 datata 2 marzo 2005, recepisce il protocollo d'intesa tra Giunta regionale e Sindacati sulla non autosufficienza, adotta i criteri tariffari relativi alla compartecipazione alberghiera in RSA e sanitaria e alberghiera in Residenza Protetta, avvia il percorso di individuazione dei posti letto di Residenza Protetta e RSA da effettuarsi in area vasta. Nei mesi successivi si è avuta un'ampia consultazione dei territori, che ha coinvolto da una parte le Direzioni di Zona, supportate dalle Direzioni di Distretto, e la Direzione Generale ASUR affiancata dal Responsabile dei servizi per l'integrazione socio sanitaria; dall'altro le Conferenze dei Sindaci e i Coordinatori di Ambito: questa aveva lo scopo di individuare con la maggior precisione possibile i fabbisogni dei singoli territori.

Il decreto del Dirigente Politiche Sociali e del Dirigente Servizio Salute che impegna la spesa e ripartisce i fondi a disposizione per la non autosufficienza per l'anno 2005, pari a € 1.233.143,72, risale al 2/11/2005 le Zone Territoriali sono state a quel punto autorizzate a firmare nuove convenzioni con le caratteristiche individuate dalla d.g.r. n. 323 a partire dall'1/11/2005: esse erano naturalmente valide per i residui 2 mesi dell'anno in corso. I relativi fondi sono liquidati all'ASUR con decreto n. 112 del Dirigente Servizio Politiche Sociali in data 21/06/2006.

Nell'anno 2006 sono state stipulate 100 convenzioni con Residenze Protette per complessivi 2507 posti letto; inoltre sono state gestite direttamente dalla Zone Territoriali altre 4 strutture per complessivi 65 posti; in totale i posti di Residenza Protetta attivati nel 2006 sono stati 2572.

Gli effetti delle suddette convenzioni si sono dunque prodotti a partire dal 2/11/2005 e la relativa spesa è stata impegnata a partire dalla medesima data.

Si sono avute difficoltà quindi non nei tempi di impegno della somma o della effettiva efficacia delle convenzioni ma nella rendicontazione complessiva del quadro derivatone, a causa del numero e delle differenti caratteristiche delle convenzioni medesime. Erano ovviamente polverizzate sul territorio per la nostra caratteristica organizzativa.

Ci sono poi delle tabelle che elencano i posti letto, i minuti di assistenza, ma ve li risparmio, entrare dentro sarebbe complicato, però sono ovviamente a disposizione.

Vado al quesito n. 3, cioè la conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate e l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi tale assistenza fosse già fornita, ma a carico degli utenti.

La conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate è rintracciabile dalla controfirma delle convenzioni tra le Zone territoriali e gli enti gestori di residenze. Le convenzioni infatti prevedevano l'obbligo, per essere sottoscritte dalle parti, dei 50 minuti di assistenza che costituisce l'incremento previsto come "media intensità assistenziale" accanto all'alta intensità assistenziale" già presente negli ex NAR e nei Nuclei demenze.

In termini assoluti si evince, dai dati Asur, che l'importo complessivo delle convenzioni sottoscritte ammonta a euro 16.020.404,00 a cui aggiungere un importo di euro 1.706.105, 61 di prestazioni assistenziali erogate e pagate direttamente dalle Zone territoriali a fronte di un precedente di euro 10.352.000 (valore calcolato delle convenzioni e delle prestazioni comunque erogate alla data del 31.10.2005).

Per quanto riguarda l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi tale assistenza fosse già fornita, ma a carico degli utenti il dato disponibile è quello relativo al costo della retta alberghiera da confrontarsi con i criteri tariffari stabiliti dalla DGR 323/05 che indicavano in 33

euro al giorno (+/- 25%) il costo della tariffa alberghiera a carico del cittadino o del Comune in caso di indigenza.

I dati rilevati dagli allegati alle convenzioni stipulate con le strutture che hanno elevato l'assistenza fino a 50 minuti per giorno pro capite indicano che:

- l'utente paga fino a 33 euro al giorno nel 12,9% dei posti letto convenzionati come R.P.;
- l'utente paga da 33,1 a 41,3 euro (pari a 33 euro + 25%) nel 43,7% dei posti letto convenzionati come R.P.;
- l'utente paga da 41,3 a 45 euro (importo di poco superiore ai 33 euro + 25% ma ancora giustificabile) il 24,2% dei posti letto convenzionati come R.P..

Questo dato mette in evidenza che l'80,8% dei cittadini paga nei termini indicati dalla Regione come costo della sola componente alberghiera per cui si presume che la componente sanitaria sia a carico del Servizio sanitario regionale.

E' bene precisare che era possibile da parte delle strutture che sottoscrivevano le convenzioni richiedere l'approvazione di una tariffa che fosse superiore ai 33 euro (+/- 25%), motivandola con l'erogazione di servizi aggiuntivi di particolare valore e di particolare qualità. Questa richiesta doveva essere approvata dalla direzione di distretto e dal Coordinatore di ambito competenti.

Preso atto che circa il 14% delle convenzioni fanno ricorrere questa fattispecie, sarà cura di questo Assessorato – il lavoro peraltro è già iniziato – effettuare tutte le verifiche del caso. Rimane un 6% di posti letto di cui non sono pervenute informazioni e per i quali sarà anche qui nostra cura effettuare le necessarie verifiche e approfondimenti.

Anche qui si allega la tabella relativa alle indicazioni elaborate.

Quesito 4, Le quote a carico degli utenti nei 333 posti definiti ad alta intensità

I posti letto convenzionati dall'ASUR nel 2006 definiti ad "alta intensità" cioè dove sono garantiti almeno 100' di assistenza la giorno per ospite sono stati 386, di cui 319 a 100' e 67 a 120'; distribuiti in 16 strutture. In 12 di queste strutture (pari al 75%) le quote rientrano nei parametri definiti dal modello di convenzione (33 euro al giorno, più o meno il 25%) ed anzi in diversi casi risultano inferiori ai 33 euro. Degli altri casi 2 risultano avere rette introno ai 50 euro e 2 hanno rette più alte che sono differenziate rispetto alle tipologie di utenti o giustificate dalla particolare necessità di assistenza sociale. Comunque la definizione di queste tariffe alberghiere, nel momento in cui è stata firmata la convenzione, deve essere stata concordata con il direttore di distretto e con il coordinatore d'ambito competenti.

Per quanto riguarda il quesito n. 5, cioè il numero di RSA anziani autorizzate e funzionanti sul territorio regionale con l'indicazione del numero dei posti letto attivi (complessivi e per singola struttura) e delle quote a carico degli utenti.

La interrogazione del Consigliere Binci ha permesso di aggiornare la situazione delle RSA incrociando i dati di attività in possesso con lo stato delle autorizzazioni in base alla normativa attuale.

Il numero di posti letto in RSA per anziani autorizzato dalla Regione ammonta a 1184, mentre il numero dei posti letto effettivi, cioè attualmente attivi, è di 838 posti letto (in calce viene presentato l'elenco completo delle 28 strutture attive delle 35 autorizzate, con l'indicazione dei rispettivi posti letto attivi e autorizzati).

Il dato grezzo va spiegato in relazione all'evoluzione in atto da alcuni anni. Nel Piano Sanitario Regionale, recentemente approvato dal Consiglio regionale, si legge a questo proposito che "i posti letto in RSA, al 31 dicembre 2003 assommavano a 909 unità e per essi era previsto (precedente Piano Sanitario) un potenziamento fino a 1.320 PL con un obiettivo intermedio (Atto di fabbisogno) di 1.000 PL". Il numero attuale dei posti attivi si è determinato per effetto di fattori diversi: dal ritardo di nuove attivazioni in relazione al completamento di nuove strutture o alla ristrutturazione di altre già operanti; dalle trasformazioni di una quota di posti letto RSA in posti letto RP dovute alla necessità di dare risposte adeguate ed appropriate ai bisogni del territorio; dalla mancanza della normativa di riferimento specifica per le RSA Anziani nella Regione Marche che ha determinato evoluzioni e qualificazioni diverse tra le varie RSA Anziani.

La riflessione avviata con il Piano Sanitario Regionale riguarda la necessità di riflettere sull'opportunità di ribadire tetti regionali per i posti letto per specifiche tipologie di strutture residenziali (per questa come per altre categorie di destinatari) piuttosto che di ragionare

complessivamente alla questione della residenzialità, partendo dalle effettive condizioni di bisogno e dalle diverse necessità dei territori.

In questo senso tra gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale per questo settore di intervento, oltre: al miglioramento del sistema di accesso ai servizi per gli anziani non autosufficienti, alla riorganizzazione della valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti... nello specifico della "accoglienza e assistenza residenziale di anziani non autosufficienti" ci si è posti in particolare l'obiettivo del "potenziamento del numero di PL in RSA e in Residenze Protette e adeguamento del livello di assistenza socio-sanitaria nelle residenze protette per anziani e coordinamento per l'appropriatezza e la corretta continuità dell'assistenza nel sistema di accoglienza residenziale per gli anziani non autosufficienti".

È stata posta quindi, anche in sede di Piano Sanitario, la questione del "monitoraggio dei servizi per gli anziani non autosufficienti" avendo evidenziato come criticità il fatto che "la conoscenza dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti non è sistematica (a questo proposito va rilevato come il Servizio Salute non è a conoscenza delle "quote a carico degli utenti nelle RSA Anziani, come richiesto dal Consigliere Binci) e non permette la programmazione delle azioni e la corretta allocazione delle risorse." Per questo il Piano si pone l'obiettivo di "qualificare, nella logica di sistema integrato e per il miglioramento dell'allocazione delle risorse, il sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti".

Anche qui segue la tabella di tutte le strutture, la loro allocazione, le zone di appartenenza, i posti letto effettivi e i posti letto autorizzati.

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Vorrei innanzitutto specificare le motivazioni di questa interrogazione inerente la riqualificazione e l'assistenza per gli anziani non autosufficienti. Sono soddisfatto della risposta dell'Assessore, innanzitutto perché questa interrogazione è servita per svolgere un monitoraggio e anche per prendere l'impegno che questo continui. La situazione che avevamo ereditato era quella che sul territorio regionale c'erano diversità di trattamento e non c'era omogeneità nella corresponsione né delle rette né nei servizi di cui potevano usufruire le persone. Quindi, proprio per la caratteristica universalistica del Servizio Sanitario regionale, che è erogato da un ente pubblico, c'era la necessità di un trattamento omogeneo e di pari opportunità per tutti i territori nell'accedere ai servizi e soprattutto per utilizzare al meglio le risorse. Legata alle risorse c'era la questione dell'utilizzo dei 10 milioni di euro messi a disposizione dalla Regione anche a seguito di accordi con i Sindacati. Mi sembra che non siano stati ancora totalmente utilizzati, comunque nel settore sanitario c'è difficoltà a capire come le risorse vengono ripartite tra le varie strutture. Accolgo con favore l'iniziativa dell'Assessore di andare ad un monitoraggio continuo di tutti questi aspetti, quindi lo ringrazio per la risposta.

5) Organizzazione e funzionamento delle Unità Valutative Distrettuali nella regione Marche

Riportiamo di seguito l'interrogazione del Consigliere regionale Massimo Binci sul funzionamento delle Unità di Valutazione distrettuale (UVD) nella Regione Marche e la risposta dell'assessore regionale alla salute Almerino Mezzolani.

Purtroppo nessuna risposta è stata data alla seguente affermazione contenuta nell'interrogazione "*Sembra in molti casi palese un malfunzionamento delle UVD funzionale ad un razionamento delle prestazioni, con gravi rischi per la salute dei cittadini*". Alla Regione, crediamo, compete (oltre alla predisposizione di eventuali provvedimenti migliorativi), accertare il malfunzionamento di questo organismo, che tante ricadute ha sulla tutela della salute di tanti cittadini e nel contempo chiedere alle Zone territoriali il rispetto della normativa vigente (cfr., su questo sito la scheda, *La normativa della regione Marche sulle Unità di valutazione distrettuale* del 16/11/2005). Purtroppo ad oggi non risulta che ciò sia stato mai fatto (**Fabio Ragaini**).

Interrogazione n. 427, del Consiglieri Massimo Binci

Al Presidente di
Consiglio Regionale
S e d e

Oggetto: Funzionamento nel territorio regionale delle Unità Valutative Distrettuali

INTERROGAZIONE

I sottoscritti consiglieri regionali,

premessò che

In base alla normativa regionale l'Unità Valutativa Distrettuale (UVD):

- è " ... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi e con il compito di – (...) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34-98 - Piano Sanitario Regionale 1998/2000 -paragrafo 4.2.3.3). Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali (DGR 606/2001, *Linee Guida cure domiciliari*)

- “si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test (...)

Costituzione delle UVD. Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADI, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.

Quando è necessario il passaggio attraverso l'UVD. L'UVD è responsabilmente attivata dagli operatori di base (MMG o Assistente Sociale) quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.

La progettazione - percorso. L'esito della valutazione prodotta dalla UVD si sostanzia in:

- punteggio di non autosufficienza
- valutazione multidimensionale che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
- valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso”. (DGR 1566 del 14.12.2004, *Progetto Obiettivo Anziani*)

considerato che

- l'UVD rappresenta, dunque, uno strumento fondamentale ai fini del percorso assistenziale del paziente per la fruizione degli interventi sanitari e sociosanitari

- ai fini dell'accesso al sistema residenziale dei soggetti non autosufficienti (RSA–RP) è compito delle UVD sulla base della valutazione dei bisogni assistenziali la definizione della struttura più adeguata (prestazioni erogate compatibili con i bisogni)

- l'inserimento presso strutture che erogano prestazioni non appropriate ai bisogni rilevati può tradursi in una riduzione delle cure prestate con conseguente violazione del diritto alle cure sanitarie

- risulta a livello regionale che le UVD non operano seguendo le indicazioni regionali. In particolare nella definizione del percorso residenziale sociosanitario se “Il progetto stilato dall’UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso”, si chiede come sia possibile che gravi malati non autosufficienti siano inviati presso strutture assistenziali che erogano poche decine di minuti giornaliera di assistenza sociosanitaria
- nella maggioranza delle Zone territoriali non risulta definita una regolamentazione delle modalità operativa delle UVD così che gli utenti abbiano chiara la funzione della Unità di valutazione
- risulta che raramente gli esiti della valutazione - che determinano il percorso assistenziale - vengano consegnati al richiedente o ai suoi familiari
- infine in molte situazioni soggetti non autosufficienti anche gravemente malati accedono alle Case di Riposo per autosufficienti senza la obbligatoria previa valutazione della UVD;

ritenuto che

- il malfunzionamento delle UVD ha gravi ripercussioni sulle prestazioni e sugli interventi in particolare residenziali cui dovrebbero fruire gli utenti
- l’utente ha diritto - ai fini della definizione del percorso assistenziale - alla valutazione da parte della UVD che ha il dovere di procedere alla valutazione multidimensionale con successiva comunicazione - specificando gli strumenti di valutazione utilizzati - gli esiti all’utente ed ai suoi familiari
- sembra in molti casi palese un malfunzionamento delle UVD funzionale ad un razionamento delle prestazioni, con gravi rischi per la salute dei cittadini

interrogano il Presidente della Giunta Regionale

per sapere quali atti formali si intendano adottare al fine di

- rendere omogeneo, sulla base della legislazione vigente, in tutto il territorio regionale l’utilizzo delle UVD
- rendere trasparente ai cittadini il loro lavoro attraverso comunicazione agli utenti delle modalità di funzionamento (componenti, modalità di lavoro, organizzazione, ecc...)

La risposta dell’Assessore alla salute della Regione Marche

Ancona, 18.9.06

Prot. 993/06

AI SIG. PRESIDENTE GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Interrogazione n. 427, presentata dal consigliere Massimo Binci su “Funzionamento nel territorio regionale delle Unità Valutative Distrettuali”.

La normativa regionale ha affrontato e approfondito in più occasioni il ruolo e la importanza della Unità Valutativa Distrettuale nell’organizzazione del Servizio Sanitario Regionale ed in particolar modo in alcuni settori quali ad esempio l’assistenza agli anziani malati non autosufficienti.

Lo stesso interrogante cita con puntualità alcuni dei principali atti amministrativi dove si affronta il tema in oggetto, tra questi ricordiamo:

- La L.R. 20.10.1998, n. 34 – Piano Sanitario Regionale 1998/2000 nella quale con chiarezza vengono definiti i compiti, la composizione e le modalità organizzative;
- La D.G.R. 606/2001 concernente le “Linee guida sulle cure domiciliari”, dove vengono ribadite ed approfondite le indicazioni del sunnominato Piano Sanitario;
- Seguono la Delib. Amministrativa 97/2003(PSR 3003-2006, la DGR 1322/04 /Protocollo di intesa sulla non autosufficienza”), la DGR 1566/2004 “Progetto Obiettivo Anziani,”fino alla più recente DGR 323/05 così come modificata ed integrata dalla DGR 709/2006, da cui poi la nota emanata dall’ASUR in data 4 luglio u.s. per la corretta attuazione degli adempimenti collegati.

In tutti i cennati atti vengono fornite precise indicazioni oltre che sulle modalità organizzative sui principi ispiratori della UDV quali:

- Sede dell’integrazione tra servizi e luogo di condivisione delle decisioni;
- Garante della continuità assistenziale e di servizi mirati al cittadino;
- Strumento per la pianificazione e la programmazione dei servizi alla persona

Questo sforzo normativo non esime comunque la Regione dalle funzioni di monitoraggio, verifica ed approfondimento sull’argomento in questione, specialmente per superare quei problemi di disomogeneità sollevati dall’interrogante e che non si possono non condividere.

Al momento varie sono le situazioni dove si sta affrontando il tema dell’UDV, argomento per altro trasversale a diversi settori di intervento e per citarne solo alcuni ricordiamo:

- Gruppo di lavoro sulla UDV. La finalità del Gruppo - coordinato dalla Agenzia regionale Sanitaria - nasce dalla esigenza di ridefinire l’assetto organizzativo del sistema cure domiciliari alla luce degli elementi di scarsa uniformità riscontrati, disomogeneità che dalle prime analisi sembra dipendere da diversi fattori quali la dimensione territoriale del Distretto, il volume della domanda che perviene al Servizio, la diversa disponibilità del personale che accoglie questa domanda, valuta e indica il trattamento assistenziale appropriato. Si rende necessario pertanto puntualizzare/monitorare alcuni aspetti quali: i nodi/soggetti della rete organizzativa (soggetti inviati, segreteria organizzativa sportello di accesso alle cure territoriali, UDV, nucleo operativo), la semplificazione/definizione di un percorso comune ai diversi Distretti e la differenziazione secondo i livelli di complessità della casistica trattata. Al momento il gruppo sta lavorando sulla elaborazione/scelta di moduli di agile compilazione, che consentono comunque di rispondere alle necessità informative del servizio, garantendo altresì appropriatezza di gestione e trattamento dei casi; il tutto in un ottica di possibile futura informatizzazione del sistema.
- Il nuovo Piano Sanitario in corso di redazione – l’attuale PSR è in scadenza a fine 2006 – oltre a ribadire la centralità della UDV quale filtro unico di accesso a gran parte delle prestazioni sociali e sanitarie, residenziali e non, dovrebbe puntualizzare invece la Segreteria organizzativa UDV, per altro già configurata dalla DGR 606/2001. L’obiettivo è quello di realizzare un primo filtro valutativo per la valutazione dei casi di livello “semplice” al fine di alleggerire il carico di lavoro delle UDV
- Gruppo di lavoro per la stesura del Nuovo Piano Sociale Regionale, l’argomento in parola è stato posto nel Piano di lavoro nell’ambito anche in questo caso delle “questioni legate all’assetto organizzativo” con particolare riferimento alla riorganizzazione del sistema di valutazione e presa in carico .
- Linee Guida sulla riorganizzazione della Assistenza distrettuale. Trattasi questa di una importante DGR, adottata in attuazione del PSR 2003-2006, attualmente in fase di approvazione. E’ un atto di grande rilevanza dove si trattano argomenti che vanno dalla assistenza primaria alla specialistica, dalla consultoriale, alla residenziale e semiresidenziale, dalla protesica alla assistenza medica di base. Un atto che impegna la ASUR alla adozione dei relativi regolamenti applicativi in coerenza con l’Atto aziendale.

Alla luce di quanto sopra esposto e tenuto conto delle varie realtà in divenire nel settore sanitario e socio sanitario si assicura pertanto che i rilievi posti dall'interrogante saranno tenuti nella dovuta considerazione nell'ambito dei futuri, imminenti, atti amministrativi di questa Regione.

Distinti saluti

L'Assessore
Almerino Mezzolani

6) RSA Anziani. Le non risposte dell'assessore alla sanità della regione Marche

Riportiamo di seguito l'interrogazione dei consiglieri regionali Binci e Altomeni in merito al funzionamento delle strutture classificate come *RSA anziani* nella Regione Marche.

Nell'interrogazione si evidenziava come:

- la gran parte delle RSA anziani accolgono, invece di malati stabilizzati, soggetti in post acuzie con quadri clinici non stabilizzati che invece dovrebbero afferire al sistema di riabilitazione lungodegenza;
- la gran parte delle strutture anche quando, considerata la gravità della malattia, ricorra la condizione di non dimissibilità, non comunicano ai familiari la possibilità di degenza permanente ed esercitano forti pressioni ai fini della dimissione pur sapendo che le strutture residenziali sociali o sociosanitarie non garantiscono assistenza adeguata;
- nei casi in cui per la durata della degenza scatta il pagamento della quota alberghiera non viene definito quali prestazioni sono ricomprese in detta quota (lavanderia, stireria, ecc...). Molto spesso tale quota può essere considerata come un vero e proprio ticket sulla degenza.

Si chiedeva infine quali atti la regione intendeva adottare affinché le RSA anziani (siano esse pubbliche o private) operassero nel rispetto della normativa vigente cessando l'attuale improprio utilizzo.

La risposta dell'assessore Mezzolani è del tutto evasiva e non risponde, come si può constatare, ai quesiti posti indugiando su questioni riguardanti le residenze protette o altri aspetti non oggetto della interrogazione. Contiene anche alcuni errori:

- al punto 3, rispondendo al problema dei servizi inclusi nella retta alberghiera fa riferimento alla nuova bozza di convenzione prevista dalla DGR 323/2005 che riguarda esclusivamente le residenze protette e non le RSA;
- al punto 4, tentando di rispondere al quesito sul periodo di esenzione dalla retta, l'assessore rimanda al Progetto obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche"; non si capisce a quale scopo.

Nessuna risposta viene data a riguardo dell'improprio utilizzo. Il dato innegabile, che la regione marche vuole continuare a far finta di non vedere, è che nel territorio regionale quasi tutti i posti di RSA gestiscono malati in post acuzie che dovrebbero afferire al sistema riabilitazione-lungodegenza; così come descritto nell'interrogazione. Le strutture, ritenendosi deputate ad una funzione di stabilizzazione del quadro clinico, si concepiscono come strutture con degenza a termine ed esercitano fortissime pressioni per la dimissione di malati; malati che necessitano di assistenza incompatibile con quella erogata dalle strutture residenziali sociali o sociosanitarie presenti nel territorio regionale. A parte qualche centinaio di posti con circa 100 minuti di assistenza in tutte le altre l'assistenza media oscilla tra 12 e 50 minuti al giorno.

Continuare ad utilizzare le RSA come strutture per la gestione di malati in post acuzie, senza ovviamente dirlo, oltre a negare il diritto alle cure a molti malati, produce una grossa confusione - a tutto danno degli utenti - con la sostanziale assimilazione del sistema della riabilitazione lungodegenza con quello della residenzialità extraospedaliera. Ciò di fatto impedisce che la programmazione regionale possa svilupparsi con coerenza. Purtroppo la regione Marche appare decisa ad operare in questa direzione (**Fabio Ragaini**)

Oggetto: **Funzionamento nel territorio regionale delle RSA anziani**

INTERROGAZIONE

I sottoscritti consiglieri regionali,

premessò che

In base alla normativa nazionale le RSA

- “Costituiscono una forma di risposta alle situazioni di bisogno sanitario di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, che per ragioni molteplici non possono essere assistite in ADI o OD (Progetto Obiettivo Anziani - 1992)

- “sono destinate a soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi (Dal DPR 14.1.1997).

- a partire dal 1992 la Regione Marche ha emanato disposizioni in merito alle RSA anziani (DGR 3240/92, legge 36/95, DGR 2200/2000, DGR 323/2005), nelle quali sono presenti forti elementi di contraddittorietà (standard di personale, quote a carico degli utenti)

- Il Piano sanitario regionale 2003-2006 assegna alle **RSA anziani** “la gestione di pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD”.

considerato che

- le strutture classificate e autorizzate come RSA anziani attive nel territorio regionale operano per la gran parte disattendendo le indicazioni normative nazionali e regionali riguardo la tipologia di utenza (*pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche*) accogliendo invece soggetti in post acuzie con quadri clinici non stabilizzati che invece dovrebbero afferire al sistema di riabilitazione lungodegenza;

- anche quando, considerata la gravità della malattia, ricorra la condizione di non dimissibilità (condizione prevista dalla normativa che infatti prevede la possibilità di degenza permanente) la gran parte delle strutture non comunicano ai familiari la possibilità di degenza permanente ed esercitano forti pressioni ai fini della dimissione pur sapendo che le strutture residenziali sociali o sociosanitarie (Residenze protette) non garantiscono livelli di assistenza sociosanitaria compatibili con i bisogni dei pazienti;

- nelle gran parte strutture (in particolare quelle derivanti dalla riconversione ospedaliera del 1992, Del 99/1992), si fa coincidere la durata della degenza, a prescindere dalle condizioni, con il periodo di ricovero gratuito contravvenendo la normativa vigente che prevede invece dopo un determinato periodo (90 giorni) il pagamento di una quota alberghiera, ma non il termine della degenza;

- i tempi medi di degenza della gran parte delle RSA anziani sono del tutto assimilabili a quella dei reparti di riabilitazione ospedaliera o di lungodegenza post-acuzie;

- nei casi in cui per la durata della degenza scatta il pagamento della quota alberghiera non viene definito quali prestazioni sono ricomprese in detta quota (lavanderia, stireria, ecc...). Molto spesso tale quota può essere considerata come un vero e proprio ticket sulla degenza

ritenuto che

- si è in presenza di un evidente, grave non rispetto della normativa nazionale e regionale con fortissime ricadute sulla condizione di salute di malati molto gravi - che a causa della loro condizione non possono essere assistiti in altra forma - e delle loro famiglie;

interrogano il Presidente della Giunta Regionale

per sapere quali atti formali si intendano adottare affinché le RSA anziani (siano esse pubbliche o private) operino nel rispetto della normativa vigente cessando l'attuale improprio utilizzo.

Consiglio Regionale seduta del 20 gennaio 2006

Interrogazione (Svolgimento): «Funzionamento nel territorio regionale delle RSA anziani» Binci e Altomeni (208)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 208 dei consiglieri Binci e Altomeni. Per la Giunta risponde l'assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. In riferimento alla interrogazione in oggetto indicata si forniscono i seguenti elementi di conoscenza.

La Giunta regionale sta attivamente lavorando per la riqualificazione del settore in questione e, a seguito di numerosi incontri, trattative ed elaborazioni discusse con le OO.SS. si è pervenuti dapprima al "Protocollo sulla non autosufficienza" del 5.11.2004, recepito con DGR 1322/04. Successivamente con DGR 323 del 2.3.2005, sempre nelle more della piena attuazione del PSR 2003-2006, si è provveduto a recepire un ulteriore accordo con le OO.SS. con relativo stanziamento di euro 10.000.000.

La sunnominata DGR 323/2005 prevede tra l'altro diverse fasi attuative che per sommi capi possiamo così riassumere:

1. Definizione dell'atto di fabbisogno posti letto in Residenza Protetta (RP) e RSA. Tale atto, che è stato formalizzato con Decreto 289 del 21.7.2005, oltre ad essere previsto dal primo accordo con i Sindacati e ad essere in linea con quanto disposto nella LR 20/02, è nato dalla esigenza di rivedere le assegnazione dei posti alla dell'esistente, dei nuovi scenari del settore e dei risultati della sperimentazione RUG.

2. Definizione dei criteri tariffari relativi alla componente sanitaria nelle R.P. per anziani e segnatamente: euro 33 per 100 minuti di assistenza; euro 16 per 50 minuti di assistenza a valere per il periodo transitorio; euro 40 per i nuclei demenze con 120 minuti di assistenza.

Con decreto n. 501 del 2.11.2005, sulla base della rimodulazione dei p.l. di cui al cennato Decreto 289/05, dei criteri di cui sopra e preso atto degli incontri di area vasta, si è provveduto ad assegnare ed impegnare una somma di euro 1.233.143,72.

3. Retta alberghiera in RSA e RP. Nel caso in specie si è voluto regolamentare una situazione che presentava rilevanti squilibri su tutto il territorio regionale, con quote alberghiere che variavano, a seconda della Struttura o della Zona territoriale, da euro 22/die agli euro 40. Si sono pertanto forniti valori di riferimento (euro 33+1-25%) a cui adeguarsi entro tre anni, tenuto conto anche dei costi di gestione e delle specificità locali. Tale quota oltre a basarsi sulle medie regionali è stata costruita sulla base di quanto stabilito all'art. 7 della LR n. 36/95 ove si procede ad una classificazione dei costi suddivisi in sanitari, non sanitari e misti. Sempre nella DGR 323/05 ed in particolare nella nuova Bozza di convenzione allegata, viene specificato che la retta dovrà essere riportata nella Carta dei Servizi, con la indicazione di quanto incluso e di quanto considerato extra.

4. Periodo di esenzione da compartecipazione in RSA. Anche in questo caso, pur nelle more della approvazione dell'atto di riordino della lungodegenza e nella consapevolezza delle difficoltà attuative di

scelte comunque non indifferibili, si è proceduto a definire dei criteri validi per tutto il territorio, criteri che per quanto possibile hanno tenuto conto del sunnominato Progetto obiettivo "Organizzazione e sviluppo della riabilitazione e della post-acuzie nelle Marche", progetto che regolamerterà con puntualità tutto il percorso riabilitazione, lungodegenza post-acuzie e che è stato presentato in Giunta a fine anno 2005. Con nota del 2 novembre 2005, a firma del Direttore del Dipartimento Servizi alla Persona ed alla Comunità, sono stati fornite a tutti i soggetti interessati (Zone Territoriali ASUR, Comitati dei Sindaci, Coordinatori ambiti sociali) le opportune indicazioni per la applicazione degli atti sopra citati.
