



Tutti i nodi irrisolti della programmazione sociosanitaria regionale

La proposta dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie nelle aree anziani e adulti evidenza e conferma l'ultradecennale deficit programmatico regionale

Con la [Dgr 257 del 13 marzo 2019](#) si completa la proposta della giunta regionale dei requisiti di autorizzazione delle strutture (diurne e residenziali) sanitarie e sociosanitarie. Quest'ultima delibera regola le strutture per adulti (Cure palliative e Aids) e anziani, così come definite nel [Regolamento regionale 1/2018](#).

La lettura della delibera deve andare di pari passo con la [Dgr 1718 del 17 dicembre 2018](#) che fissa - oltre ai requisiti specifici per altre aree - quelli generali che valgono (se non modificati da quelli specifici) per tutte le tipologie di servizi oggetto di autorizzazione. Per analisi e commento alla Dgr 1718 rimandiamo al nostro [precedente contributo](#) e questo [video](#).

Premessa

Come nel commento alla precedente delibera, di seguito si formulano considerazioni generali; successivamente si analizza lo specifico dei singoli servizi.

Nell'area anziani e adulti (secondo la classificazione regionale) emergono, purtroppo, tutti i nodi dell'ultra decennale assenza di programmazione regionale. Non potrà essere il Manuale di autorizzazione a dirimere questioni mai affrontate, in tema di obiettivi dei servizi, criteri di accesso, standard di personale. Non è facile, ad esempio, capire la distinzione tra un l'Ospedale di Comunità e le Cure intermedie: stesso standard assistenziale, ma "target" differenziato. Per quest'ultima tipologia si prevede, ad esempio, la funzione di riattivazione motoria, ma scompare (rispetto alla vigente normativa) la presenza del fisioterapista. Nel primo le camere devono essere massimo a due letti, nel secondo possono arrivare a quattro.

La genericità dei criteri d'accesso (pesante quella riguardante le demenze, rispetto alle quali una maggiore "severità" della malattia sembrerebbe incompatibile con l'accesso anche alle strutture residenziali), si accompagna alla moltiplicazione delle équipes di valutazione e presa in carico. Intendiamoci ... quando esistono. Si passa da nessuna indicazione, ai Centri per disturbi cognitivi e demenze (CDCD) (ci sono già? Funzionano? conoscono le persone - e le strutture - di cui dovrebbero occuparsi?), fino alle Unità di valutazione distrettuale (UVI). Sempre stando alle demenze, si può parlare legittimamente di "appropriatezza", quando la programmazione regionale può permettersi di [convenzionare](#) 1/2/3 posti di RP demenze all'interno di una struttura? Le RPD intendono essere servizi (nuclei) specializzati e, dunque, competenti in risposta a bisogni specifici o, come sembrerebbe, posti che si differenziano dagli altri solo per una diversa composizione della quota sanitaria? Se non si scioglie il nodo di cosa sia una RSA demenze, quali obiettivi potrà avere una struttura che è contemporaneamente "riorientamento" (estensivo) e "mantenimento" (lungoassistenza)? Hanno diritto o no le famiglie con un malato di Alzheimer, ad esempio valutato con la scala CDRS con punteggio da 3 in avanti (ricordiamo che con punteggio pari o maggiore di 4 si viene considerati soggetto con "disabilità gravissima") ad accedere ad un servizio certo, adeguato e quindi competente?

Cosa ci suggeriscono le valutazioni RUG delle persone che entrano nelle strutture? Cosa indicano le prestazioni aggiuntive, riguardanti interventi infermieristici, riabilitativi, assistenziali, a carico degli utenti delle residenze protette? Forse quei 20 minuti di infermiere e 80 di OSS (RPA) non sono adeguati; e l'attività riabilitativa dentro queste strutture dovrebbe essere



progettata ed organizzata. Quali indicazioni sono state accolte nella elaborazione dei nuovi requisiti?

La proposta ci dice anche che possono prevedersi (come nei servizi per adulti malati di AIDS) servizi a dimensione comunitaria e familiare: cosa vieta estenderli anche ad altri settori? Piuttosto alcune ibride proposte di setting assistenziali diversi all'interno di specifiche strutture (per tutti RP anziani), sembrano rimandare ad esigenze dei soggetti gestori più che a quelle degli utenti.

Di seguito l'analisi (schematica) per singoli servizi. Alcune cose dette in premessa le riprendiamo anche nell'analisi specifica. Anche in questa proposta rimangono diversi refusi, oltre ad indicazioni che appaiono immotivate (e dunque inaccettabili) come la richiamata "tipologia di utenza" nelle strutture per persone con demenza, o la possibilità di ricovero di minorenni in una residenza per anziani come sono le strutture di cure intermedie.

Senza area di riferimento (ma assimilabile alle Cure intermedie)!

l'**Ospedale di comunità (OC)**, riprende le indicazioni del DM 70/2015 sugli [standard ospedalieri](#) (p. 26/27) e la bozza sullo schema di intesa [Stato-Regioni](#) sugli ospedali di comunità. Lo standard di personale (infermieri/Oss: 106+54 m/die) è identico a quello delle cure intermedie (CI). Non è prevista la presenza fisioterapista. Per il medico è prevista 1h/paziente a settimana su 6 giorni (nelle CI 1h su 5 giorni). Il modulo è fino a 20 persone (ma non da 20). L'accesso è previsto dall'ospedale, compreso PS, da casa e da altre strutture residenziali. Le camere sono da massimo due posti (come da indicazioni nazionali); degenza "possibilmente" non superiore a 20 giorni. Non è prevista la valutazione UVI: dunque accesso disposto dai "luoghi di partenza". Da segnalare come per servizi nei quali si prevedono degenze di circa 20 giorni le camere debbano essere al massimo di due letti. In quelle a "degenza permanente" si può stare invece in camere da quattro. Sarà interessante verificare cosa differenzierà gli OC dalla CI.

Riprendiamo ora l'analisi per le aree specifiche

Anziani/fragilità

Cure intermedie (CI). Il R.R. 1/2018, le colloca nel livello intensivo e riconduce, irragionevolmente, CI (e OC?) all'[art. 29 del Dpcm sui LEA](#) (assistenza extraospedaliera ad elevato impegno sanitario). Non è difficile capire, accostando le definizioni, che si tratta di due tipologie di servizi completamente diversi. **Si prevede la possibilità di ricoverare anche minori** (dai 15 anni). Una disposizione che appare del tutto incompatibile con la tipologia di utenza indicata e l'area di appartenenza (anziani/fragilità). L'accesso viene disposto da UVI (con strumenti di valutazione che ... verranno adottati a livello regionale). Il modulo previsto è da 20, ma possono essere previsti anche nuclei da 10/15 persone all'interno di altre tipologie di strutture. Camere fino a 4 letti, se struttura "preesistente". Tra gli obiettivi del servizio si indica "continuare il processo di recupero funzionale", ma non si prevede (modificando la vigente normativa) attività riabilitativa (precedentemente 15 m/giorno su sei giorni, [Dgr 960/2014](#)).

Residenza sanitaria assistenziale (RSA) demenze (R2d). Diversi sono gli aspetti da evidenziare. Riportiamo alcune parti:

- **Tipologia di utenza:** *persone con demenza senile/Alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a limitati disturbi del comportamento ...*



Capacità recettiva/organizzazione: Possibilità di autorizzare posti letto R2 per un massimo del 30% della dotazione del modulo, al fine della continuità assistenziale della persona.

- **Accesso:** secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD).

- **Durata degenza:** non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale secondo le modalità definite dalla Regione Marche. La successiva permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica del CDCD di competenza. Terminato il periodo estensivo (riorientamento) si entra nella fase di "lungoassistenza mantenimento", con "standard di personale coerenti con l'esigenza assistenziale definita dal CDCD"

Andiamo con ordine:

1) se i disturbi del comportamento *non sono limitati*, quale struttura ulteriore è deputata ad accogliere questa persona? Domanda che richiede una risposta precisa;

2) la motivazione "al fine della continuità assistenziale", che giustifica la presenza di un 30% di posti di RSA anziani, andrebbe più ampiamente motivata, per evitare di pensare che ciò sia unicamente funzionale ad avere strutture con utenza differenziata e intercambiabile, utile al gestore, ma non automaticamente al fruitore del servizio;

3) l'accesso, in assenza di criteri stabiliti dalla Regione, viene stabilito dai CDCD e non dall'UVI. I [CDCD](#) (pag. 18), sostituiscono le UVA (Unità Valutative Alzheimer), che molte famiglie con un congiunto con grave demenza hanno conosciuto nella fase in cui il passaggio attraverso le UVA era necessario per accedere alla terapia farmacologica. Spesso tale ruolo, esercitato nel contesto ospedaliero, si limitava alla somministrazione di test per includere/escludere dalla terapia. Siamo sicuri che basti inserire una sigla, ancorché presente nel [Piano nazionale demenze](#), perché si eserciti una funzione? Peraltro non pare che tale funzione sia risultata adeguata nella riconversione dei posti di RP anziani in RP demenze ([determina ASUR 134/2019](#)). Il punto non sono le sigle, ma le competenze ed i modelli organizzativi, insieme a chiare indicazioni programmatiche a livello regionale. Punti sui quali parrebbe necessario concentrare gli sforzi;

4) lo standard di personale è quello previsto nella DGR [1331/2014](#) (la copertura di infermiere e OSS è h24; di notte un infermiere su massimo 60 posti). Terminato il periodo estensivo (60 giorni, rivalutabile), lo standard di personale della struttura potrebbe essere modificato sulla base delle indicazioni del CDCD. Sul singolo utente, il CDCD potrebbe indicare una variazione degli standard assistenziali previsti. Una previsione che appare, nella sua realizzazione pratica, perlomeno complicata.

Altri requisiti. Le camere (requisiti generali) devono essere a uno/due letti; requisito, è opportuno ricordarlo, valido anche nel caso di strutture preesistenti (requisito 2, [Dgr 2200/2000](#), p. 129). Sul bagno assistito parrebbe opportuno, considerato anche che il modulo è da 30, specificare per modulo e non per 45 posti (requisito 4). Si vedano a riguardo le indicazioni nazionali, [Dpcm 22.12.1989](#) e [Dpcm 308/2001](#). Riguardo al requisito 16 (vale anche per altre tipologia di struttura), in tema di dotazione minima di deambulatori, carrozzine, ecc .., l'indicazione di una quantità non inferiore al 5%, permetterebbe, ad esempio, di avere 1,5 carrozzine a disposizione per un nucleo di 30 persone. Se la persona non l'aveva in dotazione, benché avesse i requisiti per accedervi, prima della fornitura deve prenderla in affitto o restare a letto? Il requisito 31 stabilisce (grassetto nostro): *E' presente uno spazio multisensoriale in cui trattare i casi di agitazione psicomotoria con **tecniche appropriate***. La formulazione lascia intendere che bisognerebbe evitare quelle inappropriate. Una formulazione che appartiene più al linguaggio omiletico che a quello di un Manuale di autorizzazione.



RSA anziani (R2). Valgono tutte le indicazioni riguardanti le RSA demenze, ad eccezione dell'équipe che stabilisce l'accesso. Questa volta la funzione è assegnata all'UVI. Rispetto ai requisiti: Letti per camera: 1/2 per le nuove (requisiti generali); per le preesistenti (Dgr 2200/2000) il 50% delle camere deve avere due letti (il restante massimo 4 letti). Valgono le osservazioni per le RSA demenze per i requisiti, 4), 16). Lo standard è quello previsto nella Dgr 1331/2014.

Centro diurno demenze (SRD). Si tratta di un servizio non precedentemente normato (i requisiti strutturali richiesti dalla Regione erano quelli del CD disabili legge 20/2000. Lo standard di personale è stato definito con le Dgr 1195/2013 e 1331/2014).

Come per le RSA demenze, l'accesso è disposto dai CDCD. Anche qui la Regione definirà gli strumenti di valutazione. Quanto all'utenza, i CD dovranno accogliere persone con "deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale" che evidentemente ognuno interpreterà come ritiene (e comunque la "complessità" non è prevista né per le residenze né per i diurni. I "gravi" a casa devono stare!). Vengono definiti i compiti del responsabile della struttura (stessa indicazione anche per CD anziani e residenza protetta anziani e demenze). Sui **requisiti**: Tempi di apertura: ci si è dimenticato di quante settimane all'anno deve rimanere aperto. Standard: quello previsto da DGR 1331/2014.

Centro diurno anziani non autosufficienti (SR). Accesso disposto da UVI (qui non si prevede definizione dei criteri da parte della Regione). Anche in questo caso non indicati tempi di apertura per anno. Standard: quello previsto da DGR 1331/2014.

Residenza protetta (RP) demenze (R3d). Utenza "deficit cognitivi ma con basso disturbo comportamentale". Nuclei da 30 (ma, abbiamo visto, si può convenzionare anche un solo posto all'interno delle RP anziani); possibile autorizzazione di 20% di posti di RSA demenze. Possibilità anche di "moduli con più setting con esclusione di minorenni". Tradotto: in un modulo da 30 possono essere accolte persone con bisogni diversi da quelli per i quali la RPD è chiamata a dare risposta. Accesso da parte della CDCD. Non prevista definizione dei criteri da parte regionale. Come riferimento rimane l'interpretabile "basso livello di disturbo comportamentale". Per i requisiti 12 e 13 valgono le osservazioni formulate per le RSA. Standard personale come quello indicato dalla Dgr 1331/2014.

Residenza protetta (RP) anziani (R3). La definizione ricalca quella della legge 20/2002 (esiti patologie stabilizzate che non richiedono prestazioni sanitarie complesse). Competenza UVI per l'accesso. Non prevista definizione dei criteri da parte della Regione. Vale la pena riportare per intero la parte riguardante **Capacità ricettiva e tipo di organizzazione**: *"per nuclei di massimo 30 posti letto con la possibilità di autorizzare posti letto di R3D per un massimo del 60% e posti letto R2 per un massimo del 20%. Per le Strutture pre-esistenti sono fatte salve le autorizzazioni precedenti. Sono possibili moduli con setting assistenziali diversi, con l'esclusione di persone minorenni"*. Dunque su un'autorizzazione per RP anziani si può arrivare ad avere l'80% di posti per altra tipologia di utenza, tutta afferibile all'area demenze. Ad esempio, su 30 posti autorizzati per anziani non autosufficienti: 18 posti per RP demenze; 6 posti per RSA demenze; ne rimangono 6 posti per l'autorizzazione ricevuta. Qui non si tratta di permettere di avere alcuni posti con setting differenti, ma di autorizzare strutture che saranno destinate ad altra funzione. E' ipotizzabile che queste indicazioni siano state proposte dai gestori presenti ai Tavoli tecnici, ratificate poi dagli uffici regionali. Requisiti 12 e 13: valgono osservazioni già formulate.



Area adulti

Riguardano **Hospice** e servizi per **malati di AIDS**. Per Hospice, la recettività massima è di 30 posti (può essere organizzato per moduli); la competenza per ammissione è dell'UVI. La Giunta definirà i criteri di accesso. Indicato standard assistenziale (Coordinamento, assistenza infermieristica e Oss), ma non quello medico. Per quanto riguarda i servizi rivolti ai malati di AIDS, vale la pena mettere in relazione alcuni standard con quelli delle altre aree (vedi: disabilità, salute mentale, anziani). Ad esempio, la residenza estensiva (residenza collettiva) può ospitare fino ad un massimo di 12 persone (nello stesso livello si prevedono, con possibilità di accorpamento, moduli da 30 nella disabilità e da 20 nella salute mentale). Si stabilisce la superficie degli spazi (cosa non prevista per tutte le altre tipologie di servizi già autorizzati o in via di realizzazione). Per la Casa alloggio si prevede l'accoglienza di massimo 4 persone. Riguardo all'accesso, la competenza è del "Servizio sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza".

Per approfondire

- I [video](#) realizzati dal Gruppo Solidarietà.

- [Ancorati al passato e nel segno della istituzionalizzazione. La nuova proposta sui requisiti dei servizi.](#)

- [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

Presentazione libro, [La segregazione delle persone con disabilità](#), Ancona, 29 marzo 2019

Presentazione libro, [DIDATTICA SPECIALE E INCLUSIONE SCOLASTICA](#), Moie di Maiolati, 12 aprile 2019

[Il finanziamento degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari](#) (materiali incontro formazione)

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

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

