

Livelli essenziali e servizi sociosanitari nelle Marche

Analisi, riflessioni, proposte

In un precedente contributo *Servizi sociosanitari e livelli essenziali Le fasi degli interventi, la tipologia di utenza, gli standard, gli oneri*, <http://www.grusol.it/apriSociale.asp?id=676>, abbiamo cercato di analizzare la normativa sui livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, mettendo in evidenza alcuni punti caratterizzanti l'applicazione regionale. Applicazione delle indicazioni (come abbiamo visto largamente lacunose) che non può essere peggiorativa, ma auspicabilmente migliorativa, del dpcm 29.11.2001, assunto in legge con l'art. 54 della finanziaria 2003 (l. 289-2002). Abbiamo anche fatto notare come sia possibile peggiorare tali previsioni attraverso una non corretta interpretazione della normativa riferita, in particolare, alle fasi intensive, estensive e di lungo assistenza.

Questo contributo si pone l'obiettivo di analizzare la situazione della regione Marche che ad oggi, non ha dato applicazione in modo sistematico alla normativa sui livelli essenziali riguardo le prestazioni sociosanitarie. Prenderemo in considerazione tre aree specifiche: disabilità (compresa riabilitazione), anziani non autosufficienti (comprese demenze), salute mentale. Metteremo in relazione la regolamentazione dei servizi con la normativa sui Lea, tenendo conto delle indicazioni dell'atto di indirizzo sulla integrazione socio sanitaria e del documento della Commissione nazionale Lea sui servizi semiresidenziali e residenziali. Aggiungeremo, inoltre, alcune veloci indicazioni riguardo alcuni aspetti caratterizzanti la programmazione sociosanitaria: standard e fabbisogno. Altre questioni sono quelle legate alla qualità dei servizi ed ai modelli organizzativi. Temi importantissimi sui quali è indispensabile tenere desta l'attenzione e mantenere grande vigilanza; soprattutto in periodi come quelli che stiamo vivendo, caratterizzati dalla pesante crisi economica e dalla contrazione delle risorse per il welfare, il rischio da evitare è ritenere che occorra accontentarsi di quello che viene proposto ed offerto. La conseguenza è considerare non tematizzabili aspetti quali: la qualità dei servizi, la rispondenza ai bisogni delle persone, i modelli comunitari, le prospettive inclusive, la centralità dei fruitori. Consapevoli che la qualità di un servizio oltre che di standard e requisiti si radica nella passione e motivazione degli operatori, nella loro capacità professionale e nel clima che si respira in un servizio. Ma, com'è chiaro, si tratta di un altro argomento.

Un sintetico quadro d'insieme su tariffe, standard, oneri a carico degli enti

Prima di affrontare il tema dell'applicazione regionale dei Lea, è necessario delineare il quadro complessivo dei servizi socio sanitari. La regione Marche ha regolamentato il percorso autorizzativo delle strutture residenziali e semiresidenziali attraverso due leggi: la 20/2000 ha disciplinato le strutture sanitarie e sociosanitarie; la 20/2002 quelle sociali e sociosanitarie. Nella maggior parte dei casi sono stati definiti gli standard, in molti si è definito genericamente il minutaggio senza contemporanea indicazione delle figure professionali che lo compongono; sostanzialmente solo (ad eccezione delle Residenze protette anziani) in quelle sociosanitarie a completo carico della sanità è stata definita la tariffa (in particolare quelle del privato accreditato derivanti dalla riconversione degli ex art. 26-833); nel caso di tariffe non definite, la regolazione avviene attraverso accordi locali, che come tali, sono diversi da territorio a territorio. Il fabbisogno è definito (la prima volta nel 2000 le poi nel 2009) per le strutture della legge 20/2000, ma senza ripartizione territoriale. Non definito quello delle strutture della legge 20-2002. Rimangono sostanzialmente non disciplinati i servizi domiciliari (assistenza educativa e domiciliare). Di seguito una tabella riassuntiva.

Servizi sociosanitari diurni e residenziali

	Tariffa	Ripartizione costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno
Anziani				
Rsa	no	Definita solo quota sociale	no	Si (con Cd l. 20/00)
Rp	si	si	si	si
CD l. 20-02	no	no	si	no
CD l. 20-00	no	no	no	Si (con Rsa)

Disabili				
Rsa	si	Completo carico sanità	si	si
Rsr est	si	Completo carico sanità		
Rp	no	no	si	no
Coser	no	si	si	si
CD (l. 20-02)	no	no	si	no
CD (l. 20-00)	si	Completo carico sanità	no	si
Psichiatria				
Srt	no	Completo carico sanità	no	si
Srr	no	Completo carico sanità	no	si
Cp	no	no	No-si	si
CD	no	Completo carico sanità	no	si

Si evidenzierà in seguito come la mancata regolamentazione di alcuni aspetti, in particolare lo standard assistenziale, influisce sulla definizione della tipologia di servizio/struttura e dunque anche nella applicazione dei Lea, ovvero nella collocazione all'interno delle diverse fasi dell'assistenza che determinano un differente onere per il settore sanitario e per quello sociale (utente/comune). La questione è di estrema delicatezza per le ripercussioni che si possono avere sul sistema dei servizi e sui fruitori degli interventi.

In sintesi, una corretta applicazione dei Lea sociosanitari - che, ripetiamo, andrebbero migliorati in molte parti - necessita di una definizione delle regole di funzionamento dei servizi. Ogni ambiguità su questo punto deve essere sciolta per evitare che l'applicazione dei Lea e la loro garanzia non sia tanto funzionale alla assicurazione delle prestazioni cui gli utenti hanno diritto, in ragione dei proprio bisogni, quanto ad un uso strumentale per fini economici. Purtroppo - lo ripetiamo - tale condizione, viene resa possibile, in alcuni casi, dalla scarsa chiarezza dei contenuti dell'allegato 1c, del dpcm 29.11.2001.

Offerta sociosanitaria e a applicazione dei Lea

Sulla base delle indicazioni nazionali come dare applicazione alla normativa all'interno dell'attuale quadro di offerta regionale? Cosa collocare all'interno delle diverse fasi dell'intensità assistenziale? Cercheremo di dare una risposta a partire dalle indicazioni dei Lea (contenuti nell'allegato 1c, dpcm 29.11.01) e del *documento del Ministero sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali*. Il tentativo è quello di ricondurre l'attuale offerta di servizi sociosanitari regionali all'interno di quelle indicazioni, specificando dunque quali sono i servizi a completo carico della sanità e quali quelli a compartecipazione sanità/sociale e con quale ripartizione dei costi. Ad analisi conclusa, potrebbe essere forse possibile ipotizzare *quanto* costerebbe, a servizi vigenti, l'applicazione dei Lea sociosanitari nelle 3 aree analizzate.

Non ci dilungheremo nella descrizione dei contenuti delle norme citate. Chi intende approfondire può farlo attraverso i riferimenti indicati nelle note finali (in particolare dpcm 29.11.2001, dpcm 14.2.2001, Documento Commissione Lea). Come detto non affronteremo lo specifico dei servizi domiciliari; ricordiamo soltanto che tutte le prestazioni riconducibili al sistema delle cure domiciliari, secondo i Lea, sono a carico della sanità; ad eccezione dell'assistenza tutelare il cui costo dovrebbe essere ripartito al 50% tra sanità e assistenza. Ciò nelle Marche non accade: tali prestazioni infatti o non sono erogate o sono ricomprese, impropriamente, all'interno del servizio di assistenza domiciliare (Sad), i cui oneri sono a completo carico del Comune e con la partecipazione dell'utente (sulla base delle diverse disposizioni comunali).

a) Disabilità e riabilitazione. Riteniamo non scindibile queste due aree. Infatti, nella maggior parte delle situazioni (tipologia di utenti) il residenziale e il diurno della *riabilitazione* sono assimilabili a quello della disabilità; l'unica differenza che spesso connota queste aree sono gli oneri a carico degli enti: completamente a carico della sanità nel primo caso a compartecipazione sociale nel secondo. Altra questione riguarda il concetto di gravità, che in assenza di specifiche determinazioni - ai fini Lea - può avere come riferimento le indicazioni della legge 104-1992.

La normativa sui Lea prevede (riferimento normativi: art. 26/833, LG riabilitazione del 1988) che siano **a completo carico della sanità** - nell'ambito di programmi riabilitativi - le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative ivi compresi i soggetti con responsività minimale (anche per

minori affetti da disturbi comportamentali). **Oneri al 70%**, per le prestazioni (residenziale e semiresidenziale) terapeutiche e socioriabilitative per **disabili gravi**. **Oneri al 40%**, per le sole prestazioni residenziali rivolte a **disabili (non gravi) privi di sostegno familiare**. In sintesi nel sistema residenziale oneri sanitari al 100/70/40; nel semiresidenziale al 100/70. Il documento della Commissione Lea, *spiega ed interpreta* tali indicazioni riconducendole a codici di attività (le percentuali di finanziamento per la sanità aggiunte tra parentesi traducono le indicazioni dei Lea): RD1 (100%); RD3 (70%), RD4 (60). Il codice RD2 (100%) riguarda minori affetti da disturbi comportamentali.

Quadro regionale. Le prestazioni al 100% all'interno dell'*area riabilitativa* sono riconducibili alle *Residenze riabilitative (RSR) intensive* e alle *Residenze riabilitative (RSR) estensive*, su queste ultime permangono notevoli ambiguità (vedi scheda specifica in nota).

Non è ancora chiaro il percorso delle *Rsa disabili* per le quali è stata prevista una doppia tipologia:

- a) **gravi**, nelle quali ricondurre utenti ricoverati nelle Rsr estensive ora, seppur non chiaramente indicato in alcun atto, candidate ad una gestione a termine di malati non necessitanti di riabilitazione intensiva;
- b) **accoglienza**, nelle quali mantenere utenti delle attuali Rsa disabili che non richiedono prestazioni più complesse da erogarsi nelle *Rsa disabili gravi*. Sulla base dei riferimenti normativi citati nei Lea (LG riabilitazione) anche gli utenti ricoverati nelle Rsa gravi sono collocabili nel codice Rd1 (estensivo e mantenimento in soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale).

Si pone a questo punto la questione di cosa collocare al 70/30 e al 40/60. Se, come indica la normativa sui Lea, il discriminante è la condizione di gravità, tutte le restanti strutture residenziali rispondono a questo requisito; sia la *Rsa accoglienza* (ora a completo carico sanità), sia la *Residenza protetta* (RP), sia la *Comunità socio riabilitativa riabilitativa* (Coser). Nessun dubbio per la RP collocata all'interno della legge 20/2002 (funzione protetta e ad alta integrazione sociosanitaria) i cui standard assistenziali sono di gran lunga superiori a quelli delle Rsa (sia disabili che gravi). Allo stesso modo all'interno di questa tipologia rientrano le Coser, non tanto per la collocazione all'interno della legge 20/2002 (funzione tutelare), quanto per la tipologia di utenza ospitata che determina tariffe (purtroppo non fissate dalla Regione) tra 115 e 170 euro al giorno: le più basse sono assimilabili a quelle delle Rsa accoglienza. Il 40/60 (disabili non gravi) può essere ricondotto alle sole comunità alloggio della legge 20/2002 che hanno una funzione abitativa e non sono rivolte a soggetti con disabilità in situazione di gravità.

Altri percorsi potrebbero essere individuati sulla base di un'accurata valutazione (che necessita di strumenti) del "bisogno assistenziale" che prescinde dalla tipologia di struttura; ma ciò richiede, oltre ad un adeguato percorso valutativo, anche una corrispondente capacità di programmazione di struttura. Per intenderci: se in un determinato territorio non è presente una comunità alloggio, ma una Coser, la persona potrebbe esservi inserita con una tariffa diversa da quella fissata per tale tipologia di struttura, così come diversa dovrebbe essere la ripartizione della spesa (da 70/30 a 40/60).

Rispetto al *semiresidenziale*, posta in linea generale l'insussistente differenza tra la gran parte degli utenti dei Centri diurni della legge 20/2000 (a completo carico della sanità) e quelli della 20/2002 (non definiti criteri di compartecipazione), pare non esserci dubbio nel secondo caso per la ripartizione al 70/30 degli oneri. Sul punto rimandiamo alla questione costi dell'uno e dell'altro servizio indicati nella precedente scheda.

b) Anziani non autosufficienti e demenze. In questo caso mentre le prestazioni residenziali in fase intensiva ed estensiva sono a completo carico della sanità, nella fase di lungo assistenza (mantenimento) la ripartizione è al 50%; per quanto riguarda il diurno viene previsto il solo intervento in lungo assistenza con ripartizione al 50%. Va notato che il documento della *Commissione Lea* si distanzia dalle ristrette indicazioni del Dpcm, prevedendo 6 codici di attività. Quattro residenziali e due diurni (cure residenziali intensive, R1; cure residenziali estensive, R2; nuclei Alzheimer, R2d; cure di mantenimento, R3; Cd demenze, Srd; Cd mantenimento, Sr). Lo stesso documento aggiunge inoltre delle indicazioni di contenuto rilevanti per quanto riguarda gli oneri delle prestazioni, quando afferma "Le prestazioni individuate con i codici R1, R2, R2D, sono riferibili alla erogazione di *cure intensive o estensive* ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad *assistenza e terapie di mantenimento*, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale". Significa, sulla base delle indicazioni Lea, che le prime tre prestazioni sono a completo carico del fondo sanitario; la quarta è ripartita al 50% con il sociale.

Quadro regionale. L'offerta sociosanitaria è composta da una duplice tipologia di struttura residenziale e semiresidenziale (normate dalla legge 20-2000 e 2002): Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) – che dovrebbe ricomprendere anche i nuclei Alzheimer - e Residenza protetta (Rp); i centri diurni hanno

identica denominazione. Cosa collocare all'interno della *griglia* della Commissione Lea? Cosa includere nell'intensivo-estensivo e nella lunga assistenza? Possono essere assimilabili, sulla base delle indicazioni Lea, i due centri diurni previsti dalla vigente normativa regionale? Le schede citate nella nota finale permettono di approfondire lo stato della regolamentazione di questi servizi. Qui possiamo sinteticamente richiamare alcuni aspetti (già indicati nella tabella sopra riportata).

RSA. Non definito standard; non definita tariffa; definita quota a carico degli utenti (in *analogia* a quella delle residenze protette); senza che questa permetta di capire la ripartizione percentuale rispetto alla tariffa; primi 60 giorni di ricovero a completo carico della sanità, successivamente tale regime può essere prorogato dopo la valutazione (UVI), nel caso ricorrano determinate condizioni (intensivo/estensivo, ai sensi dpcm 14.2.2001).

Nuclei Alzheimer. Non definito alcun aspetto. In alcune strutture sono presenti tali servizi specifici per le demenze. In questi casi valgono accordi locali con l'azienda sanitaria. Il requisito di personale - non normato dalla Regione - viene dunque definito localmente. Per il resto valgono le regole delle RSA anziani.

RP. Definito standard (100-120 minuti), tariffa (66-80 euro) e ripartizione dei costi (50%).

Centri diurni. Ci sono due tipologie di CD (per un approfondimento vedi nota); un primo CD (legge 20-2000), non è normato (per dimenticanza) all'interno della delibera che definisce i requisiti delle strutture sanitarie e sociosanitarie della legge 20-2000; dovrebbe essere quello rivolto alle persone con demenza e con malattia di Alzheimer; non ha quindi standard definiti. Operano, conseguentemente, in maniera difforme riguardo: personale, tariffa, ripartizione dei costi (sono sia a carico completo della sanità che a compartecipazione). La seconda tipologia di Cd è quella definita dalla legge 20/2002: operano in assenza di tariffa e criteri di compartecipazione, lo standard è definito, ma generico.

Come dunque collocare questi servizi all'interno dei *codici di attività* del documento della Commissione Lea, coerenti con le indicazioni del dpcm 29.11.2001? Una ipotesi coerente ci pare la seguente: Sr con Cd legge 20-2002; Srd con Cd legge 20/2000; R3 con Rp; R2d con nuclei Alzheimer interni alle Rsa; R2 con Rsa. Rimane da verificare ciò che è collocabile in R1. Se così fosse (tenendo conto della interpretazione della Commissione Lea) sarebbero a completo carico della sanità, oltre quelle riconducibili a R1: RSA (compresi NA) e Cd (legge 20-2000). Al 50% Rp e Cd legge 20-02.

La questione che immediatamente (e successivamente) si pone è che di fronte a contenitori (strutture), senza contenuto (standard), diventa difficile comporre un ragionamento coerente. A ciò si aggiunga che i Lea nell'area anziani prevedono 100% nella fase intensiva/estensiva, con un passaggio al 50% nella lunga assistenza. Come indicavamo nell'altro contributo *“se, in genere non viene messa in discussione l'assunzione di oneri al 100% nella fase intensiva o nelle responsabilità minimali, viene fortemente contrastata la possibilità che la sanità si faccia carico per intero del costo di ricoveri nella fase estensiva. Questo porta spesso a voler trasferire nella lunga assistenza soggetti le cui problematiche sanitarie, compresa una perdurante instabilità clinica, sono difficilmente compatibili con quel regime”*.

E dunque un nodo fondamentale, che non deve essere eluso, è capire quale sia il contenuto dei circa 900 posti attivi di Rsa. Che tipologia di utenti ci sono? con quali standard e figure professionali operano? Quali sono i loro valori Rug? Quant'è la durata media di degenza? Una volta che si è riusciti a capire cosa contiene questo contenitore si potrà fare un ragionamento non improvvisato sulla funzione delle Rsa. A causa dell'assenza di definizione regionale dello standard (unica condizione per definire la tipologia di struttura), ad oggi le strutture aventi questa autorizzazione erogano sia prestazioni intensive ed estensive (in particolare, ma non solo, quelle derivanti da ospedali riconvertiti) che di lunga assistenza. Ogni classificazione e standardizzazione, in questa situazione, risulta impossibile e dunque sbagliata; ogni scorciatoia non potrà che risultare iniqua.

Pare dunque evidente come la situazione di questa “area”, chiarisce in maniera inequivocabile che senza chiarezza di obiettivi - per quale utenza, con quali standard e dunque per quali prestazioni - sia impossibile impostare un ragionamento che, a partire da quanto stabiliscono i Lea, renda adeguata ogni collocazione.

c) Salute mentale. La normativa sui Lea prevede che sia a completo carico sanitario l'assistenza residenziale e diurna (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative), così come definita e prevista dal Progetto obiettivo salute mentale 1988-2000 (che a sua volta riprende le indicazioni del dpr 14.11.1997); nelle strutture a bassa intensità assistenziale (fase di lunga assistenza secondo il dpcm 14.2.2001) gli oneri per la sanità sono del 60% (l'atto di indirizzo sull'integrazione indicava per queste strutture una quota a carico della sanità non superiore al 70% e non inferiore al 30), come quelli previsti per l'accoglienza residenziale di disabili non gravi privi di sostegno familiare. Il documento della Commissione Lea, nel riprendere la

normativa (dpr 14.1.1997, PO salute mentale 1998-2000, dpcm 29.11.2001) la interpreta e classifica le prestazioni residenziali in due macro tipologie cui afferisce una diversa tipologia di utenza per la quale si indicano successivamente gli standard assistenziali:

a) **terapeutico riabilitativo** (RP1) suddivise in intensive (RP1.1) ed estensive (RP1.2). Queste ultime a loro volta sono divise tra quelle in cui il personale socio-sanitario è presente nelle 24 ore (RP1.2.1) e quelle in cui è presente nelle 12 ore (RP1.2.2). In entrambe le tipologie la degenza è a termine; nel regime estensivo è possibile la proroga.

b) **socio riabilitativo** (RP2), suddivise tra quelle in cui il personale sociosanitario è presente nelle 24 ore (RP2.1) e quelle sulle 12 ore (RP2.2).

Quadro regionale. La tipologia di offerta residenziale prevista dal PO salute mentale (del. 132-2004) della Regione è costituita dalle seguenti tipologie di strutture: *residenziale terapeutica* (Srt); *residenziale riabilitativa* (Srr); *comunità protetta* (Cp); *Gruppo appartamento*. A queste si aggiunge, normata dalla legge 20/2002, la *comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali* (Cadm). Non ben definito in termini autorizzativi è poi il modulo per adolescenti, che sembrerebbe afferire alla tipologia di Srt. Esiste, infine, una sola tipologia di centro diurno.

Sulla base dei Lea dunque le prestazioni sono a completo carico della sanità per tutte le strutture ad eccezione di quelle a *bassa intensità assistenziale* per le quali la quota sanitaria è del 40%. Non paiono esserci difficoltà a collocare le Srt e le Srr in RP1 e RP2.1. Dove collocare invece le RP? Sulla regolamentazione di questa struttura rimandiamo ad una specifica scheda segnalata in nota. Qui ricordiamo soltanto che il PO salute mentale ribadisce l'accoglienza in via prioritaria di degenti ex OP e per utenti i cui "programmi più specificatamente terapeutici si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni"; il personale è presente sulle 24 ore. Si specifica poi che sono "previste partecipazione alla spesa in applicazione del dpcm 14.2.2001". Potrebbero essere, sulla base delle indicazioni, sopra indicate, definite socio riabilitative (RP2.1). Dunque non collocabili all'interno della bassa intensità assistenziale che, nel caso, potrebbe darsi solo per altre due tipologie di strutture del tutto assimilabili, o meglio coincidenti: gruppo appartamento e comunità alloggio (Cadm). In questo caso c'è solo da verificare se sono strutture - data la tipologia di utenza - che determinano un costo retta. Insomma se si danno le condizioni perché abbiano uno standard di personale determinante una tariffa. Si può dunque ipotizzare che la "bassa intensità assistenziale" possa riferirsi alle sole strutture che non abbiano una copertura assistenziale sulle 12 ore. Conseguentemente tutte le altre rientrano tra quelle previste dal PO nazionale salute mentale rivolte ad utenti di esclusiva competenza psichiatrica.

Crediamo invece opportuno - aspetto ripreso anche dal documento Lea - il recupero dell'indennità di accompagnamento, laddove percepita, che nel caso di ricovero gratuito verrebbe sospeso. Indennità che andrebbe a coprire parte del costo retta. Non sussistono invece problemi interpretativi per il CD che è tra i servizi a completo carico sanitario.

La corretta applicazione dei livelli essenziali non può supportare automatismi

I Livelli essenziali definiscono ciò che il servizio sanitario è tenuto ad assicurare agli utenti. Tra le prestazioni da garantire, come abbiamo visto, rientrano anche quelle sociosanitarie così come definite, seppur in maniera inadeguata, dal dpcm 29.11.2001. La corretta applicazione della normativa appare essenziale al fine di assicurare agli utenti i servizi di cui hanno bisogno e diritto. Ma, come evidenziato, affinché questa accada devono realizzarsi altre condizioni:

a) **definizione degli obiettivi del servizio** e dunque della tipologia di utenza cui è destinato. Ciò richiede la definizione chiara degli standard organizzativi tra i quali fondamentale è quello riferito al personale. **La mancata definizione dello standard assistenziale rende incollocabile un servizio**; ne impedisce la conseguente definizione del costo e dei criteri di compartecipazione tra sanità e sociale. Nelle Marche (vedi tabella) in molte strutture non sono definite, in altre lo sono ma per varie ragioni (vecchie definizioni, non più prese in considerazione, minutaggi senza precisazione delle figure professionali) è come se non lo fossero;

b) **definizione della tariffa**. Se la indefinizione dello standard rende impossibile determinare la tariffa, in diversi casi (vedi scheda) accade che nonostante lo standard sia stato definito, la tariffa non è stata comunque determinata;

c) **fabbisogno e finanziamento**. C'è poi la necessità che venga stabilito quanto "ne serve" e che conseguentemente siano messe a disposizione le risorse per realizzarlo. Anche in questo caso si rimanda alla tabella per verificare in quanti dei servizi sopra indicati ciò sia stato definito.

C'è quindi da augurarsi che l'obiettivo sia quello di una coerenza programmatoria nella quale, come abbiamo già indicato, l'applicazione dei Lea sociosanitari sia interna ad un coerente processo di pianificazione, che trae ispirazione dal desiderio di garantire interventi adeguati ai bisogni di persone la cui qualità di vita dipende dalla qualità con cui si vogliono assicurare le risposte. Si tratta di una responsabilità verso la quale tutti siamo chiamati; una responsabilità che il programmatore regionale deve essere impegnato ad assolvere con ferma volontà.

Note

Normativa nazionale e regionale di riferimento

- [Atto di indirizzo integrazione socio-sanitaria](#)
- [Il dpcm 29.11.2001 di definizione dei Lea, Decreto sui livelli essenziali di assistenza \(Conferenza Stato Regioni del 22.11.2001\)](#)
- [Commissione Nazionale sui LEA sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali](#)
- [Commissione nazionale LEA. Organizzazione assistenza ospedaliera e territoriale domiciliare](#)
- [Servizi sociosanitari. Interventi, utenza, standard, oneri](#)
- [Regione Marche. Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sociali](#)
- [Regione Marche. Le modifiche al Regolamento sulle autorizzazioni alle strutture sociali \(DEL. 31-2006\)](#)
- [Marche. Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario](#)

Approfondimenti regione Marche

Quadro generale

- [I servizi sociosanitari nelle Marche. Bilancio e prospettive](#)
- [Percorsi assistenziali nella post acuzie e nella cronicità. Quadro nazionale e regionale](#)
- [I servizi sociosanitari nella legislazione nazionale e delle Marche,](#)
- [Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)
- [Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche](#)
- [Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche](#)

Riabilitazione disabilità

- [Evoluzione delle attività in ex art. 26-833. Quadro nazionale e delle Marche](#)
- [Sull'Accordo 2011 tra Regione e Centri di riabilitazione](#)
- [La programmazione perduta. I centri diurni per disabili nelle Marche](#)
- [Riabilitazione estensiva residenziale nelle Marche. L'indispensabile chiarezza](#)
- [Marche. Residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione](#)
- [La residenzialità per persone disabili nella legislazione della regione Marche](#)

Anziani

- [RSA anziani. Le necessarie chiarezze](#)
- [Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche](#)
- [Le residenze protette per anziani con demenza nelle Marche. Un nuovo serbatoio per la residenzialità psichiatrica?](#)
- [La programmazione perduta. Centri diurni per persone con demenza nelle Marche](#)

Salute mentale

- [La programmazione perduta. Le comunità protette per persone con disturbi mentali nelle Marche](#)
- [Nulla osta. Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali](#)

Segnaliamo infine le ultime due pubblicazioni del Gruppo Solidarietà sulle problematiche della regione Marche: *I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche* (2010) e *La programmazione perduta. I servizi sociosanitari nelle Marche* (2011), <http://www.grusol.it/pubblica.asp>.

14 aprile 2012