

## Residenzialità permanente per persone con disabilità alla luce della DGR 1299/2009<sup>1</sup>

Obiettivo di questo contributo è analizzare le novità introdotte dall' "Accordo per gli anni 2006-2009 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate nella regione Marche, aggiornamento anno 2009", che introduce importanti novità soprattutto in tema di residenzialità permanente per persone con disabilità, ma anche in merito alla riabilitazione estensiva ed a quella domiciliare.

### Prima della delibera

Prima della emanazione della dgr 1299/2009 la residenzialità permanente socio sanitaria per persone con disabilità nella regione Marche era costituita da 4 tipologie di strutture: due a titolarità sociale autorizzate attraverso la legge 20/2002; Comunità socio educativa riabilitativa (Coser) e Residenza protetta (RP); due a titolarità sanitaria autorizzate attraverso la legge 20/2000; Residenze sanitarie riabilitative (RSR) estensive e Residenza sanitarie assistenziali (RSA) disabili<sup>2</sup>.

L'Accordo con le strutture di riabilitazione introduce significative novità all'interno dell'assistenza residenziale a titolarità e finanziamento sanitario individuando una nuova tipologia di RSA (*disabili gravi*) che si accompagna a quella ora ridefinita RSA *accoglienza*. Ridefinisce inoltre, nei fatti, un nuovo ruolo per le RSR estensive. Prima di esaminare le novità contenute nella delibera è importante ricordare che ad oggi per la Residenza protetta (RP) non è stato definito né il fabbisogno, né il costo retta, né la compartecipazione economica tra gli enti. Il Piano sociale 2008-10 ha inoltre previsto l'attivazione di nuove strutture solo dopo l'emanazione dell'atto di fabbisogno. Attualmente sarebbero attivi 130 di RP. Per le Coser è stato stimato un fabbisogno di 10 posti (capacità recettiva) ogni 50 mila abitanti e dunque circa 300 posti. Per questa struttura il cui costo medio giornaliero si aggira intorno ai 130-140 euro giorno la Regione compartecipa con una cifra pari al 50% della tariffa giornaliera su un tetto massimo annuale di 400.000 euro, il restante è diviso al 50% tra Asl e Comune di residenza (dedotta in questo caso la compartecipazione dell'utente pari in genere all'indennità di accompagnamento). I posti attivi sono 176.

Per quanto riguarda la RSR estensive e le RSA disabili, la tariffa 2009 è rispettivamente di 160 e 115 euro. Lo standard di personale/utente è di 0,8/1 per le RSR estensive e di 0,6/1 per le Rsa disabili. Entrambi prevedono uno standard giornaliero di 140 minuti al giorno. Secondo recenti dati regionali<sup>3</sup>, i posti delle RSR estensive attive sarebbero 320 articolati in 5 strutture, quelli delle RSA disabili 240 in 15 strutture. Complessivamente dunque l'offerta sanitaria e sociosanitaria si compone di 866 posti.

### Le novità della delibera

Come detto la delibera introduce novità per quanto riguarda la residenzialità permanente per persone disabili e disegna un nuovo ruolo per le RSR estensive. La revisione è frutto del lavoro di un tavolo tecnico (decreto 67/2008) che aveva per obiettivo di determinare i livelli appropriati di assistenza all'interno delle strutture extraospedaliere di riabilitazione

---

<sup>1</sup> "Attuazione DGR 1524/2006, Accordo per gli anni 2006-2009 con le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate nella regione Marche, aggiornamento anno 2009", in [www.grusol.it/informazioni/12-08-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/12-08-09.PDF)

<sup>2</sup> Per un dettagliato esame del sistema residenziale per persone disabili nelle Marche, vedi: *La residenzialità per persone disabili nelle Marche. Nodi, prospettive esperienze a confronto*, [www.grusol.it/vocesociale/16-11-08bis.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/16-11-08bis.PDF); F. Ragaini, *La residenzialità per persone disabili nella legislazione della regione Marche*, in "Quelli che non contano. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche"; Gruppo Solidarietà, 2008; *I servizi territoriali per disabili nella programmazione della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 5/2008.

<sup>3</sup> Cfr., F. Ragaini, *Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF)

estensiva. Ciò a partire dall'assunto che "pazienti non opportunamente assistiti in RSA disabili hanno trovato adeguata assistenza nelle strutture per riabilitazione estensiva da cui si evidenzia un elevato livello di non appropriatezza". Il Gruppo ha quindi proposto di introdurre una nuova tipologia di RSA, "disabili gravi", collocata tra la RSR est. e la RSA disabili. La delibera ha conseguentemente stabilito: in fase di **prima applicazione**, i pazienti già degenti in queste strutture (RSR est.) da oltre 240 giorni possono essere ricoverati senza termine nelle stesse se affetti da patologie previste dalle linee guida sulla riabilitazione (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica ecc...). Nella fase **a regime** e per tutti i nuovi ricoveri devono essere individuati criteri temporali di degenza nel limite di 240 giorni legati alla attuazione del progetto riabilitativo che potrà estendersi oltre 240 giorni solo sulla base di rivalutazione periodiche da parte della Zona territoriale di competenza e previa approvazione di un progetto riabilitativo di più lungo periodo basato su specifiche condizioni di bisogno e per patologie comunque coerenti con gli indirizzi delle linee guida. Tutti coloro che non dovessero risultare classificabili nella tipologia riabilitazione estensiva saranno classificati nella tipologia RSA disabili gravi o RSA accoglienza. Per quanto riguarda L'Istituto Santo Stefano, i 232 posti di riabilitazione estensiva verranno così riclassificati: RSR est: 122; RSA gravi: 90; RSA accoglienza: 20. Attraverso apposite tabelle vengono poi definiti standard e tariffe non sempre coincidenti. Prendendo a riferimento la tabella 2 - che di seguito riportiamo - si hanno i seguenti standard e costi per struttura su modulo di 30 posti.

**RSR estensiva.** Rapporto personale utenti 0,8/1, 186 minuti/die, euro 167,97 giorno.

**RSA disabili gravi.** Rapporto personale utenti 0,7/1, 174 minuti/die, euro 154,16 giorno.

**RSA accoglienza.** Rapporto personale utenti 0,5/1, 137 minuti/die, euro 113,46 giorno.

Sempre nella stessa tabella sono definiti i criteri di appropriatezza. Tra questi spicca nelle RSR est., nei quadri di residenzialità permanente anche la malattia di Alzheimer, nelle Rsa accoglienza anche gli anziani non autosufficienti. Tali specificità balzano agli occhi in quanto per questi stessi malati tutti gli atti regionali prevedono standard di gran lunga più bassi, in strutture sempre a compartecipazione sociosanitaria con una offerta, in particolare per i soggetti con malattia di Alzheimer sostanzialmente nulla (vedi Nuclei Alzheimer all'interno delle RSA anziani)<sup>4</sup>.

### Quale modello nella residenzialità per disabili?

Dopo l'analisi dei principali contenuti della delibera pare opportuno chiedersi se nella regione Marche esista una programmazione complessiva per quanto riguarda la residenzialità permanente per persone con disabilità. Considerato che le RSR estensive continueranno ad accogliere persone disabili anche in maniera permanente diventano 5 le strutture sanitarie sociosanitarie per l'accoglienza di persone con disabilità. Pare francamente improponibile pensare che per ogni struttura si possa definire una diversa tipologia di utenza. Ci si chiede anche se non fosse stato sufficiente rivedere eventualmente gli standard delle attuali RSA disabili per renderle compatibili con l'utenza impropriamente accolta nelle RSR estensive (ricordiamo che entrambe le strutture hanno un minutaggio di 140 minuti al giorno). Deve inoltre essere aggiunto che le 3 strutture normate dalla legge 20/2000 sulle autorizzazioni sanitarie sono regolamentate per quanto riguarda i requisiti autorizzativi dalla delibera 2200/2000 che rimane fortemente datata. Va ricordato che la definizione dei requisiti organizzativi è di poco successiva alla regolamentazione dei posti interni alle strutture ex art. 26/833 e che le diverse tipologie di residenze erano e - per lo più - sono rimaste all'interno di tali strutture. Ad esempio non viene definita la capacità recettiva e la stessa simulazione della delibera in oggetto per il calcolo dei costi su moduli di 30 posti rimane del tutto all'interno di una vecchia logica istituzionale che pensavamo ampiamente superata. Si può oggi pensare che una residenza che non sia un reparto possa ospitare 30 persone? Una residenzialità permanente per persone disabili in moduli di 30 persone, magari con accorpamenti, richiama un modello che poteva essere pensato negli anni 60 non nel 2010.

---

<sup>4</sup> Per un approfondimento, F. Ragaini, ; *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009, p. 17.

Parrebbe pertanto indispensabile avviare dei concreti passi per definire un modello di residenzialità, partendo dalla determinazione del fabbisogno complessivo e indicando tipologie di residenze, con la definizione di standard organizzativi e funzionali (inclusa ovviamente la capacità recettiva); standard che anche per le strutture regolamentate dalla legge 20/2000 dovrebbero avvicinarsi a quelli della legge 20/2002. Si dovrebbe poi affrontare un piano specifico per le grandi strutture (vedi S. Stefano) che deve avere come prospettiva modelli comunitari e non istituzionali. Ha senso che i circa 250 posti di residenzialità permanente all'interno della struttura di Porto Potenza permangano o non è opportuno ragionare in termini di esaurimento di una funzione? Una programmazione che tenga conto del dato di realtà non può prescindere dall'analisi di un'offerta che per larga parte è data da condizioni storiche oggi – fortunatamente – non più presenti. Se la scelta di una Regione come le Marche è quella di modelli comunitari così come proposti attraverso le Coser e le RP è necessario che anche la parte di residenzialità proveniente dagli istituti ex art. 26 proceda in quella direzione attraverso percorsi che ripetiamo – portino – verso modelli comunitari. Non bisogna dimenticare infatti che le strutture ex art 26 (RSR est e RSA) contano circa 560 posti; le Coser e le RP circa 300. In questo senso occorrerebbe non rimandare approfondite riflessioni sui concetti di *gravità*, spesso funzionali unicamente all'inclusione-esclusione dalle residenze.

Infine una sottolineatura rispetto a costi e standard. In questo atto è stato indicato con quale modalità si è giunti a costruire la tariffa. Fatte salve le opportune differenze con altre strutture residenziali che richiedono personale differente o standard più elevati per figure professionali maggiormente remunerative si possono comparare i seguenti standard anche con altre tipologie di residenze: **RSR estensiva**. 186 minuti/die, euro 167,97; **RSA disabili gravi**., 174 minuti/die, euro 154,16; **RSA accoglienza**. 137 minuti/die, euro 113,46; **Residenza protetta anziani non autosufficienti**: 100 minuti/die, euro 66; **Residenza protetta anziani con demenza**: 120 minuti/die, euro 80. **RSA anziani "Anni Azzurri"**: 140 minuti/die, euro 140<sup>5</sup>. Non è possibile una comparazione con le altre residenze per disabili (RP e Coser), in quanto non è stata definita da parte della regione Marche la tariffa.

### La riabilitazione estensiva

Ma insieme alla residenzialità permanente occorre riflettere anche sulla riabilitazione estensiva; i contenuti della delibera segnano un passaggio di queste strutture; da residenzialità permanente vanno definendosi come strutture che erogano anche prestazioni riabilitative estensive in regime di degenza a termine. Vanno così ad affiancarsi alla funzione esercitata da molte RSA anziani<sup>6</sup> che accolgono – impropriamente - anche soggetti di tutte le età per periodi di riabilitazione (vedi esiti di fratture, interventi di protesi, riattivazioni dopo periodi di immobilizzazioni conseguenti alla degenza ospedaliera, esiti di ictus), ma anche alla lungodegenza ospedaliera che eroga prestazioni di riabilitazione estensiva. Anche in questo caso oltre a chiedersi di quanti posti di questo tipo c'è bisogno nella nostra Regione, pare urgente che si definisca il mandato delle stesse.

### La riabilitazione domiciliare

Infine è da segnalare un altro aspetto dell'accordo riguardante in questo caso la riabilitazione domiciliare. Si prevede che si possa estendere anche ad altre Zone Territoriali l'accordo stipulato tra la Zona 7 di Ancona e la Fondazione Don Gnocchi che prevede un abbattimento del 20% delle tariffe per quelle prestazioni "da definirsi provvisoriamente intermedie che non rispondono ai criteri di appropriatezza della dgr 1627/2005 in modo da aumentare la presa in carico dei pazienti complessi o di pazienti in lista di attesa". La Dgr in questione è la proposta di *Progetto obiettivo riguardante la riabilitazione e la post acuzie* della

---

<sup>5</sup> Ricordiamo che per le RSA anziani, la regione Marche non ha definito né standard, né tariffa. Lo standard e la tariffa della RSA Anni Azzurri è desumibile dalla Convenzione tra ASUR – Zona 7 di Ancona e la Struttura. Vedi in proposito, *RSA "Anni Azzurri". Non convince la risposta della Regione*, [www.grusol.it/vocesociale/03-08-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/03-08-09.PDF)

<sup>6</sup> Vedi, F. Ragaini, *Le Rsa per anziani nelle Marche. L'indifferibile regolamentazione*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3/2009, p. 21.

giunta regionale, atto di competenza del Consiglio che non è mai stato adottato. La questione è delicata e necessita di approfondimento. In molti territori della regione Marche le prestazioni domiciliari sono erogate esclusivamente in art. 26 da soggetti privati accreditati. Queste prestazioni (tariffa 2009: 63,54 euro) vengono erogate solo per determinati profili e ne sono esclusi soggetti che pur necessitando di trattamento riabilitativo non hanno i requisiti per accedere a quel regime. In sostanza soggetti con patologie croniche stabilizzate o non richiedenti prestazioni che richiedono un progetto riabilitativo sono esclusi dal trattamento. Si verifica così che soggetti che necessitano di prestazioni riabilitative domiciliari ne siano esclusi in quanto le prestazioni erogate in quel territorio sono solo quelle in ex art. 26. Ciò accade in molti territori della regione Marche. Infatti in questi stessi territori le prestazioni riabilitative previste in regime ADI non sono erogate. Ciò ha prodotto e produce l'impossibilità di fruire di tale intervento con un ricorso – per chi se lo può permettere – alla riabilitazione privata a pagamento.

L'accordo della Zona 7 sostanzialmente autorizza gli enti accreditati alla erogazione di "prestazioni intermedie" con l'abbattimento del 20% delle tariffe (in sostanza 50 euro). Ciò che non si capisce è perché in molte Aziende non si erogano le prestazioni in ADI al fine di garantire trattamenti riabilitativi anche ai soggetti cosiddetti stabilizzati che necessitano delle prestazioni definite intermedie con costi sicuramente più bassi (ad esempio la tariffa di un fisioterapista assunto da una cooperativa sociale è di poco più di 22 euro l'ora) di quelli derivanti dall'abbattimento della tariffa del 20%. Costi che parrebbero di gran lunga inferiori anche se il personale fosse assunto dalle stesse Zone territoriali. Ovviamente la discussione non deve riguardare esclusivamente i costi ma primariamente deve avere come riferimento la qualità della prestazione. Ci si chiede però come mai tale aspetto sembra ampiamente sottovalutato in questo caso. Anche in questo caso occorrerebbe analizzare e verificare con competenza la qualità dell'offerta riabilitativa in ex art. 26, ridiscutere in qualche caso anche i budget perché con ogni probabilità all'interno di quei budget sarebbe ampiamente possibile ricavare il finanziamento anche per le prestazioni riabilitative intermedie con costi presumibilmente molto più bassi di quei 50 euro indicati nella delibera.

Ci auguriamo, in conclusione, che sui tre temi emersi dai contenuti della delibera (residenzialità permanente per persone con disabilità, riabilitazione estensiva residenziale e domiciliare) si approfondisca e si discuta avendo come orizzonte e prospettiva unicamente i bisogni e le necessità delle persone cui le istituzioni attraverso le strutture ed i servizi debbono rispondere. La tentazione spesso è inversa: prima i bisogni delle strutture, dei servizi e spesso anche degli operatori, poi quelle dei fruitori. Un programmatore attento non dovrebbe dimenticare che al cambiamento degli scenari e dei bisogni, allo sviluppo dei servizi sociosanitari territoriali, all'evoluzione e alle conquiste sociali in termini di inclusione, dovrebbe modificarsi anche il quadro della risposta. C'è un passato, un presente ed un futuro cui tendere. La responsabilità è quella di pensarlo in termini sempre più inclusivi così che non sia il passato a dettare l'agenda di presente e futuro. Una responsabilità di tutti gli attori ma soprattutto del livello regionale che ci auguriamo voglia assumerla in pienezza.

## Tabella 2 Criteri di Appropriatezza 221 Standard e Tariffe

(H)

### Riabilitazione Estensiva

Gli interventi in regime di ricovero di riabilitazione estensiva sono rivolti alla presa in carico di pazienti con disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, nella fase di postacuzie o di stabilizzazione della malattia che richiedono una presa in carico nel lungo termine e richiedenti un "progetto riabilitativo". Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- I pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni.
- I pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua nell'ambito di un programma riabilitativo che individui obiettivi definiti.

Gli standard di assistenza per questo livello sono così definiti:

- Assistenza globale (caposala, infermieri, OSSS-OTA, terapisti, educatori, ass. sociali): non inferiore a 180 minuti /pz /die
- Di cui Terapia riabilitativa e/o attività educativa : non inferiore a un'ora / die per 6 gg a settimana
- Rapporto globale personale/posti letto (inclusi servizi e amm.ne) > 0,8/1
- Tariffa (su valori 2008 ad integrazione della DGR ..... ) : euro 167,97

### RSA disabili gravi

Abilitate alla presa in carico di soggetti non auto sufficienti e non assistibili a domicilio con valori FIM = 0 < 36, o con gravi disturbi del comportamento, offrendo un medio livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e di supporto assistenziale, per i quali non sia possibile una presa in carico multi disciplinare e sia impraticabile un programma riabilitativo integrato complesso.

Gli standard di assistenza per questo livello sono così definiti:

- Assistenza globale (caposala, infermieri, OSSS-OTA, terapisti, educatori, ass. sociali): non inferiore a 160 minuti /pz /die
- Di cui Terapia riabilitativa e/o attività educativa : non inferiore a 40 min / die per 6 gg a settimana
- Rapporto globale personale/posti letto (inclusi servizi e amm.ne) > 0,7/1
- Tariffa (su valori 2008 ad integrazione della DGR ..... ) : euro 154,16

### RSA Disabili / accoglienza

Abilitate alla presa in carico di pazienti non auto sufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio offrendo un livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa proporzionato ai bisogni degli assistiti, inseriti in programmi di mantenimento.

Gli standard di assistenza per questo livello sono così definiti:

- Assistenza globale (caposala, infermieri, OSSS-OTA, terapisti, educatori, ass. sociali): non inferiore a 130 minuti /pz /die
- Di cui Terapia riabilitativa e/o attività educativa : non inferiore a 30 min / die per 6 gg a settimana
- Rapporto globale personale/posti letto (inclusi servizi e amm.ne) > 0,5/1
- Tariffa 2008 come da DGR ..... : euro 113,46