



TORNARE INDIETRO

Nel segno della istituzionalizzazione. Una proposta ancorata al passato

Prime osservazioni alla proposta della Giunta regionale ([Dgr 1718 del 17 dicembre 2018](#)) sui requisiti di autorizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari diurni e residenziali (aree: disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, minori. Abrogazione Dgr [598 del 14.5.2018](#))

Premessa

Il documento che segue affronta nella prima parte alcune questioni generali relative alla proposta in oggetto; nella seconda, affronta specificamente la regolamentazione dei singoli servizi. Gli aspetti da analizzare e chiarire sono molti e significativi: l'auspicio è che la IV Commissione, chiamata ad esprimere parere, analizzi con estremo rigore una norma che, nel definire i requisiti di funzionamento di molti servizi, ha ricadute importantissime sulla qualità di vita di migliaia di utenti e loro familiari.

Sottolineeremo, in particolare, alcuni aspetti di carattere generale, che segnalano precise scelte di politica sociale (che non va confusa con i servizi sociali). Alcune di queste questioni possono rintracciarsi già all'indomani dell'emanazione della [Dgr 598/2018](#). Considerata la vastità e complessità dell'atto, per alcuni aspetti specifici abbiamo posto l'indicazione di "prime osservazioni": l'auspicio è che il documento, seppur prevedendo un opportuno ritorno su specifiche questioni, possa rappresentare non solo uno strumento di riflessione e approfondimento, quanto una occasione di stimolo e consapevolezza, soprattutto per chi ha a cuore i fruitori degli interventi, al fine di apportare gli indispensabili cambiamenti.

Le scelte della giunta

Evidenziamo alcuni aspetti caratterizzanti la proposta regionale.

- Il mantenimento dei "previgenti requisiti" strutturali, quand'anche assenti (perché mai definiti), relativamente a tutta l'attuale offerta ed a quella dei prossimi anni, segnala la precisa scelta di non voler regolamentare ciò che non lo era, e di voler mantenere e sostenere modelli e pratiche istituzionalizzanti (camere 4 letti, accorpamenti illimitati, mancata definizione di superficie minima). L'orizzonte dei Regolamenti è rivolto al passato. In questo senso appare fallito alla radice il disegno della legge [21/2016](#) di dare unitarietà al sistema dei servizi sociosanitari e sociali.

- Si promuove la realizzazione di moduli da 20 (quand'anche per alcune servizi non venga formalizzato) con accorpamenti. Non solo per l'assenza di vincoli per i servizi già attivi, ma per l'impossibilità di copertura turno h 24 per la gran parte delle comunità con capacità recettiva inferiore a 20. Infatti solo per le residenze sociosanitarie disabili (rd3) - quasi per la totalità le ex CoSER - si consente la possibilità di avere personale assistenziale per copertura turno. Ma ciò non sarà sufficiente per evitarne lo smantellamento, in quanto le tariffe risulteranno inevitabilmente più alte delle altre ed orienteranno le scelte degli enti al momento dell'inserimento. Alquanto preoccupanti le scelte riguardanti i servizi rivolti a minori con disturbi neuropsichiatrici con la possibilità di avere fino a 60 posti tra residenziale e diurno.

- In tutte le parti nelle quali risulta evidente la difficoltà di individuare la tipologia di utenza al fine di rendere appropriato l'accesso, si rimanda alla adozione di strumenti di valutazione. Un'indicazione presente in ogni documento regionale degli ultimi 20 anni, cui mai si è dato seguito. E, sperando di essere smentiti, non lo si farà neanche questa volta, perché percorrere l'appropriatezza, mette in discussione l'attuale sistema di offerta di servizi, che, come dimostra questa delibera, si sceglie di non toccare.



- Nell'area disabilità il ruolo di valutazione e presa in carico riservato alle Unità multidisciplinari viene riservato a sole tre tipologie di servizi (ex legge 20/2002) per altri si mantiene la possibilità che l'ingresso sia possibile anche con la sola indicazione del medico di medicina generale. Il costante richiamo alla valutazione multidimensionale è da considerare pura retorica. Va aggiunto che ogni discorso su questo tema non può prescindere dal ruolo sempre più **residuale** di queste équipe, sulle quali nessun investimento viene fatto da oltre 15 anni.

- La funzione di coordinamento non è presente in tutti i servizi, e quando viene indicata, non viene quantificata. Nell'area salute mentale, compresi i servizi per età evolutiva, l'orientamento è verso la presenza di figure sanitarie (infermieri).

- L'approfondimento dei contenuti della delibera conferma non solo la necessità, quanto l'indispensabilità, che anche l'area anziani e adulti (socio-sanitaria) venga inserita nell'Atto, così come i servizi prettamente sociali (tutela e accoglienza), al fine di valutare nel dettaglio il contenuto della "filiera" dei servizi e la loro connessione. Peraltro nell'area anziani lo stralcio delle strutture sociali per autosufficienti - soprattutto Case di riposo -, in cui sono ospitati -ricoverati in numero molto elevato anziani non autosufficienti, pone problemi rilevanti in termini di requisiti, che andrebbero analizzati di concerto con quelli per non autosufficienti.

- Va ribadito, perché magari non per tutti è chiaro, che gli interessi di chi gestisce i servizi non sono gli stessi di chi li fruisce, e che la Proposta, checché se ne dica nel documento istruttorio, è figlia di un Accordo tra Regione ed enti gestori (profit e no), i cui rappresentanti hanno composto i Tavoli tecnici deputati ad elaborare la proposta.

- Da ultimo, ma non meno importante, è la scarsa cura complessiva nella stesura del documento. Non tanto e non solo per la presenza di refusi (alcuni gravi come il copia incolla sbagliato nel *gruppo appartamento* disabilità), quanto per la dimenticanza di aspetti caratterizzanti la definizione dei requisiti (ad esempio: tempi di apertura di un servizio).

Il testo sembra mancare di unitarietà e coordinamento oltre alla mancanza di una revisione complessiva (come un libro uscito senza essere passato per il correttore di bozze).

Aspetti riguardanti i requisiti generali e specifici

Requisiti minimi strutturali generali. Punti 4, 7, 16. Sono aspetti sui quali siamo già intervenuti in più occasioni ([qui](#) le note del 13 settembre e 12 novembre 2018, cui rimandiamo). La mancata applicazione di quanto previsto alle "strutture preesistenti o in corso di realizzazione" ha come affetto l'assenza di tali requisiti per il totale dell'attuale offerta e per almeno il 95% di quella degli anni a venire. La "previgente normativa regionale", riguardo il punto 4 e 16 è inesistente (tranne limitate eccezioni). Riguardo il punto 7, abbiamo già stimato (vedi allegato 1) per quanti posti a "residenzialità permanente" potranno autorizzarsi (fatte salve scelte diverse del gestore) camere a 4 letti. 65% posti disabilità, 50% RSA anziani (quelle per demenze dovevano già essere a 2 letti), 100% salute mentale: in totale circa 1750/1900 posti.

Nello specifico: a) **4. superficie minima per persona.** Considerata la sostanziale assenza di requisito nella normativa precedente, si tratta di un'indicazione che non riguarderà alcun servizio attivo o in via di realizzazione. Ribadiamo la richiesta: fissare i requisiti per tutti e concedere il tempo di adeguamento. b) **7. Letti per camera:** Vale la stessa indicazione: Dopo "singole o doppie". Togliere la parte successiva "fino a 20%" e fissare tempo di adeguamento per tutte le strutture. c) **Punto 16. Moduli e accorpamenti.** Va distinta la situazione dei posti già autorizzati (quelli già funzionanti) nei quali sono attivi multipli di nuclei comprendenti anche utenza differenziata, da tutti quelli attivi a residenzialità permanente (soprattutto nell'area disabili e salute mentale) per i quali l'attuale capacità recettiva è inferiore alle 20 unità. In tutti questi casi i



servizi devono accogliere un massimo di 10 persone senza possibilità di accorpamento (come avviene oggi, ad esempio per la CoSER "Divina Provvidenza di Loreto").

Requisito 32: togliere "preferibilmente". Se è *previsto*, non può essere discrezionale.

Per quanto riguarda i **Requisiti specifici**, l'analisi prosegue per le singole aree.

Disabilità

RSR intensiva (RD1). Capacità recettiva: l'indicazione di multipli di nucleo è generica. Non vengono posti limiti alla moltiplicazione. **Requisiti minimi strutturali:** Requisito 1: i requisiti generali fissano camere di uno/due letti (per posti già attivi, vedi *Requisiti generali*, valgono indicazioni preesistenti). Dunque è errato indicare i 4 posti per camera, in quanto significherebbe che anche una nuova autorizzazione potrebbe avere 4 posti. **Requisiti minimi organizzativi.** Requisito 41: A differenza delle altre figure professionali, non viene indicato il minutaggio del fisioterapista (FKT), tale da rendere effettive le 3 ore di attività riabilitativa. Quindi è opportuno che ciò venga indicato, così come viene fatto per le altre figure professionali. Si segnala inoltre la genericità della formulazione "*Professionisti della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali*", che dovrebbero realizzare 3 ore di "attività riabilitativa". Quale connessione esiste tra i professionisti indicati e l'attività riabilitativa? A quale figura professionale ci si riferisce quando, ad esempio, si indica il "professionista delle attività sociali"? Si ricorda che il servizio in oggetto è specificatamente dedicato ad attività riabilitativa intensiva. Non è previsto coordinatore servizio.

Unità speciale residenziale (USR). Sono cinque le tipologie di servizi indicate, di cui una di nuova istituzione (*UDGEA adulti*). La definizione di quest'ultima riprende quella per l'età evolutiva (livello ospedaliero/residenziale), ma le questioni paiono assai poco assimilabili. Le stesse definizioni rimangono generiche. Nelle *finalità obiettivo di cure*, vengono assimilate le US sordo ciechi con UDGEE/A. Le problematiche appaiono diverse e parrebbe opportuno una maggiore chiarificazione in questo senso (vedi successivi requisiti organizzativi). Peraltro il rimando (*modalità di accesso*) qui e in altre parti garantito da una *valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale*, non solo non tranquillizza, ma preoccupa, dato che tale formulazione è diventata una prassi regolarmente disattesa (vedi, ad esempio, quanto previsto per le Residenze Protette nel Regolamento 1/2004 con riferimento a scale di valutazione adottate a livello regionale). Si segnala che per 4 delle 5 strutture l'accesso può avvenire direttamente dal MMG "previa valutazione" .. da parte di chi? e con "quali strumenti", se non sono stati definiti? Vale la pena ricordare che il Piano di fabbisogno prevede un aumento di 139 posti (quasi un raddoppio) per questa tipologia di servizi, passando da 146 a 285. Si è dunque in presenza di un'offerta significativa, che oggi viene erogata da Centri di riabilitazione privati (profit e no). **Requisiti minimi strutturali:** Requisito 1. per i 4 posti vale quanto scritto sopra per RD1. **Requisiti minimi organizzativi:** Forse per un refuso, nella parte riguardante l'intervento riabilitativo educativo/psicologico non viene indicata l'US sordo ciechi; successivamente per intervento di assistenza infermieristica e tutelare, per l'UDGEA si prevedono 240 minuti (4 ore) tra infermiere e OSS, e invece un massimo di 120 minuti di altre attività, nelle quali sono ricompresi educatore, fisioterapista, psicologo. Per US sordo ciechi: nella parte assistenziale (composta da infermieri e OSS) si aggiunge, senza specificare, "comprehensive di altre figure tecniche coinvolte". Non è previsto coordinatore servizio.



RSR estensiva (RD2). Prima di procedere nell'analisi, pare opportuno specificare quale sia l'utenza di questa tipologia di servizio. Oggi sono attivi circa 370 posti. Il [Piano di fabbisogno \(Dgr 1105/2017\)](#) ne prevede la contrattualizzazione di circa 400. Quasi tutti sono gestiti da Centri di riabilitazione privati (profit e no). La RSR estensiva ricomprende sia la cosiddetta *estensività protratta* (Dgr [1331/2014](#)), ovvero l'accoglienza permanente (si tratta della stragrande maggioranza dei posti) di persone con grave disabilità, sia ricoveri temporanei per bisogni riabilitativi di tipo estensivo. Dunque all'interno della stessa tipologia autorizzativa sono accolte persone con necessità molto diversificate. Anche per questa tipologia di servizio si richiama, ai fini dell'accesso e permanenza (per 3 volte), gli inesistenti "strumenti omogenei sul territorio regionale", e la *valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale*. Inutile ribadire quanto sopra detto rispetto ad un metodo che è dichiarato negli atti, ma è privo di reale attuabilità (vedi assenza di linee guida condivise, di criteri omogenei e di equipe multiprofessionali, composte in maniera adeguata alla funzione che sono chiamate a svolgere). Quanto alla capacità recettiva, si indicano moduli fino a 30 posti, con possibilità di multipli (si ribadisce che in questa tipologia di servizio la gran parte delle persone accolte lo sono in maniera permanente, e quindi si vanno a prefigurare e rendere praticabili, servizi di accoglienza residenziale permanente di grandi dimensioni, sul modello dei vecchi istituti). **Requisiti minimi strutturali:** Requisito 1. per i 4 posti vale quanto già scritto. **Requisiti minimi organizzativi.** Vale quanto indicato per Rsr intensiva. Requisito 41: A differenza delle altre figure professionali, non viene indicato il minutaggio del FKT tale da rendere effettiva l'ora di attività riabilitativa. Quindi è opportuno che ciò venga indicato, al pari delle altre figure professionali. Si ribadisce quanto sopra con riferimento a "*Professionisti della riabilitazione e delle attività psico-educative e sociali*" che devono realizzare almeno 1 ora di "attività riabilitativa". Non è previsto standard educativo (se non - impropriamente - ricomprenderlo nell'attività riabilitativa). Se ne comprende l'assenza, se le persone ricoverate nella RSR sono persone che effettuano/completano cicli riabilitativi a termine, o se la disabilità è di tipo esclusivamente motoria; se invece, come sono parte delle persone ricoverate, si è in presenza di disabilità intellettiva/autismo ecc ... (vedi, ad esempio, strutture quali: Mancinelli, Paolo Ricci, Villaggio Ginestre, Don Gnocchi, Santo Stefano) l'indicazione dello standard educativo è indispensabile - e sarebbe gravissima, concettualmente, l'assenza. Il nodo di fondo è che per ragioni economiche (la tariffa dell'estensività protratta era più bassa delle RSR estensive ed i centri di riabilitazione ex art. 26, titolari di tutti questi posti, hanno ottenuto il transito verso l'unica tipologia [residenza riabilitativa estensiva](#), vedi R.R. [1/2018](#)) due distinti servizi sono stati accomunati. Ma è evidente l'impossibilità di comporre servizi strutturalmente diversi, non solo con riferimento allo standard assistenziale e alle figure professionali che lo compongono, ma anche a quello organizzativo (a partire dai letti per camera). Stiamo parlando di un'offerta di circa 400 posti. Anche per questo Servizio non è previsto coordinatore.

Centro diurno riabilitativo per disabili (SRDis 1). Anche per questo servizio è necessaria una premessa. Sono attivi circa 400 posti, tutti presenti all'interno dei Centri di riabilitazione ex art. 26/833. Non sono mai stati fissati gli standard di personale. In base alle tariffe in vigore, ne sono state classificate 3 tipologie: pluriminorati, accolti presso Lega del Filo d'oro, alto livello e medio livello. La frequenza, tranne rarissime eccezioni, è permanente. Come per tutte le altre strutture sopra analizzate, la permanenza e l'accesso (anche con MMG) è subordinato all'utilizzo di strumenti di valutazione (da emanare). Previsto intervento riabilitativo di almeno un'ora. Non prevista (a differenza del residenziale) possibilità di accogliere persone con setting assistenziale più basso. Lascia almeno perplessi l'indicazione, data la tipologia di servizio, di accesso da



strutture ospedaliere ed extraospedaliere. La frequenza può essere prevista anche per chi non ha assolto l'obbligo scolastico, se il Piano terapeutico riabilitativo lo prevede. Il servizio è attivo per 46 settimane l'anno, cinque giorni settimana e per almeno 6 ore giorno. Andrebbero recuperati per questo Servizio molti dei requisiti (di qualità) previsti nel Regolamento 1/2004 e modificazioni, per quanto riguarda il CSER, come da legge 20/2002); requisiti, peraltro, che, ci auguriamo solo per disattenzione, non sono stati per niente inseriti in questa proposta (vedi al punto successivo riguardante ex CSER).

Modifica: Quanto all'apertura: *Il servizio, come la vigente regolamentazione dei CSER, è aperto per 48 settimane all'anno, per almeno 7 ore settimanali e per cinque giorni la settimana.* Quanto all'accesso di persone con disabilità che non abbiano assolto l'obbligo scolastico, esso va considerato eccezionale e solo previa indicazione da parte dell'Unità multidisciplinare di residenza del soggetto (utilizzare stessa formulazione del CSER). L'adempimento dell'obbligo scolastico è un diritto/dovere.

Requisiti minimi specifici. Requisito 4, **modifica:** sono aperti per almeno 48 settimane l'anno, 5 giorni alla settimana e per non meno di 7 ore al giorno. **Standard di personale:** in nessuna delle tre tipologie viene prevista la figura professionale dell'educatore e dunque una specifica funzione educativa. Appare una previsione inspiegabile e concettualmente molto grave. Quanto al personale, ai punti 5/12/19 sarebbe opportuno specificare cosa si intende per "e/o altri operatori della riabilitazione secondo la normativa vigente". Anche la seguente formulazione non appare facilmente comprensibile: "Operatore Socio Sanitario dal 30% al 50% dei minuti pro die/pro capite complessivi previsti per l'attività riabilitativa". Si indichi come per gli altri servizi minutaggio OSS senza necessità di complesse interpretazioni. Non previsto coordinamento.

Residenza sociosanitaria assistenziale per disabili (RD3). Questa tipologia ingloba le RSA, le RP e le CoSER. Rispetto a tutte le altre strutture sopra analizzate, si tratta di un servizio che non sarà a completo onere sanitario. Previsione fino a 20 posti (concessa possibilità di chiudere il turno con incremento assistenza per le comunità con posti letto inferiori a 20: lo sono tutte le CoSER attive e una/due RP e RSA). Scompare la capacità recettiva di 10 posti. Standard 140 minuti (in precedenza: 140 RSA; 230/270, RP; pari o superiore quello delle CoSER che non prevedeva minutaggio, ma rapporto operatore/utente). Compare in questa tipologia di servizio (e per le successive) l'Unità multidisciplinare per l'età adulta (UMEA) con funzione di valutazione e presa in carico. Per tutti gli altri utenti dei servizi disabilità non se ne ravvisa, evidentemente, la necessità. **Requisiti minimi organizzativi.** Requisito 17. **Modifica:** Il PEI è elaborato d'intesa ed in collaborazione tra l'équipe della residenza, *l'Umea di riferimento e gli operatori dei servizi sociali comunali o dell'Ambito territoriale sociale.* Non è vietato apportare modifiche migliorative alla regolamentazione del 2004.

Centro diurno socio riabilitativo per disabili a valenza sociosanitaria (SRDis 2). Rispetto ai requisiti precedenti, per questo servizio la proposta segna un decisivo passo indietro, che auspichiamo sia frutto esclusivamente di disattenzione. Vanno pertanto recuperati diversi punti della precedente formulazione. **Capacità recettiva e tipo di organizzazione:** Per definizione il CD sociosanitario può ospitare solo soggetti con grave disabilità. Pertanto la previsione del 25% di disabili non gravi (non gravi ai sensi della legge 104/1992?), dettata evidentemente da altre motivazioni¹, non è compatibile con questo tipo di servizio (si ricorda che nell'ultimo [report regionale](#) relativo al 2014 e previsto dalla legge 18/96, circa l'85% degli utenti risultava essere in

¹ Vedi art. 2, [deliberazione Consiglio regionale n. 118 del 20.12.2018](#), che introduce modifiche alla regolamentazione degli ex CSER (modifiche numero utenti valenza sociosanitaria e socio assistenziale). Sul significato della nuova disposizione ritorneremo con specifico approfondimento.



situazione di gravità, sulla base della legge 104/92). Pertanto va tolta la parte successiva a “25 giornaliera”, e può essere integrata con la formulazione del Regolamento 3/2006 su *tipologia utenza* da: “Su specifico” a “lavorative”. Al requisito 15 e 16 si fissano due standard (pensati evidentemente per le due tipologie di utenza): 110 e 165 minuti giorno (quest’ultimo standard come minutaggio è assimilabile, anche se non per le figure professionali al medio livello del CD riabilitativo, al SRDis1). Si tratta di un aumento di standard, rispetto alle attuali disposizioni, di circa il 50% per entrambi. Lo standard più basso equivale al più alto della vigente normativa.

Non è stata inserita la parte riferita ai tempi di apertura del Servizio. Va recuperato per intero il paragrafo capacità recettiva del Regolamento 3/2016 da “Il servizio” a “trasporto” (almeno 7 ore per 5 giorni per almeno 48 settimane, ecc ...). Dimenticato anche l’inserimento del servizio mensa. Il requisito 17, così riformulato “La struttura garantisce il servizio mensa e trasporto”. Viene indicata la presenza di coordinamento, ma non c’è alcun riferimento alle funzioni.

Gruppo appartamento disabilità (RD4). Denominazione. Il GA non dovrebbe essere concepito come un servizio per soggetti “in uscita da servizi residenziali a maggiore intensità assistenziale”, ma come risultato di un percorso di autonomia, che può prescindere dalla provenienza dalle persone, che possiederanno buoni livelli di autonomia (tanto che il servizio non ha una copertura h24). **Definizione, caratteristiche.** .. la definizione è un refuso.

Le altre aree

Salute mentale. Stralciati i requisiti riguardanti le strutture residenziali e semiresidenziali per autismo (compresa l’integrazione dell’[Atto di fabbisogno](#), pag. 20), sono state inserite due nuove strutture (residenziale e diurno) per disturbi comportamento alimentare (DCA). Per quanto riguarda la salute mentale ricordiamo che il limite di due moduli (Progetto obiettivo salute mentale [2004-06](#)), rende possibile l’accorpamento con strutture afferenti ad altre aree (anziani, disabili). Vedi, ad esempio, l’escamotage individuato nella autorizzazione della Casa di cura [Villa Jolanda](#). Presente un modulo ospedaliero (trasformato in extraospedaliero e poi ritrasformato in ospedaliero) e la trasformazione dei posti - ovviamente ad utenti immutati - da comunità protetta salute mentale a RSA demenze. **Coordinatore.** In tutti i servizi, eccetto GA E CD (formulazione ambigua: non previsto ma .. se è presente), è prevista la figura del *coordinatore*, con questa formulazione “infermiere o altro personale ...”, risultando così evidente l’indicazione di affidare a questa figura professionale la funzione di coordinamento nei servizi di salute mentale compresi quelli in età evolutiva.

- **Struttura residenziale terapeutica per la salute mentale (SRP 1).** L’indicazione (capacità recettiva) della possibilità del 20% di posti di livello superiore è errata, in quanto non esiste livello superiore a SRP1. Possibilità di due nuclei di residenziale salute mentale, per un totale di 40 posti, e non parrebbe escludersi (vedi requisiti generali) la presenza anche di un diurno (totale 60 posti). Non esiste invece limite di accorpamento con altre tipologie di servizi.

- **Struttura semiresidenziale per la salute mentale (DCA).** Non indicate settimane di apertura annua. Dal punto di vista programmatico sarà interessante verificare la valutazione del bisogno di un servizio diurno (che, per definizione, non è un ambulatorio), al quale ogni giorno si accede la mattina e la sera si torna a casa. Nei diurni salute mentale, e poi anche nel settore dipendenze, compare la formulazione, dopo il numero utenti previsti, “*presenti contemporaneamente*”, che fa pensare ad un servizio senza frequenza continuativa giornaliera/settimanale. Da segnalare la formulazione “è garantita la presenza di personale nelle ore di apertura”! (*esclamativo nostro*).



- **Struttura residenziale per la salute mentale infanzia adolescenza (SRT IA).** Qui si prevede la possibilità di due nuclei da 20 (vedi sopra riguardo possibilità presenza diurno). 40 posti per minori con gravi disturbi neuropsichiatrici che richiedono ricovero in struttura dedicata (più, riteniamo, il diurno). Il confronto va con le comunità socio psico educative per minorenni (per definizione, con problematiche meno complesse) la cui capacità recettiva è da 9 (anche se poi anche in questo caso la comunità, per non fare torto a nessuno, può raddoppiare e accoppiarsi con un diurno).
- **Struttura semiresidenziale per la salute mentale (SSRP).** Non indicate settimane di apertura annua.
- **Struttura semiresidenziale per la salute mentale infanzia adolescenza (SSRT IA).** Va chiarito come verrà adempiuto l'obbligo scolastico per minori che frequentano un Centro diurno. Si ripropone poi il problema di come un diurno (che non significa *pomeridiano*), che come tale ha valenza territoriale, rivolto ad un numero limitatissimo di utenti (tanto che il Piano di fabbisogno prevede 50 posti in tutta la Regione) possa essere compatibile con il limitatissimo (se esiste) bisogno territoriale. Non vengono indicate le settimane annue di apertura.
- **Residenza per l'esecuzione misure di sicurezza (Rems).** Nelle caratteristiche utenza "autori di fatti che costituiscono reati", forse più opportuno "autori di reati". **Requisiti minimi strutturali:** Si indica 20 posti per modulo, intendendo quindi la possibilità che possano essere superiori a 20. Il requisito 3: "E' articolata in camere destinate ad una o due persone e comunque fino ad un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali". Quali sono le esigenze strutturali e assistenziali? Peraltro l'unica REMS prevista per le Marche è di nuova costituzione. In questa tipologia di servizio, e poi in tutti quelli per le dipendenze, lo standard di personale non viene declinato più con il minutaggio, ma con il rapporto operatore/utente.
- **Comunità protetta per la salute mentale (SRP3).** Ricomprende tre tipologie di strutture con 3 diversi livelli assistenziali (SRP3.1.1, SRP3.1.2, SRP3.2). Modulo da 20: possibilità di due moduli più diurno: quindi struttura fino a 60, se presente anche diurno (oltre la possibilità di accorpamenti con servizi rivolti ad altra tipologia di utenza). Si accede ai diversi livelli "sulla base di un unico sistema di valutazione adottato a livello regionale" (attualmente non presente).
- **Gruppo appartamento per la salute mentale (SRP4).** **Requisiti minimi strutturali:** Massimo 6 posti; camere anche da 4 letti (in contraddizione con il requisito generale). Al requisito 3: si prevede anche la possibilità che il GA sia fruito da minori, "*Sono presenti locali e camere riservate in caso di strutture che ospitano minori e/o giovani adulti*". Ci auguriamo, vivamente, si tratti di un refuso.

Dipendenze. Nel residenziale ritorna indicazione di 4 e 3 letti, e la previsione in una tipologia (Struttura terapeutica) di tolleranza massima nelle dimensioni delle camere del 25%. Nei diurni non indicata apertura annua. Per il personale si riprendono le indicazioni degli Accordi tra Regione ed [Enti accreditati](#).

Minori. La comunità e il centro diurno (socio psico educativa) introdotte dal Regolamento 1/2018 intendono dare applicazione all'articolo 32 del Dpcm sui LEA, cui già fanno riferimento i servizi neuropsichiatrici per infanzia e adolescenza (area salute mentale). La capacità recettiva è di 9 e 10. La novità è che per la prima volta nell'area minori si introduce la possibilità di accorpamento (residenziale: requisito strutturale 5; diurno requisito 4). Con lo stralcio dei requisiti dei servizi di tipo sociale (tutela e accoglienza), è impossibile verificare le capacità recettive degli altri servizi. Si può però facilmente ipotizzare che nello stesso edificio possano essere accolti, tra diurno e residenziale, fino a quasi 30 minori.



- **Allegato 1. [Note del Gruppo Solidarietà](#)** del 13 settembre e 12 novembre 2018.

Per approfondire

- **[Definizione requisiti autorizzazione. L'inquietante indifferenza](#)**
- **[Requisiti autorizzazione. Perché la proposta della Regione va cambiata](#)**
- **[Nuovi requisiti dei servizi. Nel segno della istituzionalizzazione](#)**
- **[Le grandi manovre, al ribasso, sui requisiti dei servizi socio-sanitari](#)**
- **[Requisiti dei servizi. La Regione scopra le carte](#)**
- **[Requisiti servizi socio-sanitari e sociali diurni e residenziali. La proposta della Giunta](#)**
- **[Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi socio-sanitari. Un appello da sottoscrivere](#)**

Tutte le schede dell' **[Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#)**

La normativa citata si può consultare nel sito www.grusol.it nella sezione **[Documentazione politiche sociali](#)**, con una ricerca per leggi regionali.

News Gruppo Solidarietà

[Il finanziamento degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari](#) (Corso di formazione, 12-19 febbraio 2019)

[Disabilità e legami di comunità](#) (novembre 2018-gennaio 2019)

[LE PAROLE DELLE POLITICHE SOCIALI](#) (Moie di Maiolati, settembre 2018-marzo 2019)

[Il sostegno alla domiciliarità nella regione Marche](#) (materiali incontro formazione)

Sostieni il Gruppo Solidarietà con il 5 x 1000, CF 91004430426

5x1000 Gruppo
Solidarietà
cf. 91004430426