

## **Vergognose doppiezze. Servizi sociosanitari, Tavolo(i) di confronto, Accordi con Enti gestori**

Nei giorni scorsi la Campagna "Trasparenza e diritti" e Il Comitato Associazioni Tutela, <http://leamarche.blogspot.it/2014/11/marche-servizi-sociosanitari-il-finto.html>, avevano denunciato l'indegno comportamento della regione Marche. Dopo le proteste di tantissime organizzazioni - culminata nella manifestazione del 26 novembre 2013 - è costretta a istituire un Tavolo regionale di confronto (con apposita delibera) al quale la stessa Regione non ha presentato le proposte di modifica delle delibere 1011 e 1195. Contemporaneamente tratta e conclude Accordi (**allegato A**), con le associazioni degli enti gestori (tutti soggetti presenti anche al Tavolo). Come se, come è stato fatto notare, il problema degli standard e delle tariffe riguardasse esclusivamente chi i servizi li eroga e non anche chi li fruisce. Una condotta inqualificabile che non riguarda, evidentemente, solo la Regione ma anche tutti i soggetti gestori firmatari (vedi elenco pag. 4), che transitano, senza provare alcun disagio, da un Tavolo all'altro.

**Sul metodo.** Un comportamento che qualifica la condotta regionale che non si fa problemi a giocare contemporaneamente su due Tavoli: **quello finto** (tanto che le uniche verbalizzazioni che si è riusciti ad ottenere sono di nessuna importanza rispetto ai contenuti delle questioni poste) con gestori, organizzazioni degli utenti e degli ordini professionali, istituito come detto con delibera; **quello vero** con le rappresentanze degli enti gestori (compreso ANCI e Centrali cooperative).

Al Tavolo "formale", dunque non si presentano né le modifiche degli standard, né le ipotesi tariffarie (presentate con 3 slide senza neanche consegna del cartaceo nella riunione del 18 luglio), né quelle riguardanti le ripartizioni. Un Tavolo che, il solerte assessore Mezzolani, confonde con quello degli enti gestori. Rispondendo (**allegato B**), martedì scorso (18 novembre), ad una interrogazione del Consigliere Cardogna (Verdi), specifica che "il lavoro è andato avanti e si sono chiusi anche gli accordi con le parti interessate". Quali sono le parti interessate ce lo spiegherà forse, in altra occasione.

In questa situazione, ora si capisce perché nessuna risposta sia stata data alle 3 note (24 e 28 ottobre e 18 novembre, quest'ultima all'indomani dell'Accordo del giorno precedente) della Campagna e del CAT, nella quale si chiedevano risposte e chiarimenti su diversi punti, <http://leamarche.blogspot.it/2014/11/trasparenza-e-diritti-attende-le.html>.

**Sul merito.** Ci sarà occasione per analizzare nel dettaglio contenuto e effetti delle ipotesi contenute nel testo a riguardo dei servizi ed in particolare dei diurni trasversali e tutte le aree e a quelli residenziali nell'area salute mentale e disabilità. Per quanto riguarda questi ultimi la vergogna regionale di avere piccole comunità a dimensione familiare, sta per essere definitivamente vinta. Nel giro di qualche anno la parolaccia "comunità" dovrà scomparire per sancire il passaggio alle più sicure residenze sanitarie assistenziali H (magari con operatori muniti di lucenti camici bianchi). Di passi se ne sono fatti davvero tanti se nell'elaborazione del Piano sanitario 2003/2006 si immaginava il superamento delle RSA a favore delle nascenti residenze protette. Vedremo se e come andrà avanti l'accordo.

Intanto, si registra, che Anci e Centrali cooperative condividono questi contenuti.

Per parte nostra, dopo il comprensibile disorientamento, presa amaramente coscienza, del contesto nel quale ci troviamo ad operare, con rinnovata convinzione e tenacia continueremo, con tutti i mezzi a disposizione, nel nostro lavoro a tutela delle persone e dei servizi.

**Allegato A**

**ACCORDO TARIFFE ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE FRA  
REGIONE MARCHE ED ASSOCIAZIONI ENTI GESTORI**

A seguito degli incontri tenutisi fra il Servizio Sanità e Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche ed i rappresentanti delle associazioni degli enti gestori delle strutture eroganti l'assistenza residenziale e semiresidenziale nei settori degli anziani non autosufficienza, disabilità e salute mentale nei giorni 06/08/2014 – 09/10/2014 – 17/11/2014, si sottoscrive il presente accordo relativo alle tariffe giornaliere.

In via preliminare le parti convengono che le tariffe concordate sono correlate agli standard assistenziali di cui alla allegata tabella (tabella 1) predisposta dai competenti Servizi della regione Marche, quale ordinaria manutenzione degli standard indicati nella DGR 1011/13, e discussi e concordati nel percorso di confronto. Gli Enti Gestori si impegnano ad applicare i CC.CC.NN.LL. di riferimento del settore socio assistenziale riabilitativo sottoscritti a livello nazionale dalle OO.SS. comparativamente rappresentative.

Le parti concordano sulle tariffe indicate nella tabella 2, che avrà validità a far data 01/12/2014, e per i successivi 36 mesi.

L'ASUR applicherà tali tariffe a partire dal 01/01/2015, al fine di consentire alle strutture di adeguarsi ai nuovi standard richiesti.

Entro il 30/11/2015 le parti si impegnano a incontrarsi per verificare l'andamento del primo anno di applicazione.

In merito all'attuazione dell'Accordo si concorda sulle seguenti modalità applicative.

**1. AREA ANZIANI**

Relativamente al livello Cure Residenziali di Mantenimento R3.1 (RP Demenze), la quota SSR stabilita in €.45 sarà vigente solo quando gli standard assistenziali indicati nella tabella 1 per tali strutture saranno operanti in virtù dell'aggiornamento del Regolamento regionale n.1/2004 e s.m.i. e comunque non prima del 01/01/2015.

Relativamente al livello Cure Semiresidenziali SR, la tariffa indicata nell'allegato 2 sarà vigente solo quando gli standard assistenziali indicati nella tabella 1 per tali strutture saranno operanti in virtù dell'aggiornamento del Regolamento regionale n.1/2004 e s.m.i. e comunque non prima del 01/01/2015.

**2. AREA DISABILI**

**2.1 *Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili Gravi RD3***

Relativamente al livello Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili Gravi RD3, in considerazione che una quota significativa di tale utenza è inserita in strutture a carattere socio assistenziale, e cioè le Comunità Socio-educative Riabilitative (LR 20/2002 art.3, c.3, lett. b) e le Residenze Protette per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a), le stesse dovranno gradualmente riconvertirsi in RSA Disabili. A tal fine le predette strutture entro il 30/06/2015 dovranno presentare un piano di adeguamento per afferire al livello assistenziale e tariffario RD3, che dovrà prevedere l'attivazione di tale conversione nei tempi più brevi possibili e comunque non oltre i successivi 30 mesi (max al 31/12/2017). Durante tale periodo, cioè fino alla data di effettiva riconversione prevista dal piano di ogni struttura, valgono gli attuali standard assistenziali e tariffari delle predette strutture, fermo restando che alla data del 01/01/2018 varrà comunque la tariffa

stabilita per il livello RD3 relativa alle RSA Accoglienza Disabili. Per le Comunità Socio-educative Riabilitative e le Residenze Protette per Disabili che non dovessero presentare il piano di adeguamento entro il termine del 30/06/2015 si provvederà alla sospensione dell'autorizzazione e quindi dei contratti in essere.

#### *2.2 Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili privi di sostegno familiare RD4*

Relativamente al livello Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili privi di sostegno familiare, si concorda che tale livello possa essere erogato dalle Comunità Alloggio per Disabili (LR20/2002 art.3, c.2, lett.b), previo aggiornamento dei requisiti di cui al Regolamento regionale n.1/2004 e s.m.i.. Nelle more, per gli attuali inserimenti in tali strutture, l'ASUR potrà riconoscere la quota di €27,20 (40% della tariffa concordata) previa valutazione ed autorizzazione dell'UMEA. Tale riconoscimento potrà, nelle more dell'adeguamento delle Comunità Alloggio, anche essere riconosciuto ad eventuali inserimenti di tal genere nelle Comunità Socio-educative Riabilitative (LR 20/2002 art.3, c.3, lett. b) e le Residenze Protette per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a).

#### *2.3 Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili Gravi*

Preso atto che il Regolamento Regionale n.1/2004 e s.m.i. prevede per i Centri Socio-Educativi- Riabilitativi Diurni (LR 20/02 art.3, c.4, lett.a) la possibilità di inserire fino a 25 soggetti nel caso in cui ci sia la presenza di soggetti con maggiori livelli di autonomia, si concorda di ripartire la predetta capienza in due livelli di intensità assistenziale:

- Un livello di Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili Gravi (SRDis1.1) per una quota massima di 10 posti di ogni Centro. La tariffa indicata nell'allegato 1 sarà vigente previo aggiornamento dei requisiti di cui al Regolamento regionale n.1/2004 e s.m.i.
- Un livello di Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili a valenza prevalentemente sociale (SRDis1.2), per una quota massima dei posti rimanenti dal livello precedente fino alla concorrenza dei 25 posti totali. La quota di competenza ASUR (€15,10) sarà corrisposta previa valutazione ed autorizzazione dell'UMEA per ogni inserimento e comunque previo aggiornamento dei requisiti di cui al Regolamento regionale n.1/2004 e s.m.i.

### **3. AREA PSICOPATOLOGIA ETA' EVOLUTIVA**

Si concorda che le tariffe relative a tutti e tre i livelli indicati nella tabella 2 sono da considerarsi provvisorie in considerazione dell'imminente emanazione di specifico Accordo in sede di Conferenza Unificata sulla assistenza residenziale e semiresidenziale sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza.

### **4. AREA SALUTE MENTALE**

Si concorda che per i moduli assistenziali per pazienti psichiatrici storicamente attivati in strutture residenziali sanitarie e socioassistenziali in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997 e del punto 7.4 del manuale dei Requisiti di Autorizzazione di cui alla L.R. n.20/2000, venga attivato un nuovo percorso di autorizzazione ed accreditamento, da concludersi entro il 31/12/2016, finalizzato alla conversione definitiva di tali moduli per assistenza psichiatrica. Il relativo livello di intensità assistenziale (SRP1-SRP2-SRP3) sarà individuato sulla base del livello di gravità clinica dei pazienti inseriti attraverso la valutazione dei DSM che hanno in carico tali pazienti.

### **5. NORMA GENERALE SULLA RESIDENZIALITÀ PER LE PICCOLE STRUTTURE**

## Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014

In ragione del principio contenuto nella nota prot. N.253646 del 09/04/2014, gli standard di cui alla tabella 1 devono essere intesi come minimi, al fine di garantire un livello di uniformità regionale. Nel caso di piccole strutture residenziali che, con tali standard, non riuscirebbero a garantire la chiusura dei turni in H24, l'ASUR potrà incrementare gli standard stessi fino al livello strettamente necessario per consentire la chiusura dei turni, riconoscendo il corrispettivo economico aggiuntivo sulla tariffa giornaliera.

Ancona, 17/11/2014

### Per Regione Marche:

Assessore alla Salute .....

Il Dirigente Servizio Sanità .....

Il Dirigente Servizio Politiche Sociali e Sport .....

### Per gli Enti Gestori:

ARIS: .....

AIOP RSA: .....

ANASTE: .....

Coordinamento Cooperative Sociali Marche: .....

Comitato Regionale Marche Enti Gestori Strutture per Anziani senza fine di lucro: .....

ANCI Regione Marche: .....

2.1.3. *Tabella Standard assistenziali*

*Allegato 1*

<b>Area Anziani</b>			
<b>Codice livello intensità assistenziale</b>	<b>Profilo</b>	<b>Standard Assistenziali (a)</b>	<b>Note applicative</b>
Codice R2.1	Pazienti post acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinicae in condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.	Standard Assistenziali di cui alla DGR n.960/14	Il modello organizzativo è descritto nella DGR n.960/14, nella quale sono indicate altresì le sedi di prima attivazione. Tale livello assistenziale è attivabile altresì nei moduli R2.2 (ex RSA anziani), in linea con le indicazioni del Documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, approvato il 30/05/2007, nelle percentuali ivi indicate (10-20%)
Codice R2.2	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica (1): 100 min/die ogni 20 p.l.</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 140m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 45m/die per ospite (con presenza in struttura h24)</li> <li>▪ OSS: 85 min/die per ospite(con presenza in struttura h24)</li> <li>▪ Personale riabilitativo (fisioterapista): 10 min/die per ospite</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario le RSA per anziani non autosufficienti (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
Codice R2D	Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive Demenza/Alzheimer) a pazienti con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente <i>protetico</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza medica/psicologica (4): 120 min/die ogni 20 p.l.</li> <li>▪ Assistenza globale (2): almeno 150m/die per ospite di cui:</li> <li>▪ Assistenza infermieristica (3): 40m/die per ospite (con presenza in struttura h12)</li> <li>▪ OSS: 100m/die per ospite (con presenza in struttura h24)</li> <li>▪ Personale riabilitativo (educatore/fisioterapista): 10 min/die per ospite e/o attività di animazione: 13m/die/per ospite</li> </ul>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i nuclei per malati Alzheimer o demenze inseriti nelle RSA per anziani non autosufficienti e RSA demenze (punto 7.6 del manuale di autorizzazione di cui alla DGR 2200/2000 e s.m.i.)
R3 Codici: R3.1 – R3.2	Prestazioni di lungoassistenza e <b>mantenimento</b> erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento) a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione.	<p>R3.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OSS (6): 100m/die per ospite</li> <li>• Infermiere: 20m/die per ospite</li> <li>• Personale riabilitativo (educatore/fisioterapista): 10m/die per ospite e/o 13m/die per ospite</li> </ul> <p>Gli standard indicati saranno operativi previo atto di aggiornamento del Regolamento 1/2004 e s.m.i.</p>	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale le Residenze Protette per Anziani (L.R.20/2002 – art.3, c.4, lett.b). Livello dedicato a pazienti con deficit cognitivi ma con un basso livello di disturbo comportamentale.

Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014

		R3.2 Standard assistenziali di cui al Regolamento regionale n.1/2004 (requisiti n.29, 30 e 31 delle Residenze Protette per Anziani)	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale le Residenze Protette per Anziani (L.R.20/2002 – art.3, c.4, lett.b)  Confermata tariffa DGR 1729/10
Codice SR	Prestazioni di mantenimento erogate in Centri diurni a pazienti in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere tutelate, infermieristico e di animazione.	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione): almeno 50m/die/paz inteso come media  La natura dei bisogni assistenziali dei singoli soggetti determina il mix tipologico delle figure professionali e il relativo carico assistenziale	Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/2000 e 20/2002, afferiscono a tale livello assistenziale i Centri Diurni per Anziani di cui alla L.R. 20/2002 art.3, c.4, lett. b.
Codice SRD	Prestazioni sanitarie e riabilitative erogate in Centri diurni a pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento. I trattamenti sono costituiti da prestazioni di carattere infermieristico, rieducative, tutelari, supporto psicologico e di animazione.	Assistenza globale (infermiere, OSS, animazione, terapeuta occupazionale, educatore, psicologo): almeno 90m/die/paz inteso come media  La natura dei bisogni assistenziali dei singoli soggetti determina il mix tipologico delle figure professionali e il relativo carico assistenziale	Il nucleo di assistenza semiresidenziale è inserito preferibilmente in strutture che erogano attività residenziale

- (1) L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico.
- (2) L'assistenza globale è riferita al totale di minuti erogati da infermieri, OSS, personale riabilitativo/educatore.
- (3) L'assistenza infermieristica è un *di cui* dell'assistenza globale.
- (4) L'assistenza medica è riferita all'impegno di coordinamento delle attività sanitarie e igienico organizzative. Essa è aggiuntiva all'attività svolta dal Medico di Assistenza Primaria (MMG) a cui l'assistito è in carico. La quota di assistenza psicologica sarà dimensionata in funzione delle esigenze assistenziali.
- (a) I minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto, anche ai fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per tipologia di figura professionale, fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento max del 20% per tipologia di figura professionale.

2.2.3 Tabella Standard assistenziali

Area Disabili				
Livello intensità riabilitativa	Profilo	Codice Livello intensità assistenziale	Standard assistenziali (a)	Note applicative
RD1	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale.	Codice RD1.1 Riabilitazione intensiva – <i>livello assistenziale intensivo</i>	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate
		Codice RD1.2 Riabilitazione estensiva - <i>livello assistenziale estensivo</i>	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate
		Codice RD1.3 estensività protratta - <i>livello assistenziale estensivo</i>	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate.
		Codice RD1.4 Responsività minimale/Nucl ei specializzati DGR n.1064/14 (Unità di Risveglio - Unità minorati plurisensoriali – Unità Speciale Intensiva Pediatrica – Unità SUAP Stati Vegetativi e UGIR) – <i>livello assistenziale intensivo</i>	Standard assistenziali di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate
RD3- RD4	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per: Disabili gravi e Disabili privi di sostegno familiare	Codice RD3 Disabili gravi	Standard assistenziali di cui alla DGR 1299/09 e Manuale requisiti autorizzazione LR 20/00 punto 7.1.3 requisito n.29. <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenza globale (Infermieri + OSS + Fisioerapisti/Educatori): 140m/die per ospite.</li> </ul>	Confermate tariffe di cui agli Accordi regionali con le Associazioni di categoria per le strutture di riabilitazione accreditate relative alle RSA Disabili Accoglienza. Atteso che una quota significativa di Disabili gravi sono inseriti in strutture a carattere socio assistenziale, e cioè le Comunità Socio-educative Riabilitative (LR 20/2002 art.3, c.3, lett. b) e le Residenze Protette per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a), le stesse dovranno gradualmente riconvertirsi in RSA Disabili, secondo modalità da concordare con le rappresentanze degli Enti gestori.
		Codice RD4 Disabili privi di sostegno familiare	<ul style="list-style-type: none"> <li>OSS: 70m/paz/die</li> <li>Educatori: 30m/paz/die</li> </ul> Gli standard indicati saranno operativi previo atto di aggiornamento del Regolamento 1/2004 e s.m.i.	Possono afferire a tale livello assistenziale le Comunità Alloggio per Disabili (L.R.20/2002 art.3, comma 2, lett. b).

**Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014**

SRDis	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	Codice SRDis1.1 (*) Prestazioni a contenuto terapeutico e socioriabilitativo per disabili gravi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OSS: 5m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 105m/paz/die</li> </ul> Standard Regolamento 1/2004 riparametrati in min/ass/die/procapite	Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a) per un tetto massimo pari a 10 posti.
		Codice SRDis1.2 Prestazioni a prevalente contenuto sociale erogate dai Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OSS: 5m/paz/die</li> <li>▪ Educatori: 65m/paz/die</li> </ul> Gli standard indicati saranno operativi previo atto di aggiornamento del Regolamento 1/2004 e s.m.i.	Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a) per un tetto massimo di 15 posti.

**Area Psicopatologia Età Evolutiva**

<b>Livello intensità riabilitativa</b>	<b>Profilo</b>	<b>Codice Livello intensità assistenziale</b>	<b>Standard assistenziali</b>	<b>Note applicative</b>
RD2	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-educative-riabilitative in regime residenziale a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico	Codice RD2.1 Livello terapeutico – riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 60 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 80 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 50 min/paz/die</li> <li>▪ OSS. 40 min/paz/die</li> </ul>	
		Codice RD2.2 Livello socio-educativo-riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 4 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 140 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 8 min/paz/die</li> </ul>	Tale livello si può configurare anche quale supporto assistenziale sanitario per una quota parte degli ospiti delle Comunità di accoglienza per Minori della L.R.20/2002. In tal caso verrà garantito dall'ASUR un supporto assistenziale pari a 70min/paz/die di educatore sanitario e 8 min/paz/die di psicologo (tramite fornitura diretta del personale o rimborso equivalente da valorizzare al costo del contratto dichiarato dal gestore).  Il nucleo di assistenza è inserito preferibilmente in strutture che erogano attività del livello RD2.1.
SRDis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per minori/adolescenti con un quadro psicopatologico.	Codice SRDis2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 10 min/paz/die</li> <li>▪ Educatore: 120 min/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 10 min/paz/die</li> <li>▪ OSS. 10 min/paz/die</li> </ul>	Il nucleo di assistenza semiresidenziale è inserito preferibilmente in strutture che erogano attività residenziale RD2.1 e/o RD2.2.

## Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014

(\*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna *Prestazioni* del Microlivello *Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali* (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.

(a) I minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto, anche ai fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per tipologia di figura professionale, fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento max del 20% per tipologia di figura professionale.

2.3.4. *Tabella Standard assistenziali*

<b>Area Salute Mentale</b>			
<b>Livello intensità riabilitativa</b>	<b>Cod. Livello Intensità assistenziale</b>	<b>Standard assistenziali (a)</b>	<b>Note applicative</b>
Terapeutico-riabilitativo	Codice SRP1 Intensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico : 10m/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 30m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 60m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 30m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 90m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Residenziale Terapeutica (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogatrice SRP2.1 o SRP2.2
	Codice SRP2.1 Estensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico : 10m/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 20m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 50m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 30m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 70m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Riabilitativa Residenziale (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogatrice SRP1, SRP2.2 o SRP3 (h24)
	Codice SRP2.2 Estensivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico : 10m/paz/die</li> <li>▪ Psicologo: 10m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 50m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 30m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 60m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Struttura Riabilitativa Residenziale (D.A. n.132/05). Infermiere in h24 nella struttura. Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogatrice SRP1, SRP2.1 di SRP3 (h24) Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le RSA che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997 e DGR n.2200/00 e s.m.i. al punto 7.4.
Socio-riabilitativo	Codice SRP3.1.1 h24	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico/Psicologo: 15m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 45m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 30m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 40m/paz/die</li> <li>▪ Attività di animazione: 13min/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Comunità Protetta (D.A. n.132/05). Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogatrice SRP2 o di altro sottotipo SRP3. Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le strutture socio-assistenziali che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
	Codice SRP3.1.2 h24	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico/Psicologo: 8m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 40m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 20m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 40m/paz/die</li> <li>▪ Attività di animazione: 13min/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Comunità Protetta (D.A. n.132/05). Auspicabile coesistenza nella struttura di Unità Erogatrice SRP2 o di altro sottotipo SRP3. Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le strutture socio-assistenziali che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
	Codice SRP3.2 h12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico/Psicologo: presenza programmata</li> <li>▪ Infermiere: 20m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 10m/paz/die</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 30m/paz/die</li> </ul>	Livello erogabile nella Comunità Protetta (D.A. n.132/05) con presenza di Unità Erogatrice SRP3.1.1 e 3.1.2 (h24) Nelle more del riordino delle LL.RR. 20/200 e 20/2002, possono afferire a tale livello assistenziale le strutture socio-assistenziali che ospitano soggetti inseriti dai Dipartimenti di Salute Mentale in virtù della DGR n.2569 del 13/10/1997.
	Codice SRP3.3 Fasce orarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico/Psicologo: presenza programmata per supervisione</li> <li>▪ Infermiere: 3,5h/settimanali nella struttura</li> <li>▪ OSS: 3,5h/settimanali nella struttura</li> <li>▪ Personale educativo riabilitativo (educatori – tecnici riabilitazione psichiatrica): 7h/settimanali nella struttura.</li> </ul> <p>Tali requisiti sono da intendersi come impegno <i>medio</i> del personale del DSM, e quindi possono essere adeguati secondo le necessità rilevate.</p>	Livello erogabile nel Gruppo Appartamento (D.A. n.132/05) gestiti dai DSM.
Semiresidenziali	Codice SSRP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medico/Psicologo: 15m/paz/die</li> <li>▪ Educatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica: 60m/paz/die</li> <li>▪ Infermiere: 5m/paz/die</li> <li>▪ OSS: 5m/paz/die</li> <li>▪ Personale di assistenza programmata: assistente sociale.</li> </ul>	Il Centro è un'articolazione funzionale del CSM è può essere gestito dal DSM o dal privato accreditato. Il Centro può essere coesistente ad una struttura residenziale psichiatrica, preferibilmente di livello socio riabilitativo.

### **Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014**

(a) I minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto, anche ai fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per tipologia di figura professionale, fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento max del 20% per tipologia di figura professionale.

## ALLEGATO 2

**QUADRO SINOTTICO TARIFFE, SU BASE GIORNALIERA, PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLA REGIONE MARCHE NEI SETTORI: ANZIANI, DISABILI E SALUTE MENTALE**

12 novembre 2014

Denominazione livello assistenziale e codice	Denominazione Struttura	Quota SSR (€)	Quota Compartecipazione Utente/Comune (€)	Quota Totale (€)
<b>ANZIANI</b>				
Cure Residenziali Estensive R2.1	RSA – Cure Intermedie	145,00	42,50	145,00
Cure Residenziali Estensive R2.2	RSA	80,50	42,50	123,00
Cure Residenziali Estensive R2D	RSA Demenze	85,50	42,50	128,00
Cure Residenziali di Mantenimento R3.1	RP Demenze	45,00	DDGGRR 704/06 e 1729/10	
Cure Residenziali di Mantenimento R3.2	RP Anziani	33,51	DDGGRR 704/06 e 1729/10	
Cure Semiresidenziali SRD	Centro Diurno Alzheimer	29,00	29,00	58,00
Cure Semiresidenziali SR	Centro Diurno Anziani non autosufficienti	17,50	17,50	35,00
<b>DISABILI</b>				
Cure Riabilitative Intensive ed Estensive RD1.1 – RD1.2 – RD1.3 – RD1.4	La DGR n.1064 del 22/09/2014 ha stabilito le tariffe relative ai seguenti livelli: a) RD1.1(Intensivo); b) RD1.2 (Estensivo); c) RD1.3 (Estensività Protratta); RD1.4 (Unità di Risveglio – Unità minorati plurisensoriali - Unità Speciale Intensiva Pediatrica – Unità SUAP Stati Vegetativi e UGIR).			
Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili Gravi RD3	RSA Accoglienza Disabili (DGR n.1064 del 22/09/2014). Relativamente alle strutture socioassistenziali di cui alla LR 20/02 (Comunità Socio-educative Riabilitative art.3, c.3, lett. b) e le Residenze Protette per Disabili art.3, c.4, lett. a) si rimanda al punto 2.1 dell'Accordo	84,40	36,17	120,57
Cure Riabilitative di Mantenimento per Disabili privi di sostegno familiare RD4	Tale livello verrà erogato nelle Comunità Alloggio per Disabili (LR20/2002 art.3, c.2, lett.b). Per le modalità applicative si rimanda al punto 2.2 dell'Accordo.	27,20	40,80	68,00
Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili Gravi SRDis1.1	Centri Socio-Educativi- Riabilitativi Diurni (LR 20/02 art.3, c.4, lett.a)	43,40	18,60 (30%)	62,00
Cure Riabilitative Semiresidenziali per Disabili a valenza prevalentemente sociale SRDis1.2	Centri Socio-Educativi- Riabilitativi Diurni (LR 20/02 art.3, c.4, lett.a)	15,10	Quota Comune (QC)	15,10 + QC
<b>AREA PSICOPATOLOGIA ETA' EVOLUTIVA</b>				
Età Evolutiva Liv. Terapeutico Riabilitativo RD2.1	Struttura Residenziale Terapeutica di NPIA (SRT NPIA)	190,00	0,00	190,00
Età Evolutiva Liv. Socio Educativo Riabilitativo RD2.2	Struttura Residenziale Terapeutica di NPIA (SRT NPIA)	95,00	0,00	95,00
Età Evolutiva Semiresidenziale SRDis.2	Struttura Semiresidenziale Terapeutica di NPIA (SSRT NPIA)	89,00	0,00	89,00
<b>SALUTE MENTALE</b>				
Terapeutico Riabilitativo a carattere Intensivo SRP1	Struttura Residenziale Terapeutica (SRT)	170,00	0,00	170,00
Terapeutico Riabilitativo a carattere Estensivo SRP2.1	Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)	140,00	0,00	140,00
Terapeutico Riabilitativo a carattere Estensivo SRP2.2	Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)	128,00	0,00	128,00
Socioriabilitativo SRP3.1.1	Comunità Protetta H24	80,5	34,5 (30%)	115,00
Socioriabilitativo SRP3.1.2	Comunità Protetta H24	64,4	27,6 (30%)	92,00
Socioriabilitativo SRP3.2	Comunità Protetta H12	22,00	33,00 (60%)	55,00
Socioriabilitativo SRP3.3	Gruppo Appartamento	10,80	16,20 (60%)	27,00
Semiresidenziale SSRP	Centro Diurno	56,00	0,00	56,00

**Allegato B** ([evidenziazioni nostre](#))

**Consiglio regionale. Seduta del 18 novembre 2014**

Interrogazione del Consigliere Carogna (Verdi), n. 1617, presentata in data **5 marzo 2014**

**"Deliberazioni di Giunta regionale nn. 1011/2013 e 1195/2013. Atti conseguenti alla risoluzione dell'Assemblea legislativa regionale n. 86/2013"**

a risposta orale urgente

**Premesso:**

- che con delibera n. 1011 del 9 luglio 2013 la Giunta regionale ha definito gli standard assistenziali ed i criteri di rilevazione della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale;
- che la citata deliberazione n. 1011/2013 ha stabilito, per gli ambiti di utenza sopra individuati, tre livelli di intensità assistenziale: livello intensivo, livello estensivo, livello di lungoassistenza/mantenimento/socio-riabilitativo;
- che, ai fini del perseguimento di livelli minimi di efficienza gestionale, è stato codificato il principio secondo cui "di norma le strutture devono essere organizzate in moduli assistenziali omogenei secondo l'intensità del trattamento", prevedendo unità erogatrici (nuclei) dimensionate su un numero di posti letto che varia da un minimo di 20 unità ad un massimo di 60 unità e la possibile coesistenza, all'interno di una stessa struttura, di nuclei rivolti indifferenziatamente a destinatari riconducibili ai tre diversi settori di cui in precedenza;
- che, sulla scorta della avvenuta rideterminazione dei livelli di intensità assistenziali, con successiva delibera n. 1195 del 2 agosto 2013 la Giunta regionale ha provveduto a rimodulare, incrementandole, le percentuali di compartecipazione a carico degli utenti (e dei Comuni), con conseguente contrazione della quota a carico della sanità regionale;
- che l'emanazione delle due deliberazioni richiamate ha suscitato fortissime proteste soprattutto da parte delle associazioni del settore, preoccupate per le evidenti pesanti ricadute derivanti dalla portata applicativa degli atti in oggetto, con particolare riguardo al prospettato accorpamento, nell'ambito di uno stesso modulo organizzativo e in maniera indifferenziata, di persone affette da demenza, di disabili e di anziani non autosufficienti;
- che l'assessore Mezzolani, nell'incontro tenutosi il 28 novembre 2013, aveva fornito ampie rassicurazioni alle rappresentanze delle associazioni circa la totale disponibilità del governo regionale a prendere in seria considerazione le istanze di cui le stesse si erano fatte portatrici, affermando altresì che i contenuti delle delibere contestate non avrebbero avuto efficacia fino all'entrata in vigore della nuova regolamentazione, previa notifica a tutte i soggetti interessati dei relativi provvedimenti (cfr. comunicato stampa Ansa del 28 novembre 2013);

**Considerato:**

- che, nelle more della ridefinizione del percorso organizzativo come sopra annunciato, l'assessore Mezzolani aveva dato comunque disposizioni circa la sospensione degli effetti delle due deliberazioni fino alla data del 31 dicembre 2013;
- che l'Assemblea legislativa regionale, nella seduta n. 138 del 3 dicembre 2013, ha approvato all'unanimità una risoluzione (n. 86/2013) con la quale si impegnava la Giunta regionale a "revocare le deliberazioni nn. 1011 del 9 luglio 2013 e 1195 del 2 agosto 2013 o, in subordine, a sospenderne l'applicazione al fine di aprire un tavolo di concertazione con le associazioni del settore, i familiari dei pazienti e i gestori delle strutture, volto a recepirne le istanze per giungere ad una riorganizzazione condivisa";
- che non risulta che la Giunta regionale abbia successivamente dato seguito all'impegno assunto volto a rivedere i contenuti delle deliberazioni in discussione, disattendendo tra l'altro quanto richiesto dall'Assemblea legislativa regionale con la risoluzione n. 86/2013 citata;
- che tale comportamento inevitabilmente genera grande incertezza e preoccupazione sul territorio, con evidenti ripercussioni sulla qualità dei servizi all'utenza;

**INTERROGA**

la Giunta regionale e l'Assessore competente per conoscere:

- i motivi che hanno impedito a tutt'oggi di rispettare l'impegno assunto volto a rivedere i contenuti delle deliberazioni in oggetto, così come formalmente richiesto con la Risoluzione n. 86/2013 dell'Assemblea legislativa regionale;
- quali iniziative abbiano intrapreso e/o intendano intraprendere per rimuovere lo stato di assoluta incertezza e confusione che tale comportamento genera sul territorio.

---

**PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1617 del Consigliere Cardogna.**

Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

**Almerino MEZZOLANI.** La risoluzione n. 86/2013 approvata all'unanimità dall'Assemblea regionale nella seduta del 3 dicembre 2013, con la quale si impegnava la Giunta a "revocare le deliberazioni nn. 1011 del 9 luglio 2013 e 1195 del 2 agosto 2013 o, in subordine, a sospendere l'applicazione al fine di aprire un tavolo di concertazione con le associazioni del settore, i familiari dei pazienti e i gestori delle strutture, volto a recepirne le istanze per giungere ad una riorganizzazione condivisa", **ha avuto, come seguito effettivo, quanto richiesto pur nel rispetto degli adempimenti comunicati e approvati dal Ministero della salute relativamente all'utilizzo dei fondi LEA.**

Con deliberazione di Giunta regionale n. 1260 del 9 settembre 2013 è stato istituito un tavolo di confronto sul "modello assistenziale integrato per la residenzialità dell'area sanitaria extra ospedaliera e socio-sanitaria nei settori anziani, disabili e salute mentale" a cui sono stati chiamati a far parte rappresentanti di enti gestori di residenze sia pubblici che privati, degli ordini professionali, delle associazioni di rappresentanza degli utenti.

**Il tavolo ha iniziato immediatamente, tra l'altro questa interrogazione è datata, c'è stata un'evoluzione perché si è addivenuti ad un accordo finale,** ma riepilogo un po' tutto il percorso che è stato fatto.

Il tavolo ha iniziato i lavori, ci sono stati numerosi incontri con un'ampia discussione sulle due deliberazioni di Giunta che sono oggetto di questa interrogazione e sui documenti di integrazione socio-sanitaria relativi all'atto di fabbisogno del sistema residenziale, alla nuova regolamentazione in materia di autorizzazione e accreditamento dell'offerta residenziale, alle linee guida sul governo della domanda.

Ci sono state poi successivamente altre deliberazioni di Giunta regionale, la n. 1742 del 27 dicembre 2013 e i lavori del tavolo, la cui conclusione era stata fissata al 31 dicembre 2013, sono stati prorogati al 30 giugno 2014 data la complessità delle questioni sottoposte e le ricadute possibili sul territorio regionale, quindi un lavoro molto delicato.

In quella sede è stato ribadito, in più occasioni, l'impossibilità di procedere ad azioni di revoca degli atti approvati dalla Giunta per motivi inerenti prima di tutto la valutazione positiva data agli stessi dal Ministero della Salute in sede di adempimenti annuali - voi sapete che il famoso tavolo Massicci non può prescindere da quelli che sono impegni che le amministrazioni regionali devono assumere sul quel tavolo - evitando le relative penalizzazioni economiche che ne deriverebbero e che comporterebbero la revoca del 3% del trasferimento del fondo sanitario nazionale attribuito alla Regione Marche.

**I contenuti degli atti inoltre sono stati adeguatamente spiegati ai componenti del tavolo nelle parti considerate dagli stessi di maggiore criticità, nei numerosi interventi e documenti prodotti dalle associazioni e pervenuti al servizio regionale apportando da parte degli uffici chiarimenti ritenuti accoglibili da una parte dei componenti del tavolo e nello stesso tempo valutando da parte degli uffici possibili modifiche o integrazioni tecniche da recuperare nei successivi atti.**

A fronte dell'approfondito dibattito è stata presa la decisione di produrre, nell'immediato, comunicazioni all'Asur che fossero esplicative circa le modalità di applicazione dei contenuti degli atti, in modo tale da tenere conto degli impatti sulla popolazione e sulle strutture, fermo restando l'impegno di andare avanti nella loro applicazione pur nell'ambito di quanto verrà deciso in sede di approvazione degli atti di riordino in materia socio-sanitaria a cui il tavolo è chiamato a dare un contributo tecnico importante.

Relativamente alla deliberazione di Giunta regionale n. 1195/2013 è stata inviata in data 16 gennaio 2014 una nota ufficiale al Direttore generale dell'Asur con la quale l'Azienda veniva invitata a mantenere nei contratti/convenzioni da avviare nel 2014 la stessa percentuale di

## Osservatorio Marche, n. 33 del 23 novembre 2014

compartecipazione indicata in quelli stipulati nell'anno 2013 riportando però, nel punto specifico degli stessi, a questa dedicato, una clausola di allineamento alle indicazioni regionali quando, una volta avviata l'applicazione effettiva del decreto governativo sull'Isee, verrà istituito il fondo di solidarietà, quantificato l'importo e definiti i criteri di gestione dello stesso. E' stato avviato un gruppo tecnico-finanziario assieme all'Asur il quale sta analizzando la situazione di tutte le strutture che saranno oggetto di variazione nella percentuale di compartecipazione con conseguente maggior onere per i cittadini quantificandone l'impatto che verrà sostenuto dai fondi di solidarietà. Si sta altresì lavorando affinché venga applicato su tutto il territorio regionale il calcolo Isee nelle modalità indicate nel nuovo decreto per accedere e per compartecipare alla retta anche nel caso dell'offerta residenziale attualmente in fase di rivisitazione nelle modalità illustrate.

Relativamente alla deliberazione di Giunta regionale n. 1011/2013 è stata inviata in data 9 aprile 2014 una nota ufficiale al Direttore generale dell'Asur nella quale è stato chiarito che la deliberazione di Giunta regionale interviene sostanzialmente solo sulla definizione degli standard minimi di assistenza diretta per livello di intensità assistenziale. Di conseguenza non vengono fornite disposizioni sugli standard strutturali e organizzativi, come quello della possibilità di ospitare diverse tipologie di utenza, i quali saranno definiti con l'aggiornamento delle leggi regionali nn. 20/2000 e 20/2002, previo confronto con tutti i portatori di interesse. Intendimento dell'atto è quindi unicamente quello di garantire un livello di uniformità regionale in ordine agli standard di assistenza diretta per livello di intensità assistenziale, da intendersi come minimo regionale, eventualmente da incrementare nel caso delle piccole strutture residenziali, fino al livello necessario per consentire la chiusura dei turni.

Faccio il punto dicendo che essendo questa, ripeto, un'interrogazione datata, il lavoro è andato avanti e si sono chiusi anche gli accordi con le parti interessate.