

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Prende corpo il percorso di 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.** Rimandando a precedenti approfondimenti [qui a pag. 3](#), di fatto è 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 (Per approfondimenti [vedi anche qui](#)). 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). Tolte 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.

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

Per approfondire

- [Servizi sociosanitari. A due anni dall’accordo Regione-Enti gestori. Un bilancio](#)
- [Persone con disabilità. Le politiche ed i servizi](#)
- [Gruppo Solidarietà \(a cura di\) 2015, Dove sono i forti, dove i deboli. Servizi sociosanitari nelle Marche](#)
- [L’assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA. Il recepimento della regione Marche](#)
- [Sulla proposta di fabbisogno della regione Marche. Prima della risposta .. la domanda](#)
- [L’assistenza sociosanitaria nei nuovi LEA](#)
- [Offerta e regolamentazione dei servizi sociosanitari 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](#)

Novità editoriale, **Gruppo Solidarietà** (a cura di), [LE POLITICHE PERDUTE. Interventi sociosanitari nelle Marche](#)

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

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

