

Non è tempo di cambiare? A proposito di alcuni recenti accordi contrattuali (con "strutture ex art. 26/833" e non solo)

Residenza protetta disabili "Casa Serena" Fano. La fantasiosa convenzione con ASUR Marche

La [Convenzione \(anno 2022\) con la residenza protetta disabili \(30 posti\) "Casa Serena" Fano](#) (determine 204 e 245/2022) gestita dalle suore della Congregazione don Orione merita qualche considerazione. Ci eravamo già occupati della [convenzione 2017-18](#) (vedi pag. 2) che prevedeva l'utilizzo del fondo ADI per il pagamento delle spese riguardanti l'assistenza infermieristica della residenza protetta.

Non abbiamo visto i successivi accordi, precedenti a questo riguardante il 2022 e non sappiamo quali evoluzioni della convenzione ci siano state prima di quella riguardante l'anno in corso.

Al pari dell'[Istituto Divina Provvidenza di Loreto](#), è lampante la difficoltà (e l'incapacità di avviare percorsi di riconversione) di gestire strutture non riconducibili ai servizi oggetto di autorizzazione con la legge 20/2002. Infatti, in questo caso, mai la si cita se non quando proprio non se ne può fare a meno in occasione del richiamo alla autorizzazione. La norma di riferimento, ripetutamente citata, sembrerebbe essere la dgr [1331/2014](#). Come noto, si tratta di un Accordo nel quale vengono definite, tra Regione ed enti gestori, le tariffe dei servizi.

Casa Serena è dunque una [residenza protetta disabili](#). Per essere in **regola con l'autorizzazione** doveva avere uno standard di personale di 230/260 minuti al giorno/persona, una **capacità recettiva massima di 20 posti** (di cui 2 per sollievo familiare) in due moduli distinti. Spetta al Comune il rilascio dell'autorizzazione ([Legge 20/2002, art. 8-12](#))

Ciò che non è stato mai definito (al pari delle Coser) è la tariffa (che dovrà poi essere come quella della RSA disabili, 120,57 euro). A seguito della legge 21/2016 e dei nuovi (Dgr 937/2000) [nuovi requisiti di autorizzazione](#), tre tipologie di residenze (RSA; RP, CoSER) confluiranno in un'unica tipologia di struttura: La RSSD (Rd3). Differentemente da quanto riportato nella determina le RP al pari delle Coser, ai sensi della dgr 1331, dovevano presentare un Piano di adeguamento per afferire al livello rd3-RSA disabili. Il riferimento al passaggio livello RD2 (livello estensivo) o RD4 (protezione) non è rinvenibile né nella 1331 né in atti successivi.

Come si evince dall'Atto Casa Serena è dotata di **30 posti**. Attualmente "sono ospitati 25 assistiti" che ricomprendono "disabili portatori di handicap e anziani non autosufficienti riconducibili nel quadro normativa della dgr 1331/2014 all'area disabili".

- 15, rientrano nell'area disabili gravi e sono *tariffati* con la tariffa RSA disabili (120.57)
- 10 vengono considerati come anziani non autosufficienti e *tariffati* come **residenza protetta anziani** (quota sanitaria 33,50)

Con quale standard operano? Non viene indicato. E mai si cita il riferimento alla legge 20/2002 e al Regolamento 3/2006 che disciplinano il funzionamento anche delle RP disabili. Il richiamo all'articolo 3 della Convenzione alla [Dgr 1299/2009](#) è **errato**. L'accordo riguarda le strutture di riabilitazione con una ridefinizione delle RSA (disabili e disabili gravi) di quelle specifiche strutture

firmatarie dell'Accordo. Vedi in proposito [Residenzialità disabili dopo l'accordo con i centri di riabilitazione](#).

Vedremo nei prossimi anni come si "evolverà" *Casa Serena*. In poco meno di 20 anni (legge 20/2002 e RR 1/2004) non si è stati capaci di definire un percorso di riqualificazione. Così per tentare di legittimare una situazione di evidente irregolarità normativa tocca – agli estensori - inoltrarsi, con enorme fantasia, in vicoli "sufficientemente ciechi".

Per il momento ci fermiamo qui!

23 maggio 2022

[ASUR Marche. Servizi sociosanitari. Accordi contrattuali](#) (Agg. marzo 2022).

L'ultimo Accordo contrattuale (2019-21) pubblicato riguarda l'**ASUR AV3** con le strutture private accreditate (**Anffas Macerata; Villaggio delle Ginestre Recanati; Paolo Ricci Civitanova; S.Stefano Kos Care**, ma solo per servizi domiciliari e ambulatoriali di Civitanova M., Tolentino, Macerata, Matelica) del territorio di riferimento (provincia di Macerata). Simili i contenuti dell'Accordo dell'AV4, pag. 79, con le strutture della provincia di Fermo (Istituto Mancinelli, Comunità di Capodarco, Centro Montessori).

Tra i contenuti di questi Accordi (vedi allegati a pag. 9) l'articolato sugli *standard di qualità e di personale* (in genere agli articoli 6-7 delle convenzioni). In quest'ultimo caso nelle convenzioni si continua a richiamare [la DGR 1437 del 15 giugno 1999](#). Da un lato non si capisce perché si richiama un Accordo riferito al 1999, quando successivamente sono stati approvati i requisiti di autorizzazione e accreditamento, dall'altro vi si fa riferimento anche con riguardo ai servizi diurni (che fortunatamente, da qualche anno, non si chiamano più "seminternato") rispetto ai quali la dgr non definisce lo standard di personale (come peraltro non l'ha fatto, [vedi pag. 3](#), la normativa, requisiti della legge 20/2000, sulle [autorizzazioni](#)). Tra le tipologie permane la tipologia dell'"ambulatoriale extramurale". Per quanto riguarda la struttura dei budget, per [Villaggio delle Ginestre](#) e Paolo Ricci, una voce riguarda il residenziale (tutte le tipologie), l'altra mette insieme diurno, ambulatorio, domiciliare, extramurale.

Questi Accordi sono conseguenti [agli Accordi tra Regione e Centri privati di riabilitazione](#) aderenti all'ARIS che federa le "strutture ex art. 26/833). Come si può verificare, all'interno della programmazione regionale riguardante servizi sanitari e e sociosanitari, un percorso specifico e particolare riguarda alcuni Enti (vedi in proposito, [Servizi sociosanitari. A due anni dall'accordo Regione-Enti gestori. Un bilancio](#)) con riferimento a contenuti che riguardano e dovrebbero riguardare tutti i servizi aventi identica autorizzazione. Vedi anche, [Sull'Accordo 2019-21 tra Regione e Centri privati convenzionati \(ARIS\) \(da pag. 2\)](#).

C'è da chiedersi come mai con l'inizio dei percorsi di autorizzazione e accreditamento a partire dalla fine degli anni novanta, esista ancora uno specifico percorso che riguardante gli "ex art. 26/833". Al proposito vale la pena richiamare quanto indicato nell'appendice dei recenti [indirizzi nazionali sulla riabilitazione recepiti dalla regione Marche con la dgr 56/2022](#) (p. 37 e 38). *"In alcune Regioni, invece, si continua a parlare di "strutture ex art. 26" come se gli oltre 20 anni (dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 502/1992 e della legge n. 724-1994, con la cessazione dei "rapporti convenzionali in atto e l'entrata in vigore dei nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO" o anche dall'entrata in vigore dei primi Lea, con l'introduzione della nuova definizione delle attività riabilitative), fossero passati invano"*

[Decreti autorizzazione servizi sociosanitari diurni e residenziali](#). Nell'ultimo decreto pubblicato riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale di 80 posti di RSA (Residenza Villalba,

Macerata, Sanatrix, Gruppo KOS) viene indicato in **1469** il numero dei posti di **RSA anziani (R2) accreditabili** a livello regionale. Già **accreditati** ne risultano **741**. Considerato che si possono considerare **attivi circa 1.200** posti si può ipotizzare che **circa 500 siano autorizzati ma non convenzionati**. E' ipotizzabile siano i posti a gestione ASUR derivanti dalle riconversioni ospedaliere avvenute a partire dai primi anni novanta? Per le RSA la [legge 20/2000](#) ha disciplinato il percorso riguardante autorizzazione e accreditamento. La successiva [Dgr 1889/21](#) ha stabilito i requisiti per l'accREDITamento.

6 aprile 2022

Alcune considerazioni sull'Accordo ASUR 2019-21 e strutture di riabilitazione ARIS nell'AV2 Ancona

L'Accordo 2019-21 dell'[ASUR Marche-AV2 con le strutture riabilitazione ARIS](#) (KOS Centri ambulatoriali, Bignamini, Lega Filo d'oro, La buona Novella, Abitare il tempo, Residenza Dorica, Villa Adria, Anni Azzurri) offre lo spunto per alcune considerazioni.

- 1) Perché si continui ad utilizzare la dizione "ex art. 26"** per servizi che, come tutti gli altri hanno specifica autorizzazione e accreditamento. Peraltro anche le [Linee di indirizzo sull'appropriatezza in riabilitazione](#) (vedi ultima pagina*), seppur non ancora approvate, invitano espressamente a non utilizzare più tale dizione: "Ci si augura che la dizione "strutture ex art. 26" e tutto ciò che a tale dizione è associato possa essere definitivamente archiviato al più presto".
- 2) La specificità per le sole strutture ARIS.** A p. 12, "per i pazienti delle **RSA Disabili (RD3) e semiresidenziali (PRF6/SRDis1)** che richiedono un minutaggio assistenziale superiore al 20% di quanto attualmente previsto, in assenza di setting assistenziale idoneo, l'ASUR inviante dovrà riconoscere un maggiore importo calcolato sull'effettiva necessità assistenziale, tenendo presente che lo stesso non rientra nelle risorse assegnate con l'accordo ARIS", **riguarda la possibilità concessa solo agli "ex art. 26 associati all'ARIS"**.

Si riprende l'[Accordo ARIS 2019](#) (vedi a pag. 2) che così avevamo commentato "si introduce il seguente passaggio riguardante RSA e CD (si noti il termine "pazienti"): "I pazienti che verranno ricoverati presso le Unità RSA Disabili (RD3) e semiresidenziali (PRF.6/SRDis1) che richiedono un minutaggio assistenziale superiore al 20% di quanto attualmente previsto e conseguentemente finanziato, in assenza di setting assistenziale idoneo, l'ASUR inviante dovrà riconoscere un maggiore importo calcolato sull'effettiva necessità assistenziale". Si segnala che per tali Centri diurni (che hanno tariffe da 91,42 a 145,58 euro) la Regione non ha stabilito lo standard assistenziale. Difficile dunque prevedere modifiche di ciò che non è definito. **Inoltre non si indica a chi competa l'accertamento della necessità di standard più elevati. Ci si chiede: se tale possibilità è ritenuta necessaria, perché non viene inserita in una norma generale (vedi, ad esempio, i requisiti di autorizzazione) che valga per tutti i servizi, piuttosto che in Accordi, che valgono solo per qualcuno?**". Alcune novità a riguardo sono state introdotte dai [nuovi requisiti](#) di autorizzazione le cui disposizioni non sono ancora, causa pandemia, applicative.

Su altri aspetti dell'Accordo si rimanda a [Sull'Accordo 2017-18 tra ASUR e strutture di riabilitazione dell'AV2 di Ancona](#) e

[Sull'Accordo 2019-21 tra Regione e Centri privati convenzionati \(ARIS\) \(da pag. 2\)](#)

[Sull'Accordo 2016-18 tra Regione e Centri privati di riabilitazione](#)

26 luglio 2021

*** LE STRUTTURE EX ART. 26**

Fino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza nel 2001, ma anche negli anni immediatamente successivi, la riabilitazione territoriale è stata prevalentemente assicurata dalle strutture ambulatoriali, diurne e residenziali già classificate come "ex articolo 26 della legge 833/78".

Per comprendere la natura e il ruolo di tali strutture è utile ricordare che ai tempi in cui risale la loro istituzione (collegata alla legge sull'invalidità civile del 1971) il Ministero della sanità aveva la facoltà di convenzionarsi con centri di riabilitazione e altre istituzioni terapeutiche (focolari, pensionati, comunità di tipo residenziale, etc.), per ospitare e "riabilitare" minori e adulti che potessero anche seguire attività di istruzione e di formazione professionale. Queste strutture, pertanto, hanno garantito, insieme alla "rieducazione funzionale e motoria", anche attività formative e di socializzazione specie per le persone con scarse capacità di recupero.

L'attivazione di queste strutture è stata una prima risposta alle situazioni di restrizione della partecipazione (handicap)/limitazione delle attività (disabilità), derivate da malattie, di carattere congenito o acquisito e/o progressivo, esitanti in motolesioni, neurolesioni o *disadattamenti sociali*

(come si può osservare, nell'ultimo caso, problemi comportamentali erano assimilati all'handicap). La risposta fornita era quindi di tipo integrato tra funzioni riabilitative e didattico-educative (scuola/formazione)

Il profilo dell'handicap/disabilità si è notevolmente modificato nel tempo e gli inserimenti nella scuola dell'obbligo e nei corsi di qualificazione professionale hanno ridotto il bisogno collegato all'apprendimento: pertanto, le strutture ex art. 26 si sono successivamente qualificate come strutture prevalentemente riabilitative e già dopo le Linee Guida del 1998, si sono caratterizzate in due filoni:

- uno strettamente riabilitativo con ricoveri a termine;
- l'altro con attività di tipo socio-riabilitativo derivanti dall'articolo 8 della legge 104/92 ("Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"). Con l'entrata in vigore del dPCM 14 febbraio 2001 in materia socio-sanitaria e del dPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Lea (allegato 1C interventi sociosanitari) e con l'introduzione dei nuovi criteri per l'attribuzione delle competenze al Ssn ed ai Comuni, nonché del DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Lea, è risultato evidente che il rapporto delle strutture in questione con il Ssn dovesse essere ridefinito; la maggior parte delle Regioni ha provveduto, quindi, ad accertare la natura e le caratteristiche dell'attività riabilitativa effettivamente svolta e a "ricollocare" ciascuna struttura nel quadro dell'offerta regionale, articolata per livello di intensità dell'intervento e per tipologia di utenti. In queste Regioni le strutture hanno perso la denominazione di "ex art. 26" e si sono collocate nei livelli di assistenza integrandosi nei Dipartimenti o servizi per la riabilitazione, con caratteristiche di riabilitazione "estensiva" (quindi ancora a completo carico del sistema sanitario) o di "mantenimento" per disabili gravi con quota pagata in parte dal sistema sanitario e in parte dalla persona/famiglia/Comune). Questo processo è avvenuto, in particolare, nelle Regioni che hanno avviato o completato il processo di accreditamento delle strutture sociosanitarie dopo averne chiaramente identificato i requisiti organizzativi, tecnologici e di personale. In alcune Regioni, invece, si continua a parlare di "strutture ex art. 26" come se gli oltre 20 anni (dall'entrata in vigore del (l. 1.1gs. n. 502/1992 e della legge n. 724/1994, con la cessazione dei "rapporti convenzionali in atto e l'entrata in vigore dei nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO" o anche dall'entrata in vigore dei primi Lea, con l'introduzione della nuova definizione delle attività riabilitative), fossero passati invano. **Ci si augura che la**

dizione "strutture ex art. 26" e tutto ciò che a tale dizione è associato possa essere definitivamente archiviato al più presto.

News

CAMBIARE PROSPETTIVA. A proposito di politiche, modelli, interventi, servizi

FIRMA L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi

NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche

Residenze anziani. Il tempo si è fatto breve! Rette utenti e liste di attesa

Progetti personalizzati, sostegni, servizi. Provvedimenti di ASUR Marche