

La programmazione perduta Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche

Nella recente delibera 1789/2009¹ di determinazione del fabbisogno sanitario e sociosanitario si prevede la realizzazione di 322 posti (ora attivi 260) di Comunità protette (CP) destinati a soggetti con disturbi mentali. Cerchiamo di capire cosa sono e come è regolamentato questo tipo di comunità.

Il Progetto obiettivo del 1995

Le CP vengono introdotte nel sistema dei servizi della regione Marche in applicazione del Progetto obiettivo nazionale 1994-1996 di tutela della salute mentale. Le deliberazioni 282/1995 - di attuazione del POSM - e 82/1996 che modifica la precedente e dispone indicazioni in applicazione della legge 724/1994 di chiusura degli ospedali psichiatrici si occupano anche delle CP.

Il sistema residenziale disegnato dalla del. 282/1995, è imperniato sulle Strutture riabilitative residenziali (SRR) con fine "terapeutico riabilitativo" che dovranno ospitare i pazienti per periodi "medio lunghi" e lavorare al fine del rientro degli stessi in famiglia o in "strutture più integrate nel territorio come i gruppi appartamento e le comunità alloggio". Le CP vengono introdotte nella parte riguardante la dismissione degli ex ospedali psichiatrici. Per i pazienti che "non possono essere dimessi" si dovranno realizzare piccoli nuclei "omogenei con strutture abitative e personale propri (comunità protette formate da da circa 8-20 ospiti..)". Queste stesse strutture se localizzate fuori dagli ex ospedali psichiatrici "potranno essere destinate anche alla nuova utenza che abbia bisogno di assistenza giornaliera domestica". La del. 82/1996 nel dare indicazioni riguardo la chiusura degli ex Ospedali psichiatrici definisce meglio le caratteristiche delle CP:

- possono ospitare massimo 20 persone;
- "sono destinate in un primo momento agli ospiti provenienti dagli ex OP successivamente anche alla nuova utenza i cui programmi assistenziali a carattere più specificamente terapeutico si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni";
- sono indicate anche per pazienti che presentano: a) situazione familiare in progressivo deterioramento; b) uno stato di malattia psichiatrica prevalente, perdurante e stabilizzato tale da richiedere un trattamento riabilitativo continuo;
- assicureranno "prevalentemente una assistenza sanitaria e sociale integrata 24 su 24 ed a medio lungo termine";
- alcuni ospiti potranno rimanervi in via permanente;
- dovranno avere una dotazione organica specifica comprendente infermieri ed educatori professionali ed altre professionalità assicurate dal DSM (medico, psicologo, assistente sociale, ausiliari). Per CP con posti letto inferiore a 10 gli IP dovranno essere tra 6 e 9, OTA: 3, EP: 2. Se i posti sono tra 11 e 20: IP: tra 10 e 15; OTA: 4; EP: 3;
- si prevede la realizzazione di 1 CP per ASL superiore a 100.000 abitanti; complessivamente per 240 posti.

Riguardo gli eventuali costi a carico degli utenti (ex OP), nella del. 282/1995 si specifica che "gli assistiti e/o gli enti e le persone tenute all'obbligo dell'assistenza, parteciperanno alle spese di mantenimento previe intese e secondo modalità da definire con atto di coordinamento della giunta regionale tenuto conte della normativa vigente". Successivamente nella Dgr 2566/1997, "Linee di indirizzo per la per l'attuazione della Del. 82/96 e dell'art. 3 comma 5 della legge 724/94 così come modificato dalla legge 662/96 in

¹ Dgr 1789 del 2-11-2009, *Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella regione Marche*, consultabile in www.grusol.it/informazioni/09-11-09.PDF. Per un'analisi dei contenuti vedi, *Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche*, www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF.

materia di chiusura degli ospedali psichiatrici”, si specifica - anche sulla base delle indicazioni delle Linee guida del Ministero della salute - che per gli ex degenti OP ricoverati presso strutture che prevedono una quota a carico degli utenti l’onere alberghiero “può essere fissato in maniera forfettaria nella misura del 30% della retta praticata per il soggetto e comunque non superiore all’importo dell’assegno di accompagnamento”. La normativa sullo specifico punto della compartecipazione degli ospiti nelle CP non è chiara. Per gli ex OP, sulla base delle indicazioni contenute nelle due delibere citate (282/2005 e 82/2006), la degenza sembrerebbe gratuita nelle CP realizzate dalle ASL per ospiti non ancora dimessi, mentre per le altre (e comunque anche per tutte le altre strutture del cosiddetto privato sociale - case riposo, pensionati, ecc...) - la quota a carico dell’utente è pari al 30% della retta, ma comunque non può essere superiore all’indennità di accompagnamento. Il problema che non viene affrontato riguarda la “nuova utenza” che può essere accolta nelle CP insieme agli utenti degli ex OP.

II PSR 1998/2000, la legge 20/2000, la DGR 2200/2000 sui requisiti delle strutture

Nel Psr 1998-2000 riguardo gli interventi rivolti alla salute mentale si rimanda ai contenuti delle citate delibere regionali riguardanti il Progetto obiettivo regionale e alla loro applicazione. Per quanto riguarda il sistema residenziale si fa genericamente riferimento alla dotazione di posti letto trasversale a diversi settori (disabilità, anziani, psichiatria, dipendenze). Tutte le strutture vengono denominate RSA (residenza sanitarie assistenziali). Riguardo la salute mentale si indicano i posti letto da realizzare, pari a 182 (senza specificazione delle tipologie di residenze) ai quali si aggiungono “240 posti nelle comunità protette per gli ospiti ex Crass”.

Nella legge 20/2000 che disciplina autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie si fa genericamente riferimento alle “strutture residenziali psichiatriche”; riferimento che viene ripreso dalla DGR 2200/2000 che disciplina i requisiti delle strutture. La parte riguardante i requisiti è costituita da poco più di una pagina. Pare utile leggere la parte che introduce i requisiti della struttura residenziale psichiatrica “Esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal D.P.R. 10/11/1999, per il trattamento di situazioni di acuzie e di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l’attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo comprese le funzioni riabilitative ospedaliere con il riconoscimento dei posti letto equivalenti. Le dimissioni di ex degenti degli Ospedali Psichiatrici, dimessi ai sensi della L. 724/94 art. 3 comma 5, con prevalenti bisogni di assistenza psichiatrica (in relazione ad una patologia in atto o al livello di istituzionalizzazione), sono effettuate nelle strutture residenziali psichiatriche; le dimissioni di ex degenti con prevalenti bisogni di assistenza socio-sanitaria derivanti dall’età elevata, da condizioni di non autosufficienza e di disabilità, sono effettuate in strutture residenziali. Nella struttura residenziale non possono essere inseriti più di 20 ospiti con diagnosi psichiatrica (Deliberazione amministrativa n. 82 del 2 agosto 1996)”.

I successivi requisiti sono ripresi dalle indicazioni presenti nel Posm nazionale 1998-2000 (Dpr 10-11-1999) e dal Dpr 14-1-97 nella parte riguardante i requisiti delle strutture del DSM che rimandano ad alcuni dei requisiti dimensionali previsti dal Dpcm 22-12-1989 che riguardano le Rsa anziani. In ogni caso i requisiti stabiliscono che nelle strutture (terapeutico riabilitative) *per acuti e sub acuti* la presenza deve essere di 24 ore (con quale e quanto personale non è specificato); per quelle socio riabilitative a più *elevata intensità assistenziale* la presenza del personale di assistenza deve essere garantita nelle 12 ore diurne, infine per quelle socio riabilitative a *minore intensità assistenziale* la presenza del personale di assistenza deve essere garantita per fasce orarie. Come tutto questo si traduce nel sistema residenziale marchigiano non viene detto. Cosa questo significa per le CP non è facilmente desumibile. L’unica cosa certa è che le CP non ospitano soggetti nella fase acuta o sub acuta.

Ciò che comunque è chiaro è che dopo l’emanazione della dgr 2200/2000 sui requisiti delle residenze non si sa quale sia lo standard assistenziale e la tipologia di figure professionali impiegate. Va inoltre aggiunto che in nessun altro atto sono state definite le tariffe e se alcune delle stesse prevedono compartecipazione tra sanità e sociale. Dunque per le CP rimangono in vigore le norme del 1995/1996 che invece avevano e hanno bisogno di significativa revisione.

II Piano sanitario 2003-2006 e il Progetto obiettivo tutela salute mentale 2004-06

Nel successivo Piano sanitario 2003-2006 la parte della salute mentale trova ancora una debole collocazione, nella parte della residenzialità si specifica che le "residenze per disabili psichici devono trovare una coerente collocazione (...) nell'ambito del progetto obiettivo salute mentale". Progetto che doveva essere approvato insieme al Piano sanitario e che invece non lo è stato (stessa sorte è toccato anche a quello materno infantile e della riabilitazione). La novità del Psr riguardo la residenzialità è costituita dalla comparsa di due nuove tipologie di strutture: le residenziali terapeutiche e le residenze protette². Delle CP nessun accenno.

Intanto va ricordato che a seguito dei percorsi autorizzativi del 2000, vengono autorizzate diverse tipologie di strutture residenziali (tra queste anche le *Rsa disabili psichici*³) con le ambiguità causate dalla insufficiente regolamentazione sopra evidenziata.

L'anno successivo viene approvato il Progetto obiettivo salute mentale (del. 132/2004), nel quale ricompaiono le comunità protette (scompaiono le residenze protette), ora ricomprese all'interno delle "strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche d'integrazione sociosanitaria". Vale la pena riportare per intero la parte che le riguarda.

Comunità Protetta (CP)

Definizione . La Comunità Protetta è una struttura residenziale, con un massimo di 20 ospiti per modulo, ed è destinata ad utenti i cui programmi assistenziali a carattere più specificatamente terapeutico, si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni. Obiettivo specifico da perseguire è il mantenimento e, ove possibile, lo sviluppo della autonomia individuale e della capacità di relazione interpersonale.

Criteri di accesso. Invio del DSM di residenza dell'assistito. Tali strutture sono altresì indicate per pazienti che presentano:

- una situazione socio familiare in progressivo deterioramento che ne renda inutilizzabili le risorse, anche con l'adeguato sostegno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- uno stato di malattia psichiatrica prevalente (su eventuali altre patologie), perdurante e stabilizzato, tale da richiedere un trattamento continuo.

Rapporti. La Comunità Protetta assicura prevalentemente una assistenza integrata sociale e sanitaria, 24 ore su 24 ed a medio-lungo termine. In relazione alla stabilizzazione dello stato di bisogni di protezione psicofisica, alcuni ospiti possono rimanere nella struttura in regime di lungoassistenza, sempre previa verifica annuale da parte de DSM delle necessità assistenziali sanitarie.

In tali strutture sono ricoverati in via prioritaria gli ospiti degli ex Ospedali Psichiatrici.

Sono previste forme di partecipazione alla spesa in applicazione del d.p.c.m. 14.02. 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Personale. La Comunità Protetta dovrà avere una dotazione organica che, in relazione all'orientamento riabilitativo psico-sociale, necessita di operatori quali gli infermieri professionali, OTA/OSS, ausiliari e gli educatori professionali. Devono essere garantite, in base alla necessità, la presenza programmata delle altre figure professionali come quella del medico, dello psicologo e dell'assistente sociale. La presenza del personale di assistenza è prevista 24 ore su 24.

Sistema di remunerazione: tariffa predefinita per tipologia di struttura, caratteristiche organizzative ed attività.

Le strutture ed il numero dei relativi posti letto sono determinati dai singoli DSM nel rispetto degli standard regionali di cui al paragrafo 20.

La Giunta regionale al fine di avviare l'integrazione in sede locale di tutti i soggetti a vario titolo interessati alla problematica dell'utenza psichiatrica (Comune e Ambito Territoriale Sociale, Zona Territoriale dell'ASUR, enti pubblici, associazionismo delle famiglie e degli utenti, terzo settore, soggetti economici) si impegna a promuovere, rendere operative e sostenere prioritariamente le strutture con tali caratteristiche.

Come si può constatare vengono riprese molte delle indicazioni contenute nel precedente PO, ribadendo che in via prioritaria sono strutture destinate agli ospiti ex OP. Si

² Che non vanno confuse con quelle per anziani non autosufficienti e soggetti con forme di demenza previste dalla legge 20/2002. Sulle ambiguità dei posti rivolti a persone con demenza (senza rilevanti disturbi comportamentali) utilizzate per la "collocazione" di persone con malattia mentale si rimanda a, *Le residenze protette per anziani con demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?*, www.grusol.it/vocesociale/10-06-09.PDF.

³ Sulla situazione di queste strutture cfr, *Rsa disabili psichici. Per la regione Marche le strutture autorizzate non esistono* www.grusol.it/informazioni/16-04-06ter.PDF.

specifica inoltre che è prevista la partecipazione alla spesa sulla base delle indicazioni del Dpcm 14-2-2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie). Su questo specifico punto il DPCM deve essere interpretato (peraltro andrebbe letto insieme al decreto sui Lea, Dpcm 29.11.2001). Infatti per le strutture previste dal PO salute mentale nazionale (Dpr 10-11-1999) richiamate dalla Dgr 2200/2000 gli oneri sono a completo carico del fondo sanitario. Prevedono invece compartecipazione Comune/utente quando sono a bassa intensità assistenziale (secondo quote fissate a livello regionale nel Dpcm 14-2-2001 oscillando tra il 30 e 70%, per il decreto sui Lea la quota sociale - comune/utente - è pari al 60% del costo). Ora difficilmente strutture con personale sulle 24 h - come previsto per le CP - possono essere considerate a "bassa intensità assistenziale" (anche se nella Dgr 2200/2000 sui requisiti la presenza sulle 24 ore viene prevista solo nelle strutture per acuti e sub acuti).

Alla fine del percorso

Giunti alla fine di questo, non facile, percorso attraverso la normativa regionale dobbiamo cercare di capire su quali basi funzionano gli attuali 260 posti di CP che diventeranno a breve 322. Cosa viene chiesto ad un ente che intende realizzare un CP; con quali regole devono funzionare?

Abbiamo visto che nei requisiti autorizzativi non figurano le CP; sono ricomprese all'interno dei "Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica"; i requisiti strutturali sono desumibili dalle indicazioni contenute nella Dgr 2200/2000; per quanto riguarda la capacità recettiva non possono superare i 20 posti, riguardo il personale non c'è congruità con le indicazioni del Manuale di autorizzazione considerato che sono strutture con personale sulle 24 ore; per la tipologia di personale c'è il vecchio riferimento della delibera 82/96 e ora quello del vigente PO (che però rimane generica rispetto allo standard). Indefinita è la tariffa e soprattutto su chi grava gli oneri. Nessun atto lo ha definito, la struttura sembrerebbe non rientrare tra quelle previste dal Progetto obiettivo nazionale 1998-2000, ma non può essere certamente considerata a "bassa intensità assistenziale" data la copertura sulle 24^h.

Appare pertanto indispensabile:

- superare le ambiguità rispetto a questa tipologia di servizio, ridefinendo le generiche indicazioni sui requisiti strutturali della Dgr 2200/2000 che si rifanno ai requisiti delle Rsa anziani (Dpcm 22.12.1989);
- definire con chiarezza lo standard e tipologia personale;
- abbassare la capacità recettiva (attualmente massimo 20 posti) vietandone contemporaneamente accorpamenti;
- definire la tariffa e sciogliere - proprio sulla base della tipologia di utenza - il nodo della compartecipazione al costo. E' questo un aspetto molto delicato considerata la diversificazione della tipologia di utenza che accede a queste strutture (anche utenti che non percepiscono indennità di accompagnamento). In nessun caso pare comunque applicabile le indicazioni contenute nel Dpcm 14.2.2001 e 29.11.2001 riferite alle residenze a "bassa intensità assistenziale".

In questa scheda ci siamo occupati esclusivamente delle Comunità protette, ma come abbiamo ripetutamente affermato è indispensabile ed urgente completare la più che decennale e lacunosa, normativa riguardante - come in questo caso - l'assistenza residenziale psichiatrica. Tale definizione deve riguardare anche le Strutture residenziali psichiatriche (SRR) e riabilitative terapeutiche (SRT), le Rsa disabili psichici (vedi nota 2), fino alle Comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali (vedi nota 3). Tutto ciò è ancora più urgente dopo la Dgr 1789/2009, riguardante i *criteri per la definizione del fabbisogno sanitario* che comprende, come abbiamo detto in premessa, anche le strutture residenziali e diurne per soggetti con malattia mentale.

⁴ Si ricorda che in diverse strutture con funzione di accoglienza abitativa (legge 20/2002 riguardante le strutture sociali) è previsto personale sulle 24 ore con rette giornaliere superiori a 130 euro. Per un approfondimento: *Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali*, in www.grusol.it/vocesociale/13-05-10.PDF.

Nota

Per non appesantire il testo non abbiamo inserito i riferimenti ai testi delle normative citate. La grandissima parte sono scaricabili dal sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it; Per un'analisi più generale riguardante la programmazione sanitaria e sociosanitaria nelle Marche si rimanda all'ultima pubblicazione del Gruppo Solidarietà (2010), ***I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche***, www.grusol.it/pubblica.asp

1 luglio 2010