

## I nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali e sociosanitari diurni e residenziali

### Dalle proposte alla approvazione definitiva

Il Quaderno, presenta i principali materiali elaborati, con decorrenza giugno 2017, dal Gruppo Solidarietà. Testi che hanno accompagnato il percorso che ha portato all'approvazione dei nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali e sociosanitari diurni e residenziali ([Dgr 937, 938, 940](#) del 20 luglio 2020). Il materiale, può essere consultato per singole schede nella sezione dell'[Osservatorio sulle politiche regionali](#). La documentazione si compone di analisi, approfondimenti, comunicati, interventi. La scheda datata 15 giugno, rappresenta l'ultimo contributo precedente l'approvazione definitiva. I materiali pubblicati successivamente si concentreranno sui contenuti delle nuove norme (21 agosto 2020. Le schede sono pubblicate in ordine cronologico).

---

15 giugno 2020

### **RIDURRE IL DANNO. Requisiti sociosanitari. Alla vigilia della definitiva approvazione**

#### **- Nota inviata ai soggetti istituzionali e alle organizzazioni sociali marchigiane**

Come a molti di voi risulterà noto, giovedì scorso la IV Commissione Consiliare ha espresso il parere sulle Dgr che definiscono i requisiti di autorizzazione dei servizi sociosanitari diurni e residenziali. A brevissimo i "Manuali" saranno approvati in via definitiva dalla giunta.

**Requisiti: un tassello del sistema, non il tutto.** Premesso che i contenuti dei requisiti di autorizzazione rappresentano un tassello del sistema di offerta di due specifici "regimi" (diurno e residenziale), che si completa poi con i posti "convenzionabili", con le tariffe, con gli oneri a carico del sistema sanitario e sociale. Sono poi le scelte complessive di politica sociale che stabiliscono su quale orizzonte si muove il sostegno e la tutela di soggetti che necessitano di interventi e servizi. Ad esempio: quale spazio per il sistema di valutazione e presa in carico, quale investimento nel sostegno domiciliare e di che tipo (sostegno economico e come, sostegni formali attraverso i servizi, ecc..), quali interventi di sostegno al reddito. Quindi: **quanta residenzialità e come, quanta domiciliarità e come.** E ancora: **quanti sostegno preventivi e come.** Ne scaturisce l'importanza che tutto venga inquadrato all'interno di un sistema complessivo collegato strettamente ad altre politiche: ad esempio, quelle abitative e dei trasporti.

**Ma, un tassello importante.** Detto questo, non può sfuggire quanto sia importante questo tassello (i requisiti). Perché ciò che lì viene stabilito ha ricadute importantissime per la qualità di vita di circa 10.000 persone che abitano in quei luoghi, in alcuni casi anche per molti decenni. Così come, non meno importante è la definizione del "contenuto" di un servizio come il Centro diurno, "abitato" da circa 2300 persone".

**Il testo finale.** Abbiamo visionato il testo della nuova elaborazione dell'assessorato che probabilmente verrà approvato in giunta.

Alcune modifiche apportate, sia nei requisiti generali che specifici, raccolgono istanze provenienti da più soggetti. Altre richieste, non sono state accolte. Per alcune, dopo quello che abbiamo vissuto in questi mesi, si può affermare: inspiegabilmente.

**Perché inspiegabilmente.** Ieri lo abbiamo scritto al presidente Ceriscioli. La principale è il mantenimento della possibilità per le RSA di avere fino al 40% di camere con 3 e 4 letti. Per sempre. Se hai dieci camere: sei possono essere a uno e due letti. Quattro con tre o quattro letti. Inspiegabile è anche il fatto che questa previsioni riguardi anche le RSA demenze che dal 2000 (con tempo di adeguamento 5 anni) prevedevano camere a due letti, [pag. 137, requisito 2](#)).

Se si è accettato (ovviamente c'è sempre il rischio del giochetto, più volte visto in questi anni, che alla scadenza se ne preveda il rinnovo) che entro 5 anni residenze disabili e salute mentale debbano adeguarsi, perché mai per alcune che ospitano "vecchi malati" ciò non deve valere?

Oppure, ma altri esempi potrebbero aggiungersi, per quale ragione un centro diurno per "disabili più gravi" deve stare aperto un'ora di meno al giorno e per due settimane in meno all'anno (6x5x46) rispetto a quello per "disabili meno gravi" (7x5x48)?

Ci sono poi altri aspetti che riteniamo estremamente negativi e che in questi mesi abbiamo evidenziato per i quali non ci sono possibilità di cambiamento che non serve qui riprendere. Chi vuole può trovarli nel nostro sito, [www.grusol.it](http://www.grusol.it).

Ciò che, in definitiva, **motiva questo scritto** è la richiesta di attivarvi nei confronti del presidente Ceriscioli chiedendo di correggere, in fase di approvazione definitiva, alcune delle indicazioni previste. Consapevoli che una volta approvate rimarranno in vigore per molti anni. Un tentativo che forse non darà esito, ma non per questo, pensiamo, non debba essere tentato

## **Gruppo Solidarietà**

### **Nota**

- La petizione, [sottoscritta da oltre 1200 persone](#), che chiedeva modifiche ai testi approvati dalla giunta.
- [Perché la proposta della giunta va cambiata](#)

---

**12 Marzo 2020**

## **Requisiti servizi socio-sanitari. Della qualità e della tutela**

### **ALCUNE COSE (FORSE) DA NON DIMENTICARE ALLA VIGILIA DELL'APPROVAZIONE DEI REQUISITI DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

Alla vigilia del parere (non vincolante) della Commissione Consiliare vale la pena sottolineare alcuni contenuti della proposta che la giunta sta risistemando (passeranno poi come emendamenti della Commissione) prima dell'approvazione definitiva. Intanto [domani](#) gli enti gestori saranno irritualmente riascoltati dalla Commissione Consiliare su un testo sul quale sono stati già auditi e che evidentemente non li soddisfa (fatti salvi accordi dell'ultima ora che rendano superflua la ripetizione dell'audizione).

I contenuti che qui si richiamano hanno l'obiettivo di **collegare le indicazioni dei requisiti alla realtà quotidiana delle persone che usufruiscono dei servizi**. Prendiamo a riferimento questi aspetti e per una volta non ritorniamo su accorpamenti, letti per camera (con le giravolte delle ultime "proposte di modifica della Commissione"), superficie minima ecc... che, a scampo di

equivoci, non abbiamo mai detto che debbano valere in via immediata per tutte le strutture operative (basta leggere i nostri documenti: chi ci mette in bocca queste affermazioni è consapevole di farlo in cattiva fede). E' importante però che tutte, con adeguati e certi tempi di adeguamento raggiungano l'obiettivo.

Ci soffermiamo,, dunque, su **alcuni aspetti** che hanno l'obiettivo **di tenere uniti qualità e tutela**. Lo faccio con uno sforzo di sintesi che vorrebbe comunque tenere a distanza la semplificazione.

**1) Centri diurni (tutte le tipologie).** Le proposte delle giunta stabilivano per alcuni CD tempi di apertura definiti mentre per altri se ne dimenticavano. Sembrerebbe che ora il Regolamento generale preveda l'apertura per **40 settimane anno, per 5 giorni settimana per 6 ore al giorno, fatti salvi i requisiti specifici**. Prendiamo allora un **CD demenze o per anziani non autosufficienti** (servizio essenziale da garantire ai sensi della normativa sui LEA, art. 30, Dpcm 12.1.2017). I **nuovi requisiti prevedono che un CD demenze o per anziani non autosufficienti possa restare chiuso per 3 mesi l'anno**. E' legittimo chiedersi in quale mondo vivano gli estensori di questa norma? Può una persona con demenza stare senza servizi per 3 mesi? Ma anche dove i requisiti generali lo specificano, come nel caso della disabilità si prevede che il "CD riabilitativo" (quelli della legge 20/2000 quasi tutti all'interno degli ex art. 26/833) possa restare "chiuso" fino a 6 settimane rimanendo aperto per sole 6 ore giorno (anche se poi si afferma che è garantita la continuità del servizio tutti i mesi dell'anno). Ci si pone il problema di come le persone e le famiglie faranno fronte a tali periodi di chiusura? E perché ad esempio per l'ex CSER non si riprende la vigente normativa che prevede apertura a 48 settimane con chiusura consecutiva non superiore alle 2 e con garanzia di servizi alternativi per le persone che ne hanno necessità? Oppure: **mensa e trasporto**: perché nel Regolamento generale non si specifica che questi servizi sono assicurati? Non occorre specificare che se un requisito non è presente il titolare dell'autorizzazione non è tenuto a garantirlo.

**2) Figure educative servizi disabilità.** Proviamo a verificare come e se sia prevista la loro presenza in servizi rivolti a persone con disabilità intellettiva/autismo. Prendiamo lo stesso CD disabili (SRDis1): possibile che **non si ritenga necessario indicare fra le figure professionali presenti quella dell'educatore?!** Eppure le altre figure professionali sono indicate (infermiere, OSS, TdR, psicologo ..). Oppure prendiamo le RSR estensive (RD2). Nelle Marche alcune di queste accolgono persone con **disabilità intellettiva e autismo**. Abbiamo 40 minuti di infermiere, 110 di Oss e poi si intreccia attività riabilitativa e psico educativa (1h per 5 giorni). Nella neonata UDGEA (rivolta a soggetti con gravi disturbi comportamentali) a fronte di 240 minuti di assistenza infermieristica ed OSS, solo la metà ne viene prevista per attività riabilitativa/educativa psicologica). Anche in questo caso ci fermiamo qui. Ma dovrebbe essere sufficiente per capire **quanto poco si investa in attività educative e quanto in interventi di tipo assistenziale**.

**3) Chiudiam infine con gli aspetti legati ai percorsi di valutazione, presa in carico, accompagnamento. Tutto ciò che richiama appropriatezza dei percorsi.** Non compete al Manuale di autorizzazione definire composizione delle équipes (figure professionali, funzioni, competenze) Ma, se da un lato per servizi assimilabili si prevedono percorsi differenziati (vedi modalità di accesso nell'area disabilità), dall'altro (vedi area demenze) o si identificano "nuovi luoghi" di valutazione. Una situazione (che non brilla per chiarezza) nella quale è indispensabile che queste funzioni diventino sostanziali e sia data chiara indicazione della tipologia di figure professionali da impiegare, della dotazione necessaria, in base al bacino di popolazione, dei modelli organizzativi adeguati. Le competenze riguardo queste funzioni competono allo stesso assessorato che elabora i

requisiti. E' sotto gli occhi di tutti e in particolare di chi ha necessità di questi servizi lo stato di progressivo (ma non lento) e inesorabile abbandono. Chi ha permesso e permette che i luoghi della "presa in carico", siano diventati e diventino i luoghi della "certificazione", non è interessato a percorsi che producano qualità di vita (non identificabile nelle prestazioni offerte) per le persone all'interno della comunità di appartenenza.

**9 febbraio 2020**

**Comunicato stampa**

## **Oltre 1200 persone hanno sottoscritto la petizione per chiedere al presidente Ceriscioli di modificare la proposta della giunta sui requisiti dei servizi sociosanitari**

Più di 1200 persone hanno sottoscritto la petizione, nella quale si chiede al Presidente della **giunta regionale** **profonde modifiche** alla proposta della giunta sui nuovi requisiti di funzionamento dei servizi sociosanitari diurni e residenziali, che riguardano la vita ed il benessere di circa 12.500: persone disabili, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbi psichiatrici, minori, persone con demenza. Giovedì 13 febbraio la Commissione Consiliare competente esprimerà il parere e successivamente la giunta approverà in via definitiva i provvedimenti. Già lo scorso giugno un significativo gruppo di associazioni aveva richiesto al Presidente sostanziali modifiche alla proposta della Giunta.

**Le ragioni delle petizione:** La proposta della giunta da un lato chiude sostanzialmente l'esperienza regionale dei servizi di piccole dimensioni inseriti nei normali contesti abitativi, avviata fin degli anni novanta, a favore di grandi strutture che premiano soggetti gestori, soprattutto for profit, economicamente forti, a scapito di dimensioni organizzative e gestionali di tipo comunitario. La proposta della giunta promuove e potenzia invece la **concentrazione dei servizi** a danno della capillarità e diffusione territoriale. Un modello nel quale ad essere **centrali sono le strutture e non le persone**. Una proposta che non appare interessata ad obiettivi di inclusività, qualità della vita e progettualità personalizzata.

La petizione chiede quindi che siano mantenute le piccole comunità (6-10 posti) **senza possibilità di accorpamento**; eliminazione della possibilità, per tutte le strutture attive o in via di attivazione, di derogare dal rispetto di alcuni requisiti strutturali (numero letti per camera, superficie minima, dimensionamento).

Ma la proposta regionale deve essere modificata anche in altri punti: non sono previste figure educative in alcuni servizi per la disabilità intellettiva; le modalità di accesso sono diverse per servizi analoghi; non è definita né la composizione, né le modalità di funzionamento delle équipes per la valutazione e l'accesso nei servizi per persone con demenza; è prevista la possibilità di ricovero di minori in servizi rivolti ad adulti e anziani; sono assenti indicazioni rispetto all'obbligatorietà di prestazioni essenziali nei servizi diurni: (ad esempio mensa, trasporto, periodi di apertura garantita).

Nei prossimi giorni firme saranno consegnate al presidente Ceriscioli.

**La definizione dei requisiti dei servizi non è atto tecnico, ma eminentemente politico.** Sono scelte di **politica sociale**. Se la giunta confermerà le proprie proposte, si assumerà la responsabilità di un decisivo passo indietro nella definizione della qualità di vita di tutti i cittadini marchigiani.

**CONFERENZA STAMPA DI PRESENTAZIONE DELLA PETIZIONE - ANCONA (sede da definire) VENERDI' 14 FEBBRAIO ALLE ORE 12.00 – SEGUIRÀ INVITO**

**FIRMA E DIFFONDI LA PETIZIONE - Puoi approfondire: QUI, QUI, e QUI. Alcuni video QUI.**

21 luglio 2019

## **FOCUS. Requisiti autorizzazione servizi sociosanitari. Le questioni in gioco nella proposta della giunta**

Nella definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociosanitari diurni e residenziali (circa 12.500 posti) si gioca una partita importantissima in tema di **scelte di politica sociale** (da non confondere o assimilare ai servizi sociali).

In gioco c'è un'idea di servizi. L'abbiamo declinata in termini di contrapposizione tra modelli. La Regione ha virato decisamente verso la **concentrazione** a danno della **diffusione territoriale**. La capillarità dei servizi è strumento per l'**inclusione**, tematizza **progetto** e **qualità di vita**. Cosa significa abbiamo cercato di spiegarlo [in questo video](#), nella audizione in [Commissione Consiliare](#) e nell'incontro con [il presidente della giunta regionale](#).

Se passa la proposta che prevede per alcuni requisiti strutturali il mantenimento della precedente regolamentazione (letti per camera, superficie, capacità recettiva e accorpamenti) non ci sono limiti alla possibilità di *attaccare moduli su moduli* destinati sia alla stessa tipologia di destinatari che a altra tipologia (salute mentale, anziani, disabilità). Questo perché per il totale dell'offerta da qui ai prossimi anni non ci sono vincoli per gli accorpamenti in quanto precedentemente non regolamentati (vedi qui [Tornare indietro. La nuova proposta sui requisiti dei servizi](#)).

Ciò determina una spinta molto forte verso le concentrazioni. Una situazione che negli ultimi 15 anni si è sempre più sviluppata nella nostra Regione non solo con riferimento ai servizi per anziani. Una "multimodularità" che tiene insieme "nuclei" per anziani, disabili, salute mentale.

Occorre ricordare che lasciare inalterati alcuni requisiti definiti circa 20 anni fa, significa sostanzialmente (vedi tutte le strutture sociosanitaria già autorizzate con la legge 20/2000) prorogare una regolamentazione che nel 2000 era già fortemente datata ([Vedi qui una sintesi riguardante la precedente regolamentazione](#)).

La spinta verso il **concentramento** si rafforza con la sostanziale scomparsa, per le nuove realizzazioni, delle piccole comunità per disabili da 10 persone (che possono arrivare fino a 20). Ma come detto, la norma che fa valere il mantenimento dei precedenti requisiti per tutti i servizi attivi o via di realizzazione, non impedisce, di mantenere il modulo da 10 accorpato con altri moduli senza possibilità di limitazione. Stessa situazione nell'area salute mentale (compresa la residenzialità per disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva): il modello proposto è due moduli da 20 con possibilità di accorpamento con altri 20 posti di centro diurno. Strutture da 60 posti.

Non a caso abbiamo definito la proposta [senza un'anima](#) con un approccio meramente amministrativo che mira a gestire esclusivamente l'esistente.

In gioco c'è dunque un'idea di servizi, un modello. Le piccole comunità possono costare di più. Forse sì, ma la qualità ha sempre un costo. Si tratta di scelte. Se la prospettiva, come sembra, è quella dell'economia gestionale, se ne può fare sempre di più e può essere senza limiti. Ma appunto di scelte si tratta ed è quello su cui dovrà misurarsi a brevissimo la giunta regionale delle Marche.

Chi non si rassegna a questo esito può far sentire la propria voce ed esprimere il proprio dissenso sottoscrivendo la [PETIZIONE](#) che abbiamo promosso nelle scorse settimane.

Una petizione che chiediamo di **sottoscrivere, inviare e diffondere** (vedi in calce a questa nota testo e indicazioni)

**Gruppo Solidarietà**

Per approfondire: [QUI alcuni testi](#), [QUI alcuni video](#).

**L'appello del marzo 2018, [Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi sociosanitari](#).**

Il testo

**- Al presidente della giunta regionale**

Oggetto: Presidente, non leghi il suo nome ad un inaccettabile ritorno indietro!

Autorizzazioni sociosanitarie. Modificare radicalmente le dgr 1718/18 e 257/2019.

La proposta regionale, attualmente in attesa del parere della IV Commissione, è inaccettabile per diversi aspetti e contenuti, e richiede un cambiamento radicale per i seguenti motivi:

- chiude sostanzialmente l'esperienza regionale delle comunità di piccole dimensioni ed inserite nei normali contesti abitativi, avviata fin degli anni novanta, a favore di grandi strutture che premiano soggetti gestori, soprattutto for profit, a danno delle piccole esperienze radicate nei territori;
- garantisce a tutte le strutture già autorizzate o in via di realizzazione (in pratica tutta l'offerta attuale e futura per diversi anni) in maniera assolutamente impropria, la deroga al rispetto di fondamentali requisiti strutturali (superficie minima, letti per camera, capacità recettiva e accorpamenti); per farLe un esempio, circa 1700 persone potranno continuare a vivere in camere da 4 letti;
- prevede che il sistema di valutazione e accesso, finalizzato all'appropriatezza dei percorsi di assistenza e cura, sia attuato in alcuni servizi e non in altri;
- non prevede inspiegabilmente figure educative in servizi rivolti alla disabilità intellettiva;
- stralcia molti requisiti di qualità già presenti nella vigente normativa, e dimentica di definirne altri essenziali (ad esempio indicazioni di mensa, trasporto, tempi di apertura nei servizi diurni).

Presidente, non leghi il suo nome ad un inaccettabile ritorno indietro!

---

**4 giugno 2019**

**Comunicato stampa**

**Servizi sociosanitari. La proposta della giunta sui requisiti autorizzazione deve essere cambiata**

**La richiesta di incontro urgente al presidente Ceriscioli**

Otto organizzazioni marchigiane (Angsa marche, Acli marche, Uildm Ancona, Gruppo Solidarietà, Confcooperative-Federsolidarietà Marche, Federazione pensionati ACLI Marche, Cooperativa Papa Giovanni XXIII, Fondazione Paladini) tra queste alcune federazioni regionali, hanno chiesto un incontro urgente al presidente della giunta regionale Luca Ceriscioli sui nuovi requisiti di autorizzazione delle strutture socio sanitarie. La proposta è ora all'esame delle IV Commissione consiliare per il parere e tornerà poi in giunta per l'approvazione definitiva.

Le associazioni, come hanno già motivato in sede di audizione, ritengono indispensabile che le proposte della giunta siano modificate in maniera sostanziale. Ricordano che sono circa 12.500 (persone con disabilità, demenza, disturbi mentali, anziani non autosufficienti) le persone interessate a questi provvedimenti.

Le principali modifiche devono riguardare il dimensionamento dei servizi che devono mantenere la piccola dimensione, così da essere inseriti nei normali contesti comunitari. Se la proposta della giunta dovesse essere confermata si chiuderebbe, nella sostanza, l'esperienza marchigiana delle piccole comunità avviata nella seconda metà degli anni novanta, in particolare nei servizi rivolti alle persone con disabilità e salute mentale. Le sole comunità per minori, servizi delicatissimi, con disturbi neuropsichiatrici potranno arrivare ad avere anche 60 posti (40 posti residenziali + 20 diurni). Un inaccettabile ritorno ai vecchi istituti.

La proposta prevede inoltre che per tutte le strutture attive o in via di attivazione si possa derogare dal rispetto di alcuni requisiti strutturali (letti per camera, superficie minima, dimensionamento). Ciò determinerà ad esempio che per circa 1800 posti (disabilità, salute mentale, anziani) potranno mantenersi camere a 4 letti).

Ma anche altri punti devono essere cambiati, alcuni esempi: la mancanza di figure educative nei servizi per la disabilità intellettiva; modalità di accesso diversificate per servizi analoghi; indicazione di équipe per valutazione e accesso in quelli rivolti a persone con demenza per le quali non è definita né composizione, né organizzazione; possibilità di ricovero di minori in servizi rivolti ad adulti e anziani; assenza di indicazioni, fondamentali, nei servizi diurni, quali tempi di apertura.

Ricordiamo che i requisiti di autorizzazione sono vincolanti per tutti gli enti, pubblici e privati, a tutela dei destinatari degli interventi.

Per i motivi sopra elencati le organizzazioni firmatarie si attendono una rapida convocazione, preludio alle indispensabili modifiche.

**Confcooperative Federsolidarietà, Marche**  
**Associazione nazionale genitori soggetti autistici (ANGSA), Marche,**  
**Fondazione Paladini, Ancona**  
**Unione italiana lotta distrofia muscolare (UILDM), Ancona**  
**Gruppo Solidarietà, Moie di Maiolati**  
**Cooperativa Papa Giovanni XXIII, Ancona**  
**ACLI Marche**  
**Federazione Anziani Pensionati ACLI Marche**  
**Aisla Marche**

Per approfondire: [Osservazioni alla dgr 1718/2018](#) e [257/2019](#). I video esplicativi [qui](#) e [qui](#).

---

**9 luglio 2019**

**Comunicato stampa**

## **Requisiti di autorizzazione dei servizi socio-sanitari**

### **Le associazioni hanno ribadito al presidente Ceriscioli le richieste di modifica**

Una rappresentanza di nove organizzazioni marchigiane (Angsa Marche, Acli Marche, Uildm Ancona, Gruppo Solidarietà, Confcooperative-Federsolidarietà Marche, Federazione pensionati ACLI Marche, Cooperativa Papa Giovanni XXIII, Fondazione Paladini, Aisla Marche) ha incontrato il presidente della giunta regionale Luca Ceriscioli, per esprimere il proprio dissenso su alcuni punti caratterizzanti la proposta regionale per i nuovi requisiti di autorizzazione delle strutture socio sanitarie diurne e residenziali che riguardano, tra gli altri, persone con disabilità, con disturbi psichici o demenze, ed anziani non autosufficienti. Servizi rivolti a circa 12.500 persone.

Le associazioni hanno ribadito che se la proposta della giunta dovesse essere confermata, si produrrebbe, come primo effetto dirompente, la fine sostanziale dell'esperienza marchigiana delle piccole comunità, avviata nella seconda metà degli anni novanta, e rivolte a persone con disabilità e problemi di salute mentale. Servizi caratterizzati da un forte radicamento nei territori e da modalità di funzionamento che garantiscono standard di vita più simili a quelli di un normale nucleo familiare allargato.

In questo senso sono state ribadite le richieste di modifica già presentate in sede di audizione in Commissione Consiliare: mantenimento delle piccole comunità (6-10 posti) senza possibilità di accorpamento; eliminazione della possibilità, per tutte le strutture attive o in via di attivazione, di derogare dal rispetto di alcuni requisiti strutturali (numero letti per camera, superficie minima, dimensionamento).

Tali requisiti devono valere per tutte le strutture, prevedendo, per quante attualmente non li posseggano, la possibilità di presentare un definito progetto d'adeguamento, approvato e monitorato con cura dalla regione Marche.

Ma anche altri punti dei regolamenti devono essere cambiati, viste le criticità che presentano: mancanza di figure educative nei servizi per la disabilità intellettiva; modalità di accesso diversificate per servizi analoghi; indicazione di équipe per la valutazione e l'accesso nei servizi per persone con demenza, per le quali non è definita né la composizione, né le modalità di funzionamento; possibilità di ricovero di minori in servizi rivolti ad adulti e anziani; assenza di indicazioni rispetto all'obbligatorietà di prestazioni essenziali nei servizi diurni (mensa, trasporto, tempi di apertura).

Le associazioni hanno registrato una apertura da parte del presidente per quanto riguarda il rispetto dei requisiti strutturali, attraverso la previsione dei tempi di adeguamento per tutte le strutture attive. Attenzione è stata posta alla richiesta del mantenimento delle piccole comunità inserite nei normali contesti abitativi.

I prossimi giorni diranno se le aperture si tradurranno nella modifica degli atti in corso di approvazione.

**Confcooperative Federsolidarietà, Marche, Associazione nazionale genitori soggetti autistici (ANGSA) - Marche, Fondazione Paladini - Ancona, Unione italiana lotta distrofia muscolare (UILDM) - Ancona, Gruppo Solidarietà - Moie di Maiolati, Cooperativa Papa Giovanni XXIII - Ancona, ACLI Marche, Federazione Anziani Pensionati ACLI Marche, Aisla Marche**

Per approfondire: [Osservazioni alla dgr 1718/2018](#) e [257/2019](#). I video esplicativi [qui](#), [qui](#) e [qui](#).

---

**26 maggio 2019**

**Comunicato stampa**

### **Requisiti servizi sociosanitari. Perché le proposte della giunta devono cambiare Le richieste del Gruppo Solidarietà nella audizione in Consiglio regionale**

Si stanno svolgendo in queste settimane le audizioni della IV Commissione Consiliare sulle proposte della giunta regionale in tema di requisiti di funzionamento dei servizi sociosanitari diurni e residenziali.

Sono circa 12.500 le persone interessate al provvedimento, tra questi: disabili, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbi psichiatrici, minori, persone con demenza.

In sede di audizione il Gruppo Solidarietà ha presentato alla Commissione, due documenti\* contenenti le proposte di modifica. Il Gruppo (che il prossimo anno festeggerà il quarantennale di ininterrotta attività a tutela dei soggetti più deboli) ha ribadito che senza alcune modifiche sostanziali la regolamentazione proposta - frutto di un accordo con gli enti gestori (con fine di lucro e non profit) -determinerà da qui ai prossimi anni la fine dei servizi di piccole dimensioni inseriti nei normali contesti abitativi a vantaggio di grandi strutture (con molte decine di posti), collocati, a causa delle dimensioni, ai margini dei territori. Strutture gestite da soggetti con grandi capacità economiche che mettono al primo



posto la remuneratività dei servizi. Gli effetti si avranno sulle qualità dei servizi e sui piccoli soggetti gestori (cooperative ed associazioni). Ma non solo di questo si tratta. La proposta prevede che tutte le strutture esistenti o in via di realizzazione siano esonerate dal rispetto di alcuni importantissimi requisiti strutturali (ad esempio potranno continuare ad avere 4 letti per camera ed dimensionamenti, con accorpamenti illimitati, fino a centinaia di posti).

Le sole comunità per minori, servizi delicatissimi, con disturbi neuropsichiatrici potranno arrivare ad avere anche 60 posti (40 posti residenziali + 20 diurni). Un ritorno ai vecchi istituti.

Ma a lasciare perplessi è la complessiva scarsa cura dell'intero testo che - lo ricordiamo - detta regole vincolanti nel funzionamento dei servizi a tutti gli enti gestori (pubblici e privati). Assenza di specifiche figure professionali (ad esempio, educatori) in servizi rivolti a disabili intellettivi; funzioni di valutazione e accesso in quelli rivolti a persone con demenza ad èquipe per le quali non è definita né composizione, né organizzazione; assenza di specifiche indicazioni riguardo tempi di apertura nei servizi diurni fondamentali per ridurre o ritardare istituzionalizzazione. E molto altro ancora.

Oltre ad augurarci che la Commissione possa assumere le richieste dettate dall'unica preoccupazione di migliorare i servizi, ci auguriamo che il presidente Ceriscioli, cui nei prossimi giorni verrà richiesto incontro da parte di alcune associazioni, assuma l'iniziativa di rivedere in profondità l'impianto di regolamenti che di certo non hanno mostrato di mettere al centro dell'attenzione chi i servizi li fruisce.

**Gruppo Solidarietà**

**\* I documenti consegnati alla Commissione: [Osservazioni alla dgr 1718/2018](#) e [257/2019](#). I video esplicativi [qui](#) e [qui](#).**

---

**20 marzo 2019**

## **Tutti i nodi irrisolti della programmazione sociosanitaria regionale La proposta dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie nelle aree anziani e adulti evidenzia 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 farmacologia. 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 ricettività 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 sociosanitari](#)
- [Requisiti dei servizi. La Regione scopra le carte](#)
- [Requisiti servizi sociosanitari e sociali diurni e residenziali. La proposta della Giunta](#)
- [Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi sociosanitari. Un appello da sottoscrivere](#)

**7 gennaio 2019**

## **Ancorata al passato e nel segno della istituzionalizzazione. La proposta della regione Marche sui requisiti autorizzazione<sup>1</sup>**

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 regionale 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

---

<sup>1</sup> 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](#)).

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 (sociosanitaria) 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 (in allegato la nota del 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 motivazioni<sup>2</sup>, 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 situazione di gravità, sulla base della legge 104/92). Pertanto va tolta la parte successiva a "25 giornalieri", e può essere integrata con la formulazione del Regolamento 3/2006 su *tipologia*

---

<sup>2</sup> 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.

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. La nota del 12 novembre 2018.**

- Presidente e componenti giunta regionale
- E p.c. - Presidente e componenti IV Commissione
- Dirigenti Servizio Salute e Politiche sociali

Oggetto: Requisiti autorizzazione servizi diurni e residenziali.

Non nascondiamo disagio e frustrazione alla lettura di bozze di lavoro, sempre più vicine a quelle definitive, contenenti le modifiche alla dgr 598/2018 ed elaborate dagli uffici regionali. Proposta sulla quale la IV Commissione è chiamata a dare parere. Purtroppo non sono state previste audizioni.

Di bozza in bozza, nulla cambia se non aggiustamenti funzionali al mantenimento dello status quo per i servizi già operativi.

Eppure non ci sembra che le questioni precedentemente poste siano irrilevanti per la gran parte dei 16.000 utenti dei servizi oggetto di nuova regolamentazione. Rimandiamo, a tal fine, alla nostra nota del 13 settembre<sup>3</sup>, che riportiamo di seguito, nella quale abbiamo analizzato alcuni aspetti delle modifiche che verranno apportate. Qui la facciamo *corta*. Il dato principale che rileviamo è questo: a **tutte le strutture preesistenti e quelle in via di realizzazione, ovvero circa il 95% dei posti che da qui ai prossimi anni saranno operativi, si applica la previgente normativa quand'anche essa non sia stata mai emanata.**

a) Non dovranno avere obbligatoriamente una **superficie minima per persona**. Vuol dire che se la previsione per un diurno è di 16 mq per persona, ma per quello attivo è la metà, o anche meno, non dovrò mai adeguarmi, ma posso mantenere uno standard, che la Regione considera pregiudizievole ai fini di nuova autorizzazione.

b) **Letti per camera**. Devono essere uno o due, ma per le strutture preesistenti possono essere fino a 4. Abbiamo fatto un conto veloce. Questa deroga può riguardare (a meno che il gestore non abbia autonomamente fatto scelte diverse) il 65% dei posti dell'area disabilità; il 50% dell'area anziani; il 100% dell'area salute mentale. Non solo: sulle dimensioni è previsto anche uno scostamento del 25% contro il 20% previsto dalle normative di 18 anni fa. Vuol dire che per qualcuno non sono bastati 18 anni per mettersi in regola. Le camere da 4 letti sono le camere degli Istituti. Sono questi i modelli di riferimento?

c) **Accorpamenti**. Ci si aggancia al punto precedente: le nuove indicazioni prevedono la possibilità di mettere insieme circa (ipotizzando la permanenza del modulo da 20) 100 persone nello stesso edificio (4 moduli residenziali e un semiresidenziale). Quando usciranno i requisiti "specifici" vedremo le scelte per tipologia di servizio. Ma .... tutto questo non vale per le "strutture autorizzate e per quelle in fase di costruzione". Per loro vale la normativa pre-esistente; norma che però ... non esiste (salvo quanto abbiamo già indicato nel documento del 13 settembre). Quindi? In questi casi non esistono limiti agli accorpamenti. Possiamo costruire quante più cittadelle vogliamo. Alcuni paesi della nostra Regione hanno meno abitanti di queste strutture. Non pare inopportuno chiedersi a quale cultura dei servizi ci si ispiri. L'adesione alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (Mozione n. 72 del 18.7.2017), imporrebbe, riteniamo, ben altre scelte.

Eppure .. non sarebbe così dirompente prevedere il rispetto di quanto indicato nella dgr 598 per le strutture preesistenti, chiedendo l'adeguamento della superficie netta per persona e dei letti presenti in ogni camera, prevedendo un tempo definito e concordato. Sul quale poi vengano effettuati controlli e verifiche. Quanto invece agli accorpamenti, bisognerà leggere i "regolamenti specifici". Il 4+1 sarebbe infatti improponibile e inaccettabile sia per i nuovi che per molti dei "vecchi" servizi.

Stiamo parlando di servizi nella maggior parte dei quali le persone trascorrono larga parte della loro vita. Non è opportuno che vengano appunto garantite le migliori condizioni di vivibilità possibili?

Confidando vivamente in un fattivo ripensamento inviamo distinti saluti

**Gruppo Solidarietà**

---

<sup>3</sup> Vedi pagine successive.

**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 sociosanitari](#)
- [Requisiti dei servizi. La Regione scopra le carte](#)
- [Requisiti servizi sociosanitari e sociali diurni e residenziali. La proposta della Giunta](#)

**6 dicembre 2018**

## **Nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi: L'inquietante indifferenza**

Mentre la definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari diurni e residenziali continua il suo percorso, sembra necessario proporre alcune riflessioni, non solo sui contenuti ([ufficiali e no](#)) che è stato possibile analizzare, quanto sul clima di sostanziale indifferenza riguardo agli effetti dei provvedimenti sui servizi in oggetto, e dunque su chi ne fruisce. Eppure parliamo di [requisiti](#) che riguardano 58 tipologie di servizi diurni e residenziali per un bacino complessivo di circa 16.000 beneficiari (disabilità, salute mentale, minori, demenze, anziani non autosufficienti, dipendenze patologiche, ecc ..). Una  *fetta* importantissima di interventi.

1) **Un'accidia senza precedenti.** Abbiamo già documentato come per tutti i servizi attivi, e per quelli in fase di realizzazione, varranno i requisiti preesistenti. Ovvero tutta l'offerta da qui ai prossimi anni. Significa che potranno realizzarsi accorpamenti senza limiti, si potranno avere camere a quattro letti per gran parte dei servizi rivolti alla disabilità, salute mentale, anziani, ecc .... previsioni che nell'anno 2018 appaiono inconcepibili. Ciononostante, a parte le nostre denunce, non abbiamo letto una, ripetiamo una, pubblica presa di posizione a riguardo (se qualcuno lo ha fatto, ci invii la documentazione e rettificheremo). E' così radicalmente diversa la situazione da quella del 2013, che ha portato decine di associazioni a protestare davanti la sede del Consiglio regionale? Erano associazioni di volontariato e di utenti, cooperative sociali e un bel numero di operatori preoccupati del futuro dei servizi in cui lavoravano.

2) **Ridicolizzata la IV Commissione.** Non si può utilizzare altro termine. La proposta di requisiti da parte della giunta (dgr 598/2018) del maggio scorso è in attesa del parere della Commissione prima della approvazione definitiva. In questi sei mesi l'assessorato alla sanità lavora alla modifica della sua delibera in un confronto permanente con gli enti gestori (profit e no), presenti sia nella veste di tecnici (componenti dei tavoli) e di, appunto, gestori. Definiscono e nel contempo negoziano le regole che li riguardano. Quando si raggiungerà un accettabile compromesso, sicuramente avverrà il passaggio in Commissione necessario ai fini della approvazione definitiva.

3) **Il nodo dei Centri di riabilitazione ex art. 26/833.** Più che nodo, sarebbe corretto usare il termine "legatura". Le modifiche strutturali sono chiaramente aversate dalla gran parte dei Centri di riabilitazione ex art. 26. Le loro strutture fanno riferimento a standard di personale che risalgono alla fine degli '90, definiti in appositi Accordi; hanno requisiti strutturali (vedi requisiti ex legge 20/2000) sostanzialmente inesistenti; ci sono soggetti *for profit* (soprattutto ex Santo

Stefano, ora Gruppo KOS), che si caratterizzano per la realizzazione di grandi contenitori che accolgono utenza indifferenziata. Ovviamente ciascuno promuove e tutela i propri interessi. E dunque è evidente che il privato for profit cerchi di allargare i propri mercati ai minori costi possibili, mirando alla massima remuneratività. Può farlo, evidentemente, anche fornendo servizi di qualità. Ma in questo contesto la questione è un'altra.

4) **Le Istituzioni (o meglio, la Regione Marche).** Ma per le istituzioni è .. diverso. C'è un ruolo di garanzia dei diritti che è inalienabile. La regione Marche, attraverso la regolamentazione dei servizi, deve assicurare e garantire una buona qualità di vita a persone, che hanno bisogno di sostegni e vicinanza, persone a cui si deve rispetto, tutela della dignità e modelli abitativi, che si avvicinino il più possibile alle normali condizioni di vita delle persone e delle famiglie. Non sono questioni tecniche, ma esclusivamente politiche. Alla politica tocca fornire indirizzi. Perché ciò accada occorre mettersi in ascolto principalmente di chi i servizi li fruisce e non solo di chi li gestisce. Occorre superare una prospettiva amministrativa ed economicistica, a favore di una visione che abbia come riferimento e declinazione la qualità di vita delle persone.

Ma soprattutto occorre avere potenti convinzioni - aiutate dalla capacità di mettersi "nei panni" delle persone - sapendo che da un lato ci sono soggetti forti, non disponibili a negoziare condizioni economicamente non convenienti, o anche solo meno convenienti. Dall'altro ci sono soggetti deboli, senza rappresentanza, tutt'al più oggetto di qualche benevola concessione. Per il resto è deserto.

Ed oggi nella nostra Regione non c'è sproporzione nei rapporti di forza. Di forza ne esiste solo una e l'esito, purtroppo, è certo.

---

**13 settembre 2018**

**- Presidente e componenti IV Commissione**

Oggetto: Richiesta audizione su dgr 598/2018. Vs nota dell'11 settembre 2018.

Con riferimento alla vs in oggetto, siamo dispiaciuti per la decisione di non tenere audizioni. Tanto più che la nostra richiesta era corredata dall'appello, **Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi sociosanitari**, nel quale circa 380 persone (in gran parte operatori, volontari, utenti) e 20 organizzazioni, esprimevano l'auspicio, indicando alcuni punti discriminanti, che i nuovi requisiti si caratterizzassero per attenzione alla qualità di vita e inclusività.

Sullo specifico della DGR 598/2018, **ribadiamo la richiesta che insieme alla proposta di requisiti generali sia presentata anche quella dei requisiti specifici** (che possono derogare quelli generali), perché solo in questo modo si potrà valutare in maniera adeguata ogni tipologia di servizio (ne abbiamo contati 58). La valutazione di qualità di un servizio passa attraverso molti aspetti, tra cui lo standard e la tipologia di personale, la capacità recettiva (il cosiddetto *modulo*), la possibilità di accorpamenti tra più strutture, il ruolo dei servizi territoriali (accesso, valutazione, verifica). Si tratta di un punto dirimente. **Non si possono proporre osservazioni e modifiche ad un testo parziale.**

Ma c'è dell'altro. Gli "addetti ai lavori" sanno che Uffici regionali ed enti gestori (profit e non profit) stanno rivedendo i contenuti della dgr 598. Le modifiche che si stanno definendo cambiano radicalmente alcuni punti qualificanti dei servizi. Ne prendiamo a riferimento tre:

- 1) Superficie per singolo servizio (punto 4).
- 2) Posti letto per camera (punto 7).
- 3) Dimensionamento e accorpamenti (punto 16).

Rispetto a questi requisiti, per le strutture già autorizzate (in alcuni anche per quelle in corso di realizzazione), valgono i requisiti preesistenti. Non si è in presenza dunque di un passaggio graduale verso requisiti di qualità, con almeno la previsione di tempi di adeguamento; siamo piuttosto di fronte al mantenimento di requisiti insoddisfacenti, definiti nel [2000](#) e [2004](#), o addirittura alla totale assenza di requisiti di riferimento.

Significa che gli oltre **16.000 posti attivi** potranno mantenere, sui punti sopra indicati, i requisiti preesistenti. Un'offerta che rappresenta oltre il 90% dell'offerta contrattualizzabile prevista dal Piano di fabbisogno (**circa 18.000**), cui si aggiungono qualche centinaio di posti previsti con atti successivi. In sostanza con le nuove formulazioni a regolamenti approvati, su questi specifici punti tutti potranno continuare con la preesistente regolamentazione. A questo punto occorre specificare **quali siano le relative previgenti normative**.

**1) Superficie per singolo servizio.** Si tratta di un **requisito non previsto nei vigenti Regolamenti**. Dunque per il **totale dell'offerta attuale** (e per quelle in corso di realizzazione), **non è previsto alcun requisito**. Unica eccezione (siamo stati indecisi se segnalarla perché temiamo possa essere abrogata), riguarda le residenze psichiatriche. I requisiti del 2000 richiamano [l'allegato A, punto 10 del Dpcm 22.12.1989](#) sulle RSA anziani (che prevedevano un tempo di adeguamento di 3 anni, quindi tutte le dovevano avere nel 2003). Il Dpcm indica che la superficie per ospite è pari a 40/45 mq.

**E' quindi necessario che l'indicazione della superficie a disposizione per ciascun ospite vada mantenuta, prevedendo un tempo di adeguamento così da permettere a tutti i servizi di offrire spazi di vita dignitosi.**

**2) Posti per camera.** Per quanto riguarda i **letti per camera** la formulazione permette che almeno 600 persone con disabilità potranno continuare a vivere in camere da 4 letti (circa il 65% dell'intera offerta residenziale); camere da 4 letti anche per il 50% dei ricoverati in RSA anziani e Cure intermedie (circa 600/700 persone) e per tutti quelli con disturbi psichici (fino a 650). Per le dimensioni minime delle camere, più realisti del re, lo scostamento possibile, che, ad esempio, per le RSA anziani nel 2000 era del 20%, diventa del 25%. **Voi vivreste una vita intera in una camera a 4 letti?** Una norma che consente tale situazione è dignitosa? I requisiti della legge 20/2002 hanno previsto per tutte le residenze (eccetto alcune eccezioni per i minori) che le camere fossero di uno o due letti. Non solo non è caduto il mondo 14 anni fa, ma alcune centinaia di persone hanno abitato in luoghi più degni. Perché questo non può essere previsto per le strutture residenziali normate nel 2000 dalla legge 20?

**3) Dimensionamento e accorpamenti.** La formulazione consente alle strutture già attive e a quelle in costruzione (quindi sostanzialmente il totale dell'offerta) di **non avere limiti negli accorpamenti** (essendo assenti, al riguardo, normative previgenti) e di mantenere la precedente regolamentazione della capacità recettiva (numero di posti per il cosiddetto modulo). Le strutture per disabili della legge 20/2000 non avevano indicazione a riguardo. I limiti previsti nelle Rp anziani della legge 20/2002 (80 e 120) sono stati superati attraverso l'accorpamento con altre tipologie di autorizzazione, così come il limite dei due moduli nella salute mentale previsto dal POSM. Va ricordato che, ad oggi, l'assenza di regolamentazione di questo aspetto non impedisce accorpamenti anche di servizi residenziali a dimensione comunitaria (ad esempio di 6 e 10



persone) concepiti non certo per essere accorpati. Quindi la formulazione permette il mantenimento della situazione preesistente per tutte le strutture (quand'anche non regolamentata), sia in termini di "modulo", sia rispetto al numero ed alla tipologia di accorpamenti.

In conclusione, si ribadisce la richiesta che venga presentato un atto, nel quale siano presenti nella loro integralità tutti i requisiti. Inaccettabile è il mantenimento per le strutture attive (e in fase di costruzione) dei requisiti preesistenti quanto a capacità recettiva e superficie totale netta, mentre vanno piuttosto previsti adeguamenti graduali, ma certi, verso requisiti che salvaguardino la qualità di vita delle persone. Non si può accettare che in una camera vi siano le stesse persone previste in un'intera abitazione del cosiddetto "dopo di noi". Non è accettabile che nel 2018 sia ancora possibile trovarsi a vivere in camere da 4 letti in strutture di centinaia di persone. Così come concepita la proposta si caratterizza per essere una liberalizzazione totale dei servizi a favore degli enti gestori.

Questa è una responsabilità tutta politica, che ci auguriamo vogliate assumere pienamente e responsabilmente, tenendo fisso lo sguardo su chi i servizi li fruisce.

**Gruppo Solidarietà**

---

**17 settembre 2018**

**Comunicato stampa**

### **Servizi socio-sanitari nelle Marche**

#### **La proposta di nuovi requisiti rafforza l'Istituzionalizzazione dei servizi**

**Per i servizi già attivi - oltre il 90% dell'offerta da qui ai prossimi anni - mantenimento di 4 letti per camere, nessun limite ad accorpamenti all'interno dello stesso edificio, mancata previsione di spazi minimi all'interno dei servizi diurni e residenziali**

Nei giorni scorsi il Gruppo Solidarietà ha inviato un [documento](#) alla IV Commissione Consiliare, che è chiamata ad esprimere un parere sulla proposta della giunta che definisce i nuovi requisiti di funzionamento (autorizzazione) dei servizi diurni e residenziali nel quale si esprime il fermo dissenso riguardo alle proposte che si vanno definendo.

Si tratta di previsioni che mantengono e rafforzano modelli di istituzionalizzazione. In sostanza i nuovi requisiti su alcuni aspetti fondamentali quali: spazi dei servizi, numero di letti per camera, possibilità di accorpare all'interno della stessa struttura anche centinaia di persone, non modificano le norme preesistenti - anche quando queste non erano presenti - e dunque permettono il mantenimento di requisiti fissati nei primi anni 2000.

Ad esempio si permette il mantenimento di camere a 4 letti per oltre il 65% dell'offerta (circa 600 persone) residenziale rivolta alle persone con disabilità; per la totalità dell'offerta nell'area della salute mentale (circa 650 posti), per il 50% dei posti di residenza sanitaria assistenziale per anziani. Sul tema degli accorpamenti l'offerta già attiva (per circa 16.000 utenti) non avrà limiti alla possibilità che all'interno dello stesso edificio possano essere ospitate centinaia di persone. Si tratta di importantissimi requisiti di qualità in servizi nei quali le persone possono vivere per molti decenni. E' giusto e dignitoso che una persona possa vivere per così tanti anni in una camera a 4 letti?

Il Gruppo ribadisce la richiesta che anche per i servizi preesistenti valgano i requisiti di quelli di nuova realizzazione, prevedendo un adeguato, ma certo, tempo di adeguamento; di mantenere comunità di massimo 10 persone inserite nei normali contesti abitativi senza possibilità di accorpamento.

Nei mesi scorsi il Gruppo Solidarietà aveva promosso un documento [appello](#) - cui hanno aderito 20 organizzazioni del terzo settore, oltre 380 persone, tra le quali, molti operatori, familiari, volontari - nel quale si chiede che vengano salvaguardati, sostenuti, potenziati i servizi di piccole dimensioni inseriti nei normali contesti abitativi. Servizi centrati sulle persone e sulle loro esigenze. Luoghi di vita, condizione per essere anche luoghi "di cura". Servizi che promuovano inclusione e quindi de-istituzionalizzazione.

Quello che sta proponendo la giunta regionale è quanto di più lontano dai contenuti dell'Appello.

**Gruppo Solidarietà**

- Leggi il documento [Nuovi requisiti dei servizi. Nel segno della istituzionalizzazione](#)
- Vedi anche, [Le grandi manovre, al ribasso, sui requisiti dei servizi socio-sanitari](#) e [Requisiti dei servizi. La Regione scopre le carte](#)

---

**26 luglio 2018**

**Comunicato stampa**

### **Le grandi manovre - al ribasso - sui requisiti di funzionamento dei servizi socio-sanitari**

**Mentre la proposta, generale, è in attesa dell'esame e del parere della Commissione, in assessorato si tratta con gli enti gestori sulle modifiche da apportare**

In attesa che la IV Commissione Consiliare esamini ed esprima parere sulla [DGR 598/2018](#) la trattativa con gli enti gestori - gli stessi che hanno fatto parte dei gruppi tecnici regionali - sulle modifiche della delibera di giunta, che poi verranno gentilmente portate alla Commissione, si svolge nell'assessorato alla sanità.

Il [Gruppo Solidarietà](#), all'indomani della delibera [aveva invitato la regione Marche a scoprire le carte](#) su contenuti dei requisiti chiedendo di presentare contestualmente ai "requisiti generali" (quelli indicati nella dgr 598) anche quelli "specifici", che potranno, stabilisce la delibera, anche modificare quelli generali. La motivazione è semplice: senza un atto completo è impossibile valutare per singola tipologia di servizio aspetti fondamentali qualificanti la qualità, come ad esempio: quanto e che tipo di personale, l'ampiezza (ovvero il numero dei posti), la possibilità che nello stesso servizio vengano accolti (in quelli che sono chiamati nuclei o moduli) persone con diverse esigenze (disabili, anziani con demenza, soggetti con disturbi psichici).

Accompagnato alla richiesta un [appello](#) - cui hanno aderito 20 organizzazioni del terzo settore, oltre 380 persone, tra le quali, molti operatori, familiari, volontari - nel quale si chiede che vengano salvaguardati, sostenuti, potenziati i servizi di piccole dimensioni inseriti nei normali contesti abitativi. Servizi centrati sulle persone e sulle loro esigenze. Luoghi di vita, condizione per essere anche luoghi "di cura". Servizi che promuovano inclusione e quindi de-istituzionalizzazione.

L'obiettivo delle modifiche che si stanno apportando è quello di allentare tutte le indicazioni, migliorative per gli utenti, che possono modificare la situazione esistente: dalla qualifica professionale dei responsabili, alle superfici minime dei servizi diurni e residenziali, fino all'ampliamento attraverso accorpamenti della capacità recettiva delle strutture (il numero di posti), al mantenimento di 3-4 letti per camera. Si tratta del *de profundis* per le piccole comunità.

Non quello di cui c'è bisogno per le persone (parliamo di 16.000 utenti disseminati in circa 60 strutture) con un saggio percorso di transizione che tiene conto della situazione esistente, ma .. l'esistente - di alcuni - che indica la traiettoria da seguire per tutti. Non quello che determina migliore qualità di vita per le persone ma quello che non mette in discussione l'esistente.

Non si può pertanto che confermare la richiesta di definire (e quindi permettere di andare a vedere) i requisiti complessivi di tutte le strutture, di ricordare che negli interessi da salvaguardare si debbono privilegiare quelli per cui i servizi esistono, che nessun cambiamento in direzione della qualità di vita degli utenti potrà svilupparsi fino a quando la negoziazione avviene soltanto con chi i servizi li gestisce.

In tempi ravvicinati, vedremo se la IV Commissione accetterà il ruolo di passacarte.

**Gruppo Solidarietà**

---

**28 maggio 2018**

### **Requisiti autorizzazione servizi sociosanitari e sociali diurni e residenziali. La proposta di *requisiti generali* da parte della Giunta<sup>4</sup>**

Con Dgr 598/2018 la Giunta regionale ha sottoposto al parere della Commissione competente la proposta dei requisiti di autorizzazione dei servizi sociosanitari e sociali diurni e residenziali. Si tratta di un atto dai contenuti particolarmente importanti che riguarda circa 900 servizi per complessivi 16.000 posti. Nella scheda (vedi pagine successive) ***Quali tipologie di servizi sociosanitari nei nuovi requisiti di autorizzazione?*** avevamo fatto il punto sulla situazione riguardante i servizi che sarebbero stati soggetti ad autorizzazione. A quel lavoro rimandiamo per un'analisi più generale. Ora ci concentriamo sui contenuti della proposta della giunta.

La proposta, in particolare:

- 1) indica le tipologie di servizi che saranno subordinati ad autorizzazione (quelli indicati nel Regolamento 1/2018);
- 2) definisce i "requisiti generali" che ogni servizio dovrà garantire, ma rimanda, ad eccezione di quello per l'Hospice, a successivo atto quelli specifici che potranno introdurre modifiche a quelli generali.
- 3) aggiorna, per i servizi di nuova istituzione, la [Dgr 1105/2017](#) sul Fabbisogno;
- 4) stabilisce che il "modulo o nucleo assistenziale", salvo diversa specificazione è di 20 posti;
- 5) definisce i requisiti professionali delle figure di Responsabile e Coordinatore.

I *requisiti generali* prevedono, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- a) l'inserimento dei servizi nei tessuti urbani o in prossimità dello stesso e comunque facilmente raggiungibili.
- b) Nei servizi residenziali la superficie funzionale è di almeno 40 mq per ospite (comprensiva camera); in quelli diurni è di 16 mq (strutture preesistenti e ristrutturazioni misure in difetto fino al 20%).
- c) Le camere da letto sono singole o doppie. Per le strutture preesistenti autorizzate, possono essere previste, camere a tre letti (per il 40% delle camere).
- d) Riportiamo per intero, data l'importanza, il requisito 16. *"Nello stesso immobile o complesso immobiliare possono essere presenti massimo due moduli residenziali affini ma con livelli di intensità assistenziale diversi. Nel caso di strutture per minori non può essere previsto più di un modulo residenziale se non esplicitamente autorizzato nel presente manuale. Nello stesso immobile o complesso immobiliare è ammessa la coesistenza anche di un modulo semiresidenziale.*

---

<sup>4</sup> La proposta è stata successivamente ritirata con dgr 1718 del 17 dicembre 2018. Si pubblica il commento per documentare il percorso (non concluso) riguardante la definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione.

*La coesistenza di due servizi residenziali o di due moduli di medesima o differente tipologia nello stesso immobile o complesso immobiliare è ammessa solo se i due servizi sono articolati in unità autonome, con accessi e spazi comuni distinti, ciascuna in possesso singolarmente dei requisiti di autorizzazione indicati nel presente manuale”.*

e) Ogni persona accolta deve avere: “un progetto o relazione di accompagnamento elaborati dal Servizio inviante”. Vengono poi indicate le modalità di rapporto tra Servizio inviante e soggetto gestore così come le modalità di definizione del progetto sulla persona.

Evidenziamo alcuni aspetti.

**1) Requisiti generali e requisiti specifici.** Definire i requisiti generali rimandando ad altro atto per quelli specifici (che possono derogare ad alcune indicazioni di quelli generali), impedisce di conoscere l’effettivo contenuto di ogni Servizio. Ciò rende impossibile avere una chiara indicazione del tipo di servizio regolamentato (capacità recettiva, accorpamenti, standard). Appare quindi necessario che le due parti (generale e specifica) vengano presentate contestualmente.

**2) Modulo o nucleo e accorpamento.** I servizi diurni e residenziali sono costituiti, salvo diversa indicazione presente nei futuri requisiti specifici, da moduli di 20 posti ciascuno. Il sopra riportato requisito 16 stabilisce: la possibilità di accorpamento di due moduli (20+20) per servizi della stessa area (ad eccezione di quelli per minori) ma di diverso livello assistenziale. Ad esempio: Residenza riabilitativa + comunità protetta salute mentale, cui si può aggiungere un centro diurno anche riguardante un’area diversa. Nell’esempio sopra riportato può essere un CD anziani o disabili oltre che salute mentale. La coesistenza di due servizi o moduli anche della stessa tipologia è consentita se sono articolati in unità autonome.

**3) Integrazione Piano Fabbisogno.** La delibera integra il Piano di Fabbisogno per i nuovi servizi previsti dal Regolamento Regionale 1/2018. Tra questi vanno segnalati quelli specifici, (**diurni e residenziali**), per l’**autismo**. Due sono gli aspetti da segnalare: l’indicazione che ogni residenza e Centro abbia 20 posti e la previsione di un servizio per ogni Area Vasta. Quindi una comunità e un centro diurno per provincia (100+100 posti). Salvo diversa indicazione nei requisiti specifici, all’interno dello stesso edificio potrebbe essere presente sia il servizio residenziale che quello diurno (oltre ad un servizio residenziale affine ma di diverso livello assistenziale), non meno, dunque, di 1100 mq. La seconda questione riguarda lo standard di offerta previsto declinato su dimensione provinciale. 100 posti (20x5) residenziali e 100 diurni (20x5) dedicati sono tanti. Siamo in presenza di un bisogno così rilevante? Abbiamo delle perplessità sia per gli uni che per gli altri servizi. A supporto non viene offerto alcun dato. Il neonato **Centro regionale per l’età adulta** potrà portare dati e analisi a supporto? Non sappiamo quante siano le persone con autismo attualmente accolte nei servizi residenziali; nei diurni (ex CSER), nel 2016, erano 69, frequentanti 29 CSER (quelli che ricevevamo il contributo aggiuntivo rivolto alle persone con autismo). Nel decreto si può anche verificare il numero per provincia (minimo 4, massimo 22) e per singolo Centro. Non abbiamo dati riguardo quelli accolti nei CD ex art. 26/833.

Tra i nuovi servizi vanno segnalate:

**a)** le due tipologie - sociali - di **Comunità alloggio per lievi disabilità e salute mentale** (forse per un refuso nella transcodifica nel livello RD4, sociosanitario, si è indicata la comunità alloggio della legge 20/2002 che il RR 1/2018 ha trasformato in Gruppo appartamento);

**b)** la **comunità e il centro diurno nell’area minori** (afferenti all’area sociosanitaria, più un diurno sociale). Sui diurni per minori (che si aggiungono a quelli già previsti nell’area salute mentale, aventi come identico riferimento - come peraltro il residenziale -, l’articolo 32 del Dpcm 12.12.2017 sui LEA), siamo fermi sulle nostre riserve. Quanto alla previsione di Fabbisogno, rimandiamo a pag. 20 della Dgr.

**4) Doppio livello assistenziale all'interno del medesimo servizio.** A pag. 15 della Dgr, si stabilisce che i requisiti specifici possono prevedere due livelli assistenziali nella stessa tipologia di servizio. Attualmente il doppio livello assistenziale (e tariffario) all'interno dei servizi sociosanitari è previsto nel solo ex CSER (ora nel RR 1/2018, *Centro diurno socio educativo riabilitativo per disabili a valenza socio-sanitaria*, SRDis 1). Servizio che fa riferimento all'art. 34, comma 3, lett. b), dei LEA che non prevede differenziazione quanto a compartecipazione sanità/sociale (70/30).

**5) Ruolo dei servizi territoriali.** Anche qui occorrerebbe leggere contestualmente Requisiti generali e requisiti specifici, tenuto conto anche della diversità dei servizi che saranno soggetti ad autorizzazione. Le indicazioni principali si trovano nei requisiti da 33 a 37. Sulla verifica non sembrano esserci specifiche indicazioni, se non che la verifica periodica da parte del Servizio viene inviata a quello inviante.

### **Cosa cambia rispetto alla situazione vigente?**

Come detto non è possibile una valutazione complessiva, data la mancanza dei requisiti specifici che, possono modificare quelli generali. Si aggiunga l'enorme diversità dei contenuti dei requisiti vigenti (strutturali e organizzativi) tra servizi autorizzati ai sensi della legge 20/2000 (scarsissimi) e 20/2002.

Vanno segnalati tra gli aspetti positivi: l'introduzione in molte parti del termine "servizio", in luogo di "struttura" (che dovrebbe essere concettuale); la definizione (assente in entrambi i vigenti requisiti di autorizzazione) della superficie per Servizio (40 mq per residenziale e 16 per diurno con possibilità per servizi preesistenti di misure in difetto del 20%).

Altri requisiti provano a regolamentare e mediare. Ad esempio: si prova a fare un passo avanti in tema di numero di letti per camera. L'indicazione è di camere singole e doppie (già previste nella l.r 20/02 che, dunque, tutti i servizi devono già avere) e nelle preesistenti di 3 letti per un massimo del 40% delle camere (nella 20/00 le camere potevano essere, nell'area disabilità fino a 4 letti). Qui occorrerebbe avere più coraggio e dando tempo di adeguamento, mantenere le stesse indicazioni per tutte. Anche sulla questione **accorpamenti** si tenta una (non facile) regolamentazione (precedentemente assente). Ma: da un lato è impossibile qualsiasi valutazione senza poter visionare tutti i requisiti per singolo servizio e dunque le eccezioni a quelli generali; dall'altro, si formalizza la scelta del modulo da 20 (certa, ad esempio, per autismo) con possibilità di accorpamenti con strutture (queste sì!) che arrivano a circa 2000 mq, che si fa fatica pensare possano collocarsi nel "tessuto urbano". Da parte nostra, ad esempio, c'è assoluta contrarietà a collocare centro diurno e residenziale nella stesso edificio. I servizi devono essere disseminati ed effettivamente inseriti nel tessuto urbano. Così come deve essere evitato che nei servizi residenziali (anche quelli per i cosiddetti "gravi") si passino giornate intere all'interno di luoghi, somiglianti a case di riposo, che rischiano quand'anche di piccole dimensioni di diventare dei (piccoli) reparti.

Auspichiamo e ci aspettiamo, pertanto, che la IV Commissione, ricevuta la delibera, richieda di poter esaminare congiuntamente requisiti generali e requisiti specifici così da dare un parere complessivo, permettendo contestualmente a tutti i "portatori di interesse" di poter esprimere una valutazione su un atto completo, nel quale i servizi "residenziali" si connotino sempre più come "servizi abitativi". Non sono questioni marginali, ma essenziali.

Rimandiamo, in questo senso, al nostro Appello/manifesto *Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi sociosanitari. Un appello da sottoscrivere*, cui hanno aderito ad oggi, 18 organizzazioni e circa 270 persone (di seguito).

## Un appello necessario

Nei giorni scorsi il Gruppo Solidarietà ha diffuso un [manifesto/appello](#)<sup>5</sup> volto a portare l'attenzione su alcuni temi riguardanti i servizi sociosanitari (e non solo) diurni e residenziali nel momento in cui la regione Marche sta andando a definire i nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento<sup>6</sup>. La questione cruciale è se la regione Marche intenda salvaguardare, sostenere e potenziare i servizi di tipo comunitario, inseriti nei normali contesti abitativi, oppure li consideri soltanto l'eredità di un passato che va definitivamente superato. I modi, per farlo, possono essere diversi: aumento del numero minimo di posti (la cosiddetta "capacità ricettiva"), standard organizzativi inadeguati, tariffe troppo basse. E poi la soluzione "modulare", che permette di accorpate servizi, anche diversi<sup>7</sup>. Il rischio, che riguarda anche i servizi diurni semiresidenziali, è quello di promuovere contenitori indifferenziati, nei quali si assottiglia la puntualità delle risposte, per fare posto invece alle soluzioni standardizzate ed economiciste. Non potrebbe, peraltro, essere più stridente la contraddizione con le previsioni delle soluzioni abitative del cosiddetto "dopo di noi".

E' necessario, invece, che recuperino centralità, in tutti i percorsi di "assistenza e cura", i temi del progetto di vita, dell'autodeterminazione dei sostegni e della qualità delle condizioni di vita. In questa prospettiva l'appello chiede un effettivo investimento nei *servizi di valutazione e presa in carico*. Servizi che versano, da oltre 15 anni, in uno stato di sostanziale abbandono.

Ma ogni ragionamento sui singoli servizi non può che portare ad interrogarsi sulle politiche. Perché i servizi sono "atti secondi". L'"atto primo" sono le politiche che si intendono promuovere e percorrere. Politiche che mettano le persone al centro, oppure le collochino ai margini; politiche che de-istituzionalizzano o re-istituzionalizzano; politiche che includono o separano. Non dimentichiamo che le scelte fatte dalla Regione Marche saranno espressione implicita del sentire del cosiddetto "mondo del sociale": associazioni, operatori, comuni, gestori.. .

---

<sup>5</sup> Diffuso nel mese di marzo 2018.

<sup>6</sup> E' peraltro sintomatico dell'approccio regionale che la definizione dei nuovi Regolamenti sia affidata a gruppi di lavoro costituiti da funzionari regionali, dirigenti ASUR e rappresentanti degli enti gestori dei servizi. Ciò probabilmente con un duplice effetto. Accordarsi prima evitando di negoziare dopo; assicurarsi uno zoccolo duro di consenso da far valere successivamente. Va ricordato che i requisiti di autorizzazione e accreditamento vengono approvati dalla giunta previo parere della Commissione competente.

<sup>7</sup> Vale la pena, al riguardo, riportare in proposito (grassetto nostro) la vigente **DGR 1011/2013** nella parte riferita alle persone con disabilità.. *"Di norma le **strutture** devono essere organizzate in **moduli assistenziali omogenei secondo l'intensità del trattamento**, ed è auspicabile la **coesistenza di più moduli che garantiscano le diverse gradualità di intensità assistenziale**, in modo da **evitare trasferimenti in altre strutture nei casi di modifica del bisogno**. E' pertanto necessario che le strutture vengano organizzate in **unità erogatrici**, dette **nuclei**, intese come **aree distributive delle degenze**, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, di norma **dimensionati su almeno 20 posti letto**, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento. Ciascuna struttura, in considerazione della variabilità dell'intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali **in ragione dei differenti bisogni degli ospiti**, potrà prevedere la **coesistenza di più nuclei che erogano diversi livelli assistenziali coerenti con i livelli di intensità prestazionale** (...). Ai fini del **perseguimento di livelli minimi di efficienza gestionale**, collegati altresì alla definizione di un sistema tariffario uniforme, **ogni struttura dovrà prevedere, di norma, dai 40 ai 60 posti letto e la coesistenza di almeno 2 livelli di intensità prestazionale**. (...) Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli **interventi residenziali**, introducendo elementi di flessibilità funzionali al **miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata**, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti. Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per **patologie omogenee** o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione ai livelli di **complessità prestazionale complessivamente erogati**, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto". Si tratta del "modello assistenziale" che, in questi anni, la regione Marche non ha mai smesso di perseguire. Per un approfondimento vedi [QUI](#), Servizi sociosanitari. A due anni dall'accordo Regione-Enti gestori. Un bilancio.*

Chi pensa sia necessario non attendere gli esiti, può da subito far sentire la propria voce. Il manifesto appello può fornirgliene, forse, l'opportunità. Di seguito il testo dell'*appello*.

**QUALITA' E INCLUSIONE NELLA COMUNITA'**

**ALCUNE PROPOSTE IN PREVISIONE DELLA DEFINIZIONE DEI REQUISITI DEI SERVIZI SOCIOSANITARI DIURNI E RESIDENZIALI DELLA REGIONE MARCHE**

Nei prossimi mesi la Regione Marche definirà i requisiti di autorizzazione/accreditamento dei servizi diurni e residenziali sociali, sociosanitari e sanitari, rivolti, tra gli altri, a persone con disabilità e disturbi mentali, anziani non autosufficienti, soggetti con demenza. Le domande che seguono, alcune delle quali hanno come riferimento la situazione vigente, sorgono dal bisogno di vedere finalmente realizzato un sistema di servizi inclusivi, caratterizzati da un'alta qualità, leggibile nella loro organizzazione e nella *vita* che sono in grado di garantire alle persone.

**Servizi residenziali.** Verrà dispersa tutta l'esperienza e la cultura regionale, relativamente alle comunità residenziali di piccole dimensioni? Saremo in grado di mantenere e rafforzare una cultura ed una pratica pluriennale, che hanno rappresentato un tentativo concreto di superare la dimensione dell'istituto, come luogo nel quale accogliere persone con disabilità, con problemi psichici, anziani?

Dobbiamo attenderci ancora strutture con stanze da quattro letti, cibo che arriva in contenitori termici, affollamento (non esistono case in cui si vive in venti!), ritmi ospedalieri? Ricordiamoci che sono *abitazioni*, nelle quali le persone ci vivono anche per decenni. Evitiamo una intollerabile contraddizione, tra alcuni servizi (vedi "dopo di noi") e il complessivo dell'"offerta residenziale".

Riusciremo ad eliminare contraddizioni, come quella che riguarda le attuali comunità alloggio (per "disabili non gravi")? Continuerà ad essere obbligatorio che i due terzi degli abitanti frequentino un Centro socio educativo riabilitativo (per "disabili gravi")?

Nelle residenze protette per anziani si continueranno a prevedere inadeguati standard di personale, così che siano poi gli utenti a farsi carico dell'onere di integrarli, come dimostrano le convenzioni in atto? Si prevederà uno standard, oggi assente, di attività riabilitativa?

Si metterà fine alla inaccettabile pratica dell'accorpamento, che determina un aggiramento della cosiddetta "capacità recettiva massima" di un servizio, attraverso la somma di "moduli" su "moduli", fino ad arrivare a strutture di grandi dimensioni, lontane (non solo fisicamente!) dai normali contesti di vita e inevitabilmente vicine a vecchi modelli istituzionali?

**Servizi diurni.** Verrà superata la contraddizione che caratterizza oggi i Centri socio-educativo-riabilitativi per persone con disabilità grave, nei quali sussiste una suddivisione dell'utenza e degli interventi tra "gravi" e "meno gravi", assolutamente artificiale e non rispondente alla reale condizione delle persone?

Per quale motivo persone nella medesima condizione di gravità dovrebbero ricevere prestazioni con standard diversi, pur frequentando lo stesso servizio?

Verrà stabilita una capacità recettiva massima per i Centri diurni di tipo estensivo, per persone con Alzheimer e con disabilità? E per questi ultimi verranno stabiliti gli standard di personale?

E' conciliabile la previsione di centri diurni per minori con disturbi neuropsichiatrici con l'adempimento dell'obbligo scolastico?

Temi e questioni che si collegano ad altri aspetti. Ne indichiamo due:

- Un Piano di effettivo **sostegno alla domiciliarità**, non come servizio residuale o sostitutivo, ma come perno del progetto di vita della persona, che permetta alle persone di scegliere i sostegni che ritengono più adeguati nel quadro di un servizio pubblico che non abbandoni l'utente con un assegno in mano, ma lo supporti innanzitutto con la continuità degli interventi (assegni di cura, assistenza personale autogestita, ecc...) e poi con l'impegno di garantirne qualità e regolarità. Un sostegno il cui finanziamento

non deve gravare sui soli fondi sociali, ma anche su quelli sanitari così come avviene nei servizi diurni e residenziali rivolti a persone non autosufficienti.

- L'investimento e quindi il potenziamento dei servizi di **valutazione e presa in carico**. Un potenziamento che deve passare non solo attraverso la definizione di uno standard minimo incompressibile di figure professionali, ma anche, in tutti i servizi, con lo stabilire con chiarezza a chi competerà la valutazione, la presa in carico, la definizione del progetto personalizzato e la responsabilità della sua attuazione.

Sono solo alcune delle questioni che riteniamo cruciali, in vista della definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione/accreditamento dei servizi: previsioni ed indicazioni importanti, ma che necessitano di avere come riferimento politiche sociali che siano inclusive centrate sulle persone e sulla loro qualità di vita.

**16 maggio 2018**

## **Quali tipologie di servizi sociosanitari nei nuovi requisiti di autorizzazione?**

Quali sono i servizi diurni e residenziali sociosanitari e sociali che saranno oggetto di regolamentazione con i nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento? Quanti e quali sono le nuove tipologie di servizi? Come vengono regolamentati quelli già esistenti?

### **I servizi oggetto di autorizzazione**

Con il Regolamento regionale 1/2018 la regione Marche ha definito, in applicazione della l.r. 21/2016 (e sue modificazioni), le tipologie di servizi che saranno soggette ad autorizzazione. Scopo del presente lavoro è di verificare nei servizi sociosanitari nelle aree: anziani, disabilità, salute mentale:

- quali sono quelli per i quali dovranno essere definiti i requisiti di autorizzazione;
- se e quali cambiamenti ci siano rispetto a quelli presenti;
- quali non siano stati previsti dal Piano di fabbisogno (Dgr 1105/2017) che aveva come riferimento quelli delle leggi 20/2000 (i cui requisiti sono attualmente, per tutta l'area sociosanitaria, estremamente poveri di indicazioni) e 20/2002. Ricordiamo che il R.R. 1/2018, oltre a definire le tipologie di servizi ne indica sinteticamente, nella sezione "descrizione", anche gli obiettivi. Per i servizi della legge 20/2000, sono poi stati definiti i [requisiti di accreditamento](#).

Per un approfondimento complessivo, rimandiamo ad un precedente lavoro, [Prende corpo la ridefinizione dei servizi sociosanitari diurni e residenziali](#), pubblicato all'indomani dell'emanazione da parte della giunta regionale della proposta di Regolamento, poi approvato, con una sola modifica non sostanziale, dal Consiglio regionale.

**Anziani.** Non ci sono cambiamenti. Le cinque tipologie residenziali (Cure intermedie, RSA e RP anziani e demenze) e le due diurne (CD anziani e demenze), sono servizi già attivi e regolamentati. Come già indicato estremamente scarni sono i requisiti dei servizi previsti dalla legge 20/00. Ad esempio gli standard assistenziali delle RSA sono stati definiti solo nel 2013 ed i requisiti strutturali e organizzativi di quelle per anziani e demenze sono uguali. Le CI, introdotte successivamente, hanno poi assunto i requisiti delle RSA anziani (Dgr 960/2014). Per il Centro diurno demenze, non previsto nella legge 20/2000, la regione richiedeva il requisito strutturale del Centro diurno disabili (composto di soli 7 requisiti, individuati all'interno della sezione riguardante



Residenze riabilitative e sanitarie assistenziali). Un servizio per il quale, ad esempio, non è stata indicata la capacità recettiva.

**Disabili.** In premessa va ricordato che, per alcune tipologie di servizi (in particolare riabilitativi), la Dgr 1331/2014 rimandava agli Accordi stipulati tra Regione e Centri di riabilitazione accreditati (ex art. 26). Procederemo quindi per specifico servizio.

1) **Residenza riabilitativa intensiva.** Gli attuali requisiti di autorizzazione prevedono uno standard assistenziale di 180 minuti, la cui suddivisione non è specificata rispetto alle diverse figure professionali. La Dgr 1437/1999 (Accordo Regione-Centri di riabilitazione anno 1999) indica il rapporto operatori/utenti e lo standard di personale riabilitativo.

2) **Unità speciali.** Ve ne sono di 4 tipologie. Non sono presenti tra i servizi della legge 20/00 che erano oggetto di autorizzazione. Nella citata Dgr 1437/1999 sono presenti indicazioni per le tipologie: *Comi prolungati* e *Unità pluriminorati sensoriali*.

3) **Residenza riabilitativa estensiva.** Gli attuali requisiti di autorizzazione prevedono uno standard giornaliero di 160 minuti, la cui suddivisione non è specificata rispetto alle diverse figure professionali. La Dgr 1437/1999 (Accordo Regione-Centri di riabilitazione anno 1999) indica il rapporto operatori/utenti e lo standard di personale riabilitativo. In questo livello (estensivo) non è più prevista la tipologia "estensività protratta" (prevista nelle Dgr 1011/13, 1331/14 e nel Piano di Fabbisogno). Per approfondimento vedi [qui](#).

4) **Residenza sociosanitaria assistenziale.** Si tratta di una nuova tipologia di residenza che ne assorbe tre: RSA (legge 20/00); RP (legge 20/02); CoSER (legge 20/02). Le tre tipologie si differenziavano per standard e capacità recettiva (non definita nelle RSA). Aspetti che dovranno essere indicati dai nuovi requisiti. Se la nuova RSSD assumesse gli standard della RSA (140 minuti), come previsto dalla Dgr 1331/2014, le altre due tipologie (due nuclei autonomi da 10 posti per RP; un nucleo da 10 posti per CoSER) difficilmente potrebbero garantire una copertura di personale sulle 24 h. Il Piano di Fabbisogno prevedeva le 3 tipologie.

5) **Gruppo appartamento.** Si tratta di un nuovo servizio (sociosanitario) che sostituisce la comunità alloggio (legge 20/02), che viene collocata nell'area sociale, destinandola a persone con lievi disabilità.

6) **Centro diurno riabilitativo.** Rimanda al CD della legge 20/00. Gli attuali requisiti di autorizzazione non indicano lo standard di personale, sono scarse le indicazioni riguardo ai requisiti strutturali ed assenti quelle sui organizzativi e funzionali. Attualmente i CD autorizzati con legge 20/00 si distinguono in tre livelli: a) Unità plurisensoriale, b) Alto livello, c) Medio livello.

7) **Centro diurno socio educativo riabilitativo a valenza socio sanitaria.** Rimanda allo CSER della legge 20/02. Si tratta di un'unica tipologia di servizio con "livelli assistenziali e tutelari di diversa intensità", che fa pensare al mantenimento, introdotto dall'art. 32 della l.r. 33/2014 (assestamento Bilancio 2014), della coesistenza all'interno dello stesso servizio di regimi assistenziali (e conseguentemente tariffari) differenziati.

**Salute mentale.** Più impegnativo il quadro che riguarda la salute mentale, sia per le nuove tipologie di servizi previste, sia per le scarsissime indicazioni presenti negli attuali requisiti della legge 20/2000, con i quali sono autorizzati la gran parte dei servizi residenziali esistenti. Va ricordato che in questa area sono presenti sia servizi per minori che per adulti. Iniziamo con i servizi di nuova istituzione per i quali, per i motivi indicati, il Piano di Fabbisogno non prevede indicazioni.

1) **Comunità residenziale di sollievo per persone con disturbi dello spettro autistico e Comunità semiresidenziale per persone con disturbi dello spettro autistico.** Inseriti nell'area salute mentale (livello estensivo) per questi servizi dovranno essere definiti, oltre i requisiti

strutturali, anche la capacità recettiva e lo standard di personale. Viene scelto anche di istituire uno specifico servizio diurno (chiamato *comunità semiresidenziale*) per i disturbi dello spettro autistico. Qui sarà da verificare come si concilia, con il requisito della territorialità, un servizio così specifico. In sostanza: ci sono così tante persone con questi disturbi, con indicazione di frequenza di un Centro diurno dedicato, che giustifichino la presenza di servizi diffusi nel territorio? Ricordiamo che nel 2013 il numero di persone con autismo frequentanti, a livello regionale, i CSER erano di 59 unità; a questi vanno aggiunti quelli inseriti negli altri CD. Se ne può ipotizzare una qualche ulteriore decina.

**2) Struttura residenziale e semiresidenziale per la salute mentale - Infanzia adolescenza.**

Questi servizi (livello intensivo) sono stati previsti dalle Dgr 1011/2013, 1331/2014, 118/2016. Sono previsti nel Piano di Fabbisogno. Attualmente sono attivi solo i servizi residenziali. Sono stati fissati gli standard di personale. Considerato che si tratta di servizi attivati o istituiti dopo l'emanazione dei requisiti in vigore, e per i servizi residenziali ad essi ricondotti, si tratta di regolamentarli ex novo. Sarà interessante verificare quindi le indicazioni rispetto alla capacità recettiva. Quanto al "diurno minori" sarà da prestare attenzione a come si vorrà conciliare l'adempimento dell'obbligo scolastico con la frequenza del CD.

**3) Residenza per esecuzione misure di sicurezza (REMS).** Si tratta delle residenze (livello intensivo) previste a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

**4) Struttura residenziale terapeutica.** Standard assistenziale determinato nella dgr 1331/2014. Requisiti organizzativi e strutturali (che riguardano tutte le residenze autorizzate con legge 20/2000) molto scarni (punto 7.4 manuale autorizzazione, MA).

**5) Struttura riabilitativa residenziale.** Le due tipologie (livello estensivo) previste nella Dgr 1331/2014 sono assorbite in una. Il Piano di Fabbisogno indicando il numero di posti complessivo aveva già assunto questa prospettiva. Dovrà quindi essere indicato lo standard assistenziale. Requisiti strutturali e organizzativi legge 20/00, punto 7.4. MA.

**6) Comunità protetta.** Ricomprende le tre tipologie (con diverso standard assistenziale) di CP previste dalla Dgr 1331/2014 (livello lungoassistenza mantenimento). Anche in questo caso il Piano di Fabbisogno aveva indicato il numero complessivo per questa funzione. Requisiti strutturali e organizzativi, legge 20/00, punto 7.4. MA.

**7) Gruppo appartamento.** Standard assistenziale determinato nella Dgr 1331/2014. Requisiti organizzativi e strutturali legge 20/2000, punto 7.4. MA. La comunità alloggio per persone con disturbi mentali (CADM), viene trasferita nell'area sociale diventando (come per la disabilità) CA lievi DM. Nel Piano di Fabbisogno erano inseriti allo stesso livello di intensità assistenziale con la previsione di un numero complessivo di posti. Afferendo ora a due livelli (socio-sanitario e sociale) assistenziali, il numero dei posti dovrà essere indicato per ognuno dei due servizi.

**8) Struttura semiresidenziale.** Standard previsto da DGR 1331/2014. Requisiti strutturali e organizzativi legge 20/00, punto 7.1 (in totale 10: 5 strutturali e 5 organizzativi). Livello intensivo.

**Alcune considerazioni**

In premessa abbiamo indicato gli obiettivi di questo lavoro. Non abbiamo dettagliato la parte riguardante la "connessione" dei servizi socio-sanitari con i nuovi LEA, di cui c'eravamo occupati in parte con [L'assistenza socio-sanitaria nei nuovi LEA. Il recepimento della regione Marche](#). Riguardo all'impostazione complessiva dei servizi rimandiamo al Manifesto Appello promosso, nei mesi scorsi, dal Gruppo Solidarietà, [Qualità e inclusione nella comunità. Verso i nuovi requisiti dei servizi socio-sanitari. Un appello da sottoscrivere](#).

**Riprendiamo alcuni aspetti.**

1) Tutti i servizi disciplinati dalla legge 20/2000 oltre alle scarsissime indicazioni riguardanti i requisiti organizzativi e strutturali, si caratterizzano per una estrema genericità in termini di obiettivi e destinatari. Una lacuna da colmare. Un solo esempio: mentre nei *diurni socioriabilitativi* è specificato che l'accesso è subordinato all'adempimento dell'obbligo scolastico, nessuna indicazione è presente in quelli ex art. 26.

2) Nei requisiti di autorizzazione/accreditamento devono essere dettagliati gli standard di personale, senza rimando ad altri atti normativi, come, ad esempio, Accordi con enti gestori. Deve essere definitivamente superata la situazione attuale nella quale (vedi ad esempio Dgr 1331/2014) si rimanda alle indicazioni contenute negli Accordi tra Regione e Centri di riabilitazione accreditati.

3) Il ruolo dei servizi territoriali di valutazione e presa in carico. Quale funzione hanno nell'accesso ai servizi e nella verifica degli interventi? Oggi sappiamo che, sostanzialmente, le Unità multidisciplinari scompaiono al momento dell'ingresso della persona nei servizi della legge 20/2000 dell'area disabilità, mentre mantengono una funzione importante in quelli della legge 20/2002. Va ricordato che la valutazione e la presa in carico è un livello essenziale previsto nei LEA (Art. 21, Dpcm 12.1.2017). Altro aspetto è, evidentemente, quello dell'effettivo ruolo di questi servizi che sono spesso degenerati, in particolare nell'area anziani, in "*addetti alle dimissioni*".

4) Sul tema dei *modelli* e dunque delle politiche che stanno a monte delle scelte e delle definizioni, rimandiamo al già citato nostro *Appello*. Le scelte riguardano ad esempio: la territorialità degli interventi (servizi o strutture?); la cosiddetta *modularità*, che dimensiona le strutture su grandi numeri; la tipologia di personale individuato. Scelte rispetto alle quali i requisiti di autorizzazione (oltre all'indicazione del fabbisogno contrattualizzabile e delle tariffe) svolgono un ruolo fondamentale. Un appello che invitiamo a sottoscrivere e diffondere.

5) Da ultimo la "connessione" con i nuovi LEA. Sul punto abbiamo già detto in precedenti approfondimenti: qui ricordiamo che i LEA definiscono i servizi che devono essere assicurati dal Servizio sanitario e, nella parte sociosanitaria, la percentuale degli oneri (totali o parziali) a carico del Servizio stesso, integrato dalla percentuale sociale (utenti e/o Comune). I LEA non definiscono altri aspetti. Tra questi: standard, figure professionali, capacità recettiva, tariffe. Si tratta di un compito e di una responsabilità delle Regioni.

In questo quadro gli interventi di livello intensivo ed estensivo sono sempre a completo carico del fondo sanitario. Hanno durata limitata e sono soggetti a rivalutazione (vedi indicazione rispetto ai "trattamenti estensivi"). L'articolo 29 della normativa LEA "*assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitaria*", riguarda invece interventi intensivi, rivolti a persone con patologie che presentino un alto livello di complessità e/o disabilità gravissima. In maniera assurda e incomprensibile il R.R. 1/2018 riconduce questa condizione alle Cure intermedie, che nulla hanno a che vedere con questa condizione, essendo strutture deputate sostanzialmente alla gestione della post acuzie. Infine, la lungo assistenza mantenimento e/o socio riabilitativo prevede sempre compartecipazione tra sanità e sociale

3 novembre 2017

## Prende corpo la ridefinizione dei servizi sociosanitari e sociali diurni e residenziali

Dopo l'approvazione dell'Atto di fabbisogno (Dgr 1105/2017) la giunta regionale ha deliberato, in attesa che il Regolamento venga poi approvato dal Consiglio, la definizione delle tipologie di strutture diurne e residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali ([Dgr 1252/2017](#)). Si va pertanto consolidando il percorso che porterà alla ridefinizione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, previsti dalla legge regionale 21/2016. In realtà, come avevamo avuto modo di [segnalare](#), il percorso è stato, sostanzialmente, già anticipato e definito dalla Dgr 1105/2017 attraverso l'indicazione della intensità assistenziale delle diverse tipologie di strutture e servizi sanitari e sociosanitari.

### Le scelte regionali

La proposta di Regolamento definisce le tipologie di servizi avendo come riferimento, l'intensità assistenziale all'interno di 3 macroaree: 1) sanitaria extraospedaliera, suddivisa in intensiva/estensiva 2) sociosanitaria, suddivisa in Lungoassistenza - mantenimento/protezione 3) sociale, che comprende servizi di Tutela/accoglienza.

Le prime due aree riguardano servizi sociosanitari diurni e residenziali previsti nei LEA (Dpcm 12.1.2017) con piena o parziale compartecipazione sanitaria. Gli altri sono servizi afferenti all'area sociale e, come tali, non prevedono forme di compartecipazione sanitaria.

La normativa sui LEA (Capo IV, Art. 21-35), in realtà, ricomprende all'interno dell'area sociosanitaria quella che la Dgr definisce come sanitaria extraospedaliera. Ciò che caratterizza e distingue gli interventi è la cosiddetta *intensità assistenziale*. Per il Dpcm le prestazioni intensive ed estensive sono *sempre* a completo carico sanitario, ma la loro durata deve essere comunque definita (più breve nell'intensivo, più prolungata nell'estensivo). Quelle di lungoassistenza/mantenimento (anziani) o socioriabilitative (disabilità e salute mentale) prevedono *sempre* compartecipazione con quota sanitaria massima del 70%, minima del 40% (nessuna innovazione rispetto alla precedente normativa LEA: Dpcm 29.11.2001). Solo nel caso dell'"assistenza residenziale ad elevato impegno sanitario" (art. 29, Dpcm LEA) l'onere è a completo carico sanitario e la durata del trattamento può essere anche permanente (sulla base di valutazione multidimensionale). La scelta regionale è quella di aggiungere un ulteriore livello assistenziale: protezione.

All'interno di questi "regimi assistenziali" vengono collocate le diverse tipologie di strutture. Cerchiamo di verificare se e quali cambiamenti vengono apportati rispetto alla situazione attuale (Dgr 1252, da pag. 14 a 24), avendo come riferimento la Dgr 1331/2014, oltre a quanto previsto (vedi schema di pag. 17) nel recente atto di fabbisogno ([Dgr 1105/2017](#)).

### Le tipologie di servizi ed i nuovi LEA

Prendendo a riferimento le aree riguardanti: anziani, disabilità e salute mentale, verifichiamo se ci sono stati cambiamenti rispetto alle tipologie di servizi.

**Nuove tipologie di servizi.** Nell'area **anziani** non ci sono cambiamenti rispetto ai servizi già individuati. Nell'area **disabilità**, le novità riguardano: la scomparsa dell'estensività protratta (già rd1.3); la presenza di un'unica tipologia di residenza per disabili gravi (rd3) e di un unico centro

diurno socioriabilitativo (ex CSER, SRDis2); l'introduzione di una nuova tipologia di residenza (Rd4), denominata *gruppo appartamento*, che sostituisce la comunità alloggio (che da sociosanitaria diventa sociale con la nuova denominazione: comunità alloggio per persone con lievi disabilità). Nell'area **salute mentale**, viene introdotto un servizio residenziale e diurno per soggetti con autismo. C'è poi l'unificazione delle due strutture riabilitative residenziali (SRP2) e delle tre protette (SRP3).

Prende dunque corpo, con qualche modifica, l'assetto delineato dalla dgr 1331 e, come detto, già parzialmente introdotto nel più recente atto di fabbisogno. In estrema sintesi:

**Anziani.** Si introduce un livello *intensivo*, identificato con le Cure intermedie (precedentemente estensivo). Nel livello *estensivo* sono collocate le due tipologie di RSA e il centro diurno demenze. La residenza protetta demenze e il centro diurno anziani sono collocati nella *lungoassistenza/mantenimento*, mentre la residenza protetta anziani è collocata nell'area *protezione*. Casa di riposo, Casa Albergo e comunità alloggio sono residenze di tipo sociale.

**Disabili.** Il livello *intensivo* comprende la riabilitazione intensiva extraospedaliera e le Unità speciali. Il livello *estensivo* precedentemente costituito da due tipologie di strutture (Residenza riabilitativa estensiva ed estensività protratta) viene ridotto a uno. Il livello *socioriabilitativo* ingloba le tre residenze (RSA, RP e Coser) in un'unica tipologia di struttura. Il Gruppo Appartamento prende poi il posto della Comunità alloggio. Si aggiungono poi i due centri diurni (CD ex legge 20/00 e CD ex legge 20/2002).

**Salute mentale:** In questa area sono presenti sia gli interventi per gli adulti che per i minori; vengono introdotti quelli per l'Esecuzione misure sicurezza (**REMS**) e per l'**autismo**. Per quest'ultimo si individua una tipologia residenziale e diurna (livello estensivo); per i minori una tipologia residenziale (su più livelli), cui va aggiunta quella all'interno delle comunità per minori (p. 22, CPEM e SPEM) e diurna. Per gli adulti: una tipologia di struttura intensiva; una estensiva (in precedenza erano due), 3 di lungoassistenza-mantenimento (con unica codifica), più il gruppo appartamento. Il Centro diurno transita dall'estensivo all'intensivo. La comunità alloggio (lievi disturbi mentali) diventa sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti **tariffari**, se non dovessero essere introdotte modifiche rispetto a quanto previsto dalla Dgr 1331/2014, la situazione è la seguente:

**Anziani.** *Cure intermedie* (intensivo), *RSA anziani e demenze* (estensivo) gratuite per max 60 giorni e poi compartecipazione di 42,50 euro (compartecipazione non parametrata percentualmente, ma sostanzialmente assimilata a quella delle Residenze protette). Nelle RSA possibilità di prolungamento gratuita (in base a valutazione UVI), nel caso si sia in presenza di trattamenti aventi il carattere della intensività o estensività. *RP anziani e demenze*: ripartizione teorica al 50%. In realtà la quota sociale più alta in quanto sono previste prestazioni aggiuntive (anche di natura sociosanitaria) a carico dell'utente. *Cd Alzheimer (estensivo) e anziani*: ripartizione al 50%.

**Disabili.** Livello intensivo (*Residenza sanitaria riabilitativa intensiva e Unità speciali*) ed estensivo (*Residenza sanitaria riabilitativa estensiva e Centro diurno*) sia residenziale che diurno a completo carico sanitario. Livello socioriabilitativo residenziale e diurno (confluenza in unica tipologia di *RSA, RP, CoSER: Residenza socio sanitaria assistenziale disabili*): 70/30; *Gruppo Appartamento* (bassa intensità assistenziale): 40/60; Centro socio educativo riabilitativo: 70/30 (per il 65% degli utenti), quota forfetaria di 15,10 euro, ancorché gli utenti siano nelle stesse condizioni degli altri.

**Salute mentale.** Livello intensivo (*SRT, SR e CD adulti e minori, REMS*) ed estensivo (*RSR riabilitativa estensiva*) sia residenziale che diurno a completo carico sanitario. *La residenza e il centro diurno per autismo*, essendo stati inseriti nel livello estensivo, sono conseguentemente da

considerare a completo carico sanitario. Livello socioriabilitativo residenziale (le tre tipologie di *comunità protetta* e il *Gruppo Appartamento*). Due tipologie di *comunità protetta* (quelle h24): 70/30; la terza tipologia di *comunità protetta* (h12) e il *Gruppo Appartamento*: 40/60.

**Il riferimento con i LEA.** Ne abbiamo già trattato in L'[assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA. Il recepimento della regione Marche](#). Come già detto riteniamo concettualmente del tutto erroneo ricondurre le cure intermedie (migrate dal livello estensivo a quello intensivo area anziani) all'assistenza sociosanitaria ad elevato impegno sanitario (art. 29 LEA). Non convince ricondurre le Unità speciali alla intensività riabilitativa. Prima dell'emanazione dei nuovi LEA eravamo convinti che, nel livello lungoassistenza-mantenimento/socioriabilitativo, si potesse ricondurre "tutto il sociosanitario" non riconducibile ai livelli intensivo/estensivo. Lo siamo ancora di più dopo l'emanazione del DPCM 12.1.2017. Ad esempio, sulla base di quale criterio si distingue all'interno delle residenze protette per anziani un diverso livello (lungoassistenza/protezione) assistenziale? Così come, prendendo a riferimento la normativa LEA, l'inserimento nel livello estensivo (vedi Centro diurno demenze) non può essere trattato, nella ripartizione della spesa, come il livello della lungoassistenza. Non si può poi dimenticare che i nuovi LEA introducono nei livelli intensivi ed estensivi dei limiti temporali, seppur soggetti a rivalutazione.

### **Alcune riflessioni guardando anche le bozze dei nuovi regolamenti**

Infine alcune, disordinate, annotazioni e qualche domanda anche alla luce delle bozze di regolamenti riguardanti alcuni dei servizi oggetto di regolamentazione.

- **Autismo:** Si prevede un livello diurno e residenziale con collocazione nella salute mentale. Fino ad oggi la stragrande maggioranza delle persone con autismo sono state prese in carico dai servizi disabilità (Umee e Umea). Con la previsione anche di un diurno dedicato si prefigurano tre tipologie di Centri diurni per adulti e uno per minori (sempre in ambito neuropsichiatrico).

- **Centri diurni per persone con disabilità.** L'ex CSER è normato secondo un'unica tipologia, ma prevede diversi livelli di intensità. E infatti la bozza di regolamento ricopia la modifica della legge 20/02 con il doppio livello assistenziale all'interno dello stesso servizio. Non abbiamo invece visionato la bozza riguardante gli standard del CD ex legge 20/2000.

- **Comunità residenziale per disabili gravi.** Ricomprendono le tre tipologie sopra richiamate (RSA, RP, CoSER). Le bozze di regolamento ripropongono sostanzialmente i requisiti della "vecchia residenza protetta", inserendo gli standard della RSA (140 minuti) e prevedendo due moduli da 9+1. Quindi residenze da 20 su due moduli da 10.

- **Gruppo Appartamento e Comunità alloggio.** Si aggiunge una nuova tipologia di servizio. Il GA è sociosanitario la CA è sociale. Si rimanda alla Dgr 1252 per la lettura degli obiettivi di servizio.

- **Disabilità residenziale estensiva.** E', di fatto, scomparsa la cosiddetta **estensività protratta** (rd13), che la dgr 1331 differenziava (anche dal punto di vista tariffario) dalla riabilitazione estensiva. Si tratta di posti per la totalità presenti nelle strutture ex art. 26/833. In sostanza, nel primo caso si trattava di un livello assistenziale che ricomprendeva persone con disabilità classificati in moduli "RSA disabili gravi" (ad es. malati di SLA, sclerosi multipla, ecc.); il secondo un livello di riabilitazione estensiva non caratterizzato da degenza permanente. Di fatto, le strutture ex art. 26, nell'Accordo 2016-2018, si sono fatte riconoscere in tutti questi posti la tariffa delle RSR estensive sancendo, conseguentemente, la sostanziale cessazione del livello "estensività protratta". Non è un caso che l'atto di fabbisogno nella ricognizione indichi la presenza di soli 30 posti attivi (contro i 344 di RSR estensiva) e ne preveda la contrattualizzazione di 50 contro 351 di RSR estensiva). Si tratta di un livello il cui onere è a completo carico del fondo

sanitario. I nuovi LEA indicano, salvo rivalutazione, di norma una durata del “trattamento” di 60 giorni. Sarà interessante verificare il contenuto dei requisiti di autorizzazione. Ci si aspetta che i nuovi Regolamenti indichino con chiarezza obiettivi e tipologia di utenza di queste tipologie di servizi.

- **L’aumento delle “tipologie di comunità” sociali** (pag. 20-23 Dgr 1252). Tolle le comunità per minori (complessivamente 8 + 2 per minori stranieri non accompagnati) sono 11 le tipologie di “case” o “comunità” di tipo sociali.

**Nuovi requisiti dei servizi.** Quelli che abbiamo visionato riguardano alcune tipologie di servizi ex legge 20/2002 e quelli riguardanti le persone con autismo. Mancano quelli che fanno riferimento alla ex legge 20/2000. Ovviamente sono bozze di lavoro e vanno considerate come tali. Per ora si tratta della sostanziale riproposizione dei vecchi requisiti con l’inserimento delle modifiche avvenute con, e successivamente, la Dgr 1331/2014. E’ auspicabile che l’orizzonte complessivo sia quello di servizi aperti ed inclusivi, centrati su elementi caratterizzanti la qualità di vita. Nel caso di quelli residenziali, abbia centralità la dimensione dell’abitare con tutto ciò che ne consegue in termini di organizzazione, dimensionamento ed approccio alla *cura* della persona. Una prospettiva distante dalla logica accorpante, modulare e prestazionale cui si è ispirata, negli ultimi anni, la regione Marche.

---

7 giugno 2017

### **Prima della risposta .. la domanda.**

#### **Sulla proposta di fabbisogno sanitario, sociosanitario e sociale della regione Marche<sup>8</sup>**

Con la DGR 557 del 29 maggio 2017 la giunta regionale ha proposto, in attesa del parere della competente Commissione Consiliare, la revisione della Dgr 289 del 9 aprile 2015 riguardante il fabbisogno (autorizzabile, accreditabile, contrattualizzabile) delle strutture diurne e residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali.

La proposta si pone come anello di congiunzione tra la precedente normativa sociosanitaria (dgr 1011, 1195/2013 e 1331/2014) da cui nasce la DGR 289/2015, la legge 21/2016, così come modificata dalla legge 7 marzo 2017, su autorizzazione e accreditamento, la nuova normativa sui LEA (nello specifico quelli sociosanitari) e i prossimi regolamenti che dovranno definire i requisiti di autorizzazione e accreditamento. In questo senso, ai fini della comprensione del percorso tracciato e da tracciare si può fare riferimento alla tabella di pag. 20 (aggregazione per livello di intensità di assistenza) che modifica in parte quella della Dgr 289/2015<sup>9</sup>. Indicazioni che prefigurano le diverse tipologie di strutture riconducibili ai livelli di intensità assistenziale.

La riflessione intende concentrarsi su uno specifico aspetto: l’indicazione/previsione di posti “contrattualizzabili” nel triennio, partendo dal dato della situazione esistente. Ritengo, infatti che ciò abbia significative implicazioni in termini di scelta di politica sociale. La delibera prevede

---

<sup>8</sup> La scheda può essere scaricata [QUI](#). L’analisi riguarda la proposta della Giunta, sottoposta al parere della Commissione. Il testo poi approvato in via definitiva (Dgr 1105/2017) non cambia la sostanza della proposta.

<sup>9</sup> La riflessione sul punto, richiederebbe un approfondimento che si ritiene di non inserire in questo lavoro. Ad esempio la *protezione* non figura nell’area sociosanitaria dei LEA, mentre è figlia della normativa regionale derivante dalla legge 20/2002. Non si capisce, ad esempio, sulla base di quale criterio la RP anziani sia “declassata” a protezione rispetto alla Rp demenza. Oppure perché il CD demenze sia inserito nell’estensivo, ma sia considerato ai fini della ripartizione della spesa come se fosse nella lungoassistenza. Va ricordato che ai sensi della normativa LEA,, lungoassistenza/mantenimento, estensivo ed intensivo hanno precisi significati sia in termini di tipologia di servizio che di responsabilità finanziaria del SSR.

infatti un consistente aumento dei posti (diurni e residenziali) “convenzionabili”, fornendo alcune motivazioni (importanza strategica del settore, mobilità passiva<sup>10</sup>, riequilibrio territoriale, ecc...) ed indicando (pag. 26-28) alcune ragioni che determinano modifiche ed incrementi dei posti. Ritengo che le motivazioni addotte siano insufficienti a giustificare alcune previsioni dell’atto. Procediamo analizzando alcuni dati.

### **Posti “attivi”, “operativi”, “autorizzati”**

Un primo aspetto riguarda il dato dei posti “presenti”. Si tratta di un’analisi che meriterebbe un dettaglio per singola area, ma ritengo che il dato generale offra indicazioni, comunque, adeguate. Un primo punto è il confronto del dato dei posti attivi della Dgr 289/2015 (fotografia al 30.9.2014) con quelli della Dgr 557/2017 (fotografia al 1.2.2017). **Si passa da 14.562 a 16.075 (+ 1513) posti con un incremento di poco superiore al 10%. Un aumento significativo in un arco temporale di 29 mesi. L’incremento dei posti contrattualizzabili è di 2938, di poco inferiore al 20%.**

Così come significativo è l’aumento dei posti contrattualizzabili rispetto a quelli attivi confrontando i due atti di fabbisogno. Se nel 2015 si prevedeva un aumento (differenza tra posti attivi e contrattualizzabili) del 3,6% (da 14562 a 15098: + 536) nel 2017 l’aumento è del 12,1% (da 16075 a 18032: + 1957). Sono, come detto, numeri significativi.

Qui però quello che interessa evidenziare è il significato di “posto attivo cioè autorizzato e operativo” (p. 21, dgr 557/2017). Un posto autorizzato non è automaticamente attivo (che poi può essere convenzionato o meno) e dunque il dato dei posti effettivamente operativi è presumibilmente più basso di quello indicato. Il numero di posti contrattualizzabili è quindi maggiore della differenza con i posti attivi indicati dalla Dgr 557.

Un esempio: il dato dei CSER (centri diurni **disabili**). I posti attivi passano da 1073 (2014) a 1256 (2017) i posti contrattualizzabili diventano 1299. In realtà sappiamo che i posti convenzionati sono, da diversi anni, circa 1060 (vedi convenzioni 2015-2017 ASUR), circa 200 posti in meno di quelli dati per attivi. In questo caso (ad esempio a differenza con i posti di residenza protetta anziani) non siamo di fronte a posti attivi ma non convenzionati. Tutti gli attivi, sostanzialmente, lo sono (seppur con diverse tariffe che dovranno essere superate con il corretto inserimento di tutti i posti di CSER nella lungoassistenza/mantenimento). E allora la domanda è: sulla base di quale criterio si prevede nel triennio la contrattualizzazione di circa 240 posti, più del 20% in più? Lista di attesa? Presenza di rilevazioni e studi che segnalano di qui ai prossimi anni la necessità di nuovi posti, ecc...?

Si tratta, dal mio punto di vista, di uno snodo fondamentale. La individuazione e la successiva esplicitazione dei criteri che determinano quel tipo (definizione del numero dei posti) di scelta programmatica.

All’inverso, ho appena accennato, alla situazione alla situazione dei posti in residenza protetta **anziani** e demenze (con la opportuna ripartizione). In questo caso i posti attivi/autorizzati (5150) sono “pieni” ma non tutti convenzionati (3960 nel 2016) e dunque sul piano programmatico è chiaro l’obiettivo della contrattualizzazione di tutti i posti in cui siano presenti anziani non autosufficienti e persone con demenza. L’atto in questo caso va oltre il convenzionamento di tutti i posti autorizzati (5150) prevedendone la contrattualizzazione di altri 251 per un totale di 5401 posti contrattualizzabili. Contemporaneamente ci si sarebbe aspettati

<sup>10</sup> Il tema della cosiddetta mobilità passiva andrebbe analizzato con cura. Un conto è infatti la problematica di interventi riabilitativi intensivi che si caratterizzano per una breve durata, altra la situazione di ricoveri permanenti di persone sradicate dai propri territori decine di anni fa, per molte delle quali, un rientro coatto infliggerebbe una violenza pari a quella subita decenni prima.



una riduzione dei posti di Casa di Riposo (destinata ad anziani autosufficienti) per i quali si prevede un incremento di 99 posti (da 2051 a 2150). Ma anche in questa area (di cui non abbiamo analizzato RSA e centri diurni) un atto che va a definire l'offerta non può declinarla senza esplicitazione della rilevazione del bisogno.

Da ultimo il dato, considerata la sua rilevanza, riguardante la **salute mentale**. I posti contrattualizzabili tra il fabbisogno 2015 e quello 2017 **aumentano del 45,6%** (da 1261 a 1836: + 575). Un + 590 tra quelli indicati come attivi. I soli posti residenziali aumentano di 499 passando da 888 a 1387 con un + 56,1%. Incrementi di queste dimensioni, chiedono a supporto, dati inequivocabili.

Prima di proporre alcune riflessioni conclusive segnalo altri due aspetti:

1) La DGR introduce nell'area anziani un "livello intensivo" (in precedenza assente) identificato con le "cure intermedie" (precedentemente inserite livello estensivo). Si tratta di posti che gestiscono sostanzialmente la post acuzie prevalentemente di anziani, ma non solo. Si prevede, nel triennio, l'aumento del 76% dei posti (da 284 a 501). Un'offerta che ha necessità di essere strettamente connessa con il livello superiore che è quello della lungodegenza ospedaliera.

2) Nell'area della estensività disabili tende a scomparire l'estensività protratta (50 posti contrattualizzabili) a favore della residenza riabilitativa estensiva (351 posti). Non è chiara ad oggi la funzione né dell'una né dell'altra visto che la prima tipologia era destinata a ricomprendere i posti di RSA che non potevano (a causa della gravità) essere trasferiti nel regime rd3 (il cosiddetto "mantenimento" per disabili gravi). Senza chiarezza di funzioni è possibile determinarne l'offerta?

### **Obiettivi e strumenti**

Nell'uno e nell'altro caso emerge la necessità che **la definizione di uno standard di offerta sia successivo ad una chiara definizione degli obiettivi e delle modalità con cui si intendono raggiungere**. Definiti gli obiettivi l'atto di fabbisogno diventa lo strumento. Ma siccome l'atto disciplina e determina l'offerta di due soli "regimi" assistenziali: residenziale e diurno (in diverse aree) appare evidente che questa casella va inserita **dopo aver delineato un puntuale quadro di rilevazione dei bisogni, lo stato effettivo dell'offerta** (dal domiciliare all'ospedaliero), le scelte che si intendono compiere e dunque la proposizione di un completo sistema di offerta.

A quel punto l'offerta diurna e residenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale si inserisce all'interno di una proposta complessiva che è seconda ad una precisa linea politica di indirizzo.

Il sostegno forte alla domiciliarità (nelle sue diverse forme) a partire da una effettiva presa in carico determina, in automatico, ad esempio un minor bisogno di residenzialità. La reale presenza di servizi territoriali di valutazione e presa in carico è strumento fondamentale sia nella lettura del bisogno presente e potenziale ma anche come antenna al fine di indicare sviluppo di interventi servizi. Robusti assegni di cura riducono l'istituzionalizzazione. Compiuti servizi di cure domiciliari consentono il mantenimento a domicilio anche di situazioni complesse.

**Permettiamo alle persone ed alle famiglie di scegliere** e di non dover percorrere l'unica alternativa: assistenza privata al domicilio o ricorso alla residenzialità con tutte le problematiche che conosciamo riguardo costi e standard.

Se prendiamo a riferimento il territorio del Distretto sanitario di Jesi (coincidente con l'Ambito territoriale sociale 9) si può affermare che una offerta di 120 posti (di cui 29 estensivi dei quali non sappiamo neanche quale obiettivo abbiano non essendo mai stato determinato lo standard) di servizi diurni per le persone con disabilità (sostanzialmente doppia rispetto alla situazione attuale) non solo non serve ma è dannosa, perché avrebbe come effetto di inserire

all'interno di questi contenitori soggetti che avrebbero possibilità e diritto di fare altri percorsi. E peraltro, destinare risorse in questa direzione (i *posti sono rette*) le toglierebbe ad altri interventi. Più che aumentare i posti occorrerebbe lavorare per garantire standard adeguati a quelli attivi, lavorando anche affinché questi servizi siano aiutati ad essere sempre più aperti al territorio e inclusivi. Così come un'offerta di 81 posti (nelle diverse tipologie di residenzialità) è del tutto sovrastimata. La stessa cosa per i 44 posti di diurno anziani/demenze.

La proposta di fabbisogno potrebbe essere vissuta come una sfida per ogni territorio. Un'occasione per leggere i bisogni e avanzare proposte - non solo in termini di strutture - volte al soddisfacimento delle esigenze. Verificare come impatta una proposta di questo tipo con quello che c'è e con quello che serve in un territorio. Potrebbe essere una sfida avvincente per quei soggetti che hanno a cuore, non l'accaparramento di un nuovo servizio, ma la qualità di vita delle persone che abitano il territorio. Persone cui dovremmo iniziare a chiedere quali interventi preferiscono e come e dove preferiscono vivere.

**Per approfondire.** Dal sito del Gruppo Solidarietà, [www.grusol.it](http://www.grusol.it)

- [L'assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA](#)
- [Persone con demenza e servizi residenziali nelle Marche](#)
- [Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#)
- [Quaderni Marche. Politiche e servizi nelle Marche](#)