

Corso di formazione

La programmazione sociosanitaria
nella regione Marche
Analisi, verifica, prospettive

19- 26 ottobre 2010

Fabio Ragaini

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

Obiettivi del corso

Verificare: lo stato della programmazione sociosanitaria regionale in tre aree di intervento: disabilità, salute mentale, non autosufficienza (anziani e soggetti con forme di demenza)

Attraverso: l'analisi dei provvedimenti normativi regionali (l. 20/2000, 20/2002 e atti applicativi) riguardanti i servizi sanitari e sociosanitari - che verranno messi a confronto con la legislazione nazionale (d. lgs 229/1999; dpcm 14/2/2001; dpcm 29/11/2001)

In particolare: a) fabbisogno, b) standard, c) tariffe, d) ripartizione della spesa tra sociale e sanitario

**Qual è lo stato della
programmazione regionale?**

Quando siamo in presenza di un servizio (o di una prestazione?) a completo carico della sanità o del sociale oppure a compartecipazione? Con quali criteri viene definita l'entità della quota sociale o sanitaria? Sono sufficienti le indicazioni nazionali (dpcm 14-2-2001 e dpcm 29.11.2001)?

I requisiti delle strutture e dei servizi

Le leggi 20/2000 e 20/2002 derivano dall'applicazione

- DPR 14-1-1997 (in applicazione d.lgs 502/92): Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle **attività sanitarie** da parte delle strutture pubbliche e private.
- Decreto 21-5-2001 (in applicazione legge 328/2000): Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a norma dell'art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328"

Atto di indirizzo integrazione e decreto sui Livelli essenziali di assistenza (Lea)

L'atto di indirizzo: individua le prestazioni:

- Sanitarie a rilevanza sociale
- Sociali a rilievo sanitario
- Ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Dpcm 29.11.2001 definisce le prestazioni che il Ssn è tenuto a garantire. Nell'all. 1c (area integrazione sociosanitaria) sono definite sia quelle **sanitarie** che quelle **sanitarie a rilevanza sociale**. Non sono quindi presenti le prestazioni **sociali a rilevanza sanitaria** di competenza dei Comuni.

Compiti delle Regioni (DPCM 14.2.2001)

Art. 2. Tipologia delle prestazioni

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Le **Regioni** disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

Compiti delle Regioni (DPCM 14.2.2001)

Art. 4 - Principi di programmazione e di organizzazione delle attività

Nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari (**la Regione determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata.**)

Svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, **l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.**

La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

Compiti delle Regioni (DPCM 14.2.2001)

Art. 5 - Criteri di finanziamento

Nella **ripartizione delle risorse del Fondo per il servizio sanitario regionale** con il concorso della Conferenza di cui all'art. 3, comma 1, **tengono conto delle finalità del presente provvedimento.**

- **definisce** i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni.

Servizi sociosanitari nelle Marche. Cosa è stato definito?

- Non atto di recepimento del DPCM 14.2.2001 e dell'allegato 1c (prestazioni sociosanitarie) del DPCM 29.11.2001 sui LEA
- **Strutture della legge 20/2000:** Definito fabbisogno, non definite con specifico atto le tariffe; e - dove previsto - la compartecipazione tra sanità e sociale
- **Strutture della legge 20/2002:** Non definito fabbisogno (se non per alcune), non definito (se non per alcune) tariffe e quote di partecipazione tra sanità e sociale.

Strutture e servizi sociosanitari

- **Anziani:** Rsa, Rp, Casa Riposo?, centri diurni (2 tipologie), Adi (cure domiciliari)/**Sad?**
- **Disabili:** Rsr estensiva (?), Rsa, Rp, Coser (comunità alloggio?), Adi (cure domiciliari)/**Sad, Aed?**
- **Psichiatria:** Srt, Srr, Cp, Centro diurno (Comunità alloggio, gruppo appartamento?), Adi (cure domiciliari)/**Sad?**

Come si accede ai servizi?

- **Anziani** (Unità valutativa distrettuale integrata - Uvdi)
- **Disabili** (Unità multidisciplinare età evolutiva e adulta, Umec/a)
- **Salute mentale** (Dipartimento salute mentale)

Quali sono le loro funzioni rispetto all'accesso ai servizi?

- A quali enti appartengono le figure professionali di queste equipe?
- A quali servizi e di quali enti possono inviare gli utenti?

Come sono disciplinati i servizi domiciliari?
(sanitari, educativi e di aiuto alla persona?)

- Le cure domiciliari (Adi)
- Il servizio di assistenza domiciliare (Sad)
- Il servizio di assistenza educativa domiciliare (Aei)?

- Quali figure professionali?
- Quali standard di funzionamento?
- Quale ripartizione dei costi?

Legge 20/2002

La funzione delle strutture. 3 Tipologie

Abitativa e di accoglienza educativa

Caratterizzate da bassa intensità assistenziale rivolte a soggetti autosufficienti privi da valido supporto familiare

Tutelare

Caratterizzate da media intensità assistenziale destinate a soggetti fragili e a rischio di perdita di autonomia privi da valido supporto familiare

Protetta

Caratterizzate da alto livello di intensità e complessità assistenziale destinate a soggetti non autosufficienti che necessitano di protezione a ciclo diurno o di residenzialità permanente o temporanea

Regione Marche. Strutture sociali soggette ad autorizzazione

Soggetti destinatari	Strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa (<u>bassa intensità ass. le</u>)	Strutture con funzione tutelare (<u>media intensità ass. le</u>)	Strutture con funzione protetta (<u>alta intensità ass. le</u>)
Minori	Comunità familiare	Comunità educativa	
		Comunità di pronta accoglienza	
		Comunità alloggio per adolescenti	
Disabili	Comunità alloggio?	Comunità socio-educativa-riabilitativa	Residenza protetta
			Centro diurno socio-educativo-riabilitativo
Anziani	Comunità alloggio	Casa di riposo?	Residenza protetta
	Casa albergo		Centro diurno
Persone con problematiche psico-sociali	Comunità alloggio	Casa famiglia	
	Comunità familiare	Centro di accoglienza per ex detenuti	
	Alloggio sociale per adulti in difficoltà	Casa di accoglienza per donne vittime di violenza o tratta	
	Centro di pronta accoglienza per adulti		

Le strutture extraospedaliere della legge 20/2000

- Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (Residenze sanitarie riabilitative)
- Rsa disabili
- Centro diurno e day hospital psichiatrico
- Strutture residenziali psichiatriche
- Strutture residenziali per tossicodipendenti
- RSA anziani (comprese demenze)
- Case alloggio per malati AIDS,
- Hospice

Dovrebbe conseguire

dalla bassa intensità alla alta intensità

- standard in aumento,
- anche differenti figure professionali,
- tariffa giornaliera progressivamente più alta,
- oneri da completo carico sociale fino a completo carico sanitario.

La tariffa

Le diverse problematiche

- Quando è a completo carico sanitario (se non è fissata con erogatore pubblico)
- Quando la prestazione viene erogata da un privato (le problematiche se non è determinata: il caso delle RSA anziani)
- Quando è a compartecipazione (nel caso di titolarità sociale, vedi Rp; quando a titolarità sanitaria vedi Rsa)

Psichiatria

	Tariffa	Compartecipaz costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno
Psichiatria				
Srt	no	Completo carico sanità	no	si
Srr	no	Completo carico sanità	no	si
Cp	no	no	no	si
CD	no	Completo carico sanità	no	si

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

- D. lgs 229/99 (art. 3 septies - integrazione sociosanitaria);
- Dpcm 14.2.2001
- Dpcm 29.11.2001 (allegato 1c)

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare bisogni di salute, mediante percorsi assistenziali integrati, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (D. lgs 229/99).

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

1. Prestazioni sanitarie **a rilevanza sociale**
2. Prestazioni socio-sanitarie **ad elevata integrazione sanitaria**
3. Prestazioni sociali **a rilevanza sanitaria**

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

Sono definite tenendo conto dei seguenti criteri

- 1) **Natura del bisogno.** Definizione con valutazione: delle funzioni psicofisiche, della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale; dei fattori di contesto ambientale e familiare.
- 2) **Intensità dell'intervento assistenziale.** Intensivo, Estensivo, Lungoassistenza.
- 3) **Complessità e durata dell'intervento.**

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

Le fasi dell'assistenza

Un elemento molto importante è costituito dalla intensità dell'intervento assistenziale (anche ai fini della definizione di chi si fa carico della spesa).

- La **fase intensiva** è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, da un'elevata complessità dell'intervento e da una durata breve e definita.
- La **fase estensiva** è caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da una durata dell'intervento media o prolungata ma comunque definita.
- La fase di **lungoassistenza** è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nel lungo periodo o permanentemente.

Oneri delle prestazioni sociosanitarie

(nazionale)

1. Prestazioni in fase **intensiva**: Oneri 100% sanità.
2. Prestazioni in fase **estensiva**: Oneri 100% sanità, con eccezioni (centri diurni, ADI).
3. Prestazioni in fase di **lungoassistenza**: Prevista compartecipazione alla spesa di utenti/comune.

Strutture legge 20/2000 + legge 20/2002

A partire dall'intensità assistenziale

Anziani: Cd, Cr, Rp (20/02), Cd, Rsa (20/00)

Disabilità: Cd, Coser, Rp (20/02), Cd, Rsa, Rsr est? (20/00)

Psichiatria: Cd, Ga, Str, Srr (20/00), la Cp? Ca (20/02)

Altro

Riabilitazione: Int/Est - Unità speciali (20/00).

Centri diurni anziani

CD (legge 20/2002)

Il CD è una struttura con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere anziani parzialmente autosufficienti, non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste.

Rapporto operatori utenti personale sociosanitario: almeno 1/5

Non definita tariffa. Non definiti criteri di compartecipazione. Non definito fabbisogno

Attualmente presenti: 293 posti in 21 strutture

Il centro diurno della legge 20/2000

I requisiti per l'autorizzazione

Non definito costo retta. Non definita tariffa e criteri di compartecipazione. Definito fabbisogno (insieme alle RSA)

Attivi: 115 posti 9 strutture (autorizzati 160)

Attivabili: 400 posti tra diurno e RSA (senza specificazione per tipologia)

Residenza Protetta (RP)

Tipologia di utenza

Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisognosi di assistenza residenziale e sanitaria (anziani colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo non guaribili o da eventi morbosi che richiedono attività terapeutica ed assistenziale continua ed interventi riabilitativi allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero).

Anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante.

Residenza Protetta (RP)

Lo standard assistenziale

Operatore socio-sanitario: 80 minuti (demenza 100) al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.

Infermiere professionale: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e pronta disponibilità nelle fasce orarie in cui non vi sia presenza infermieristica.

Terapista della riabilitazione: intervento programmato su prescrizione specialistica.

Medico di Medicina Generale: intervento *secondo modalità di accesso programmate con la struttura* programmato ed a richiesta.
Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza.

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

I riferimenti normativi regionali (DGR 3240/92, legge 36/95, DGR 2200/2000, DGR 323/2005, DGR 704/2006).

Il PSR 2003-06 affida alle RSA la gestione di pazienti **non autosufficienti, non curabili a domicilio**, che si trovano in una **condizione stabilizzata** ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. **La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD.**

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Lo standard di assistenza

- La retta. La quota a carico dell'utente
- Posti letto attivi: 847
- Quanti previsti? Autorizzati 1220
- Fabbisogno: diurno + residenziale: 1380
- Attivabili: 400 posti tra diurno e residenziale (senza specificazione per tipologia)

Residenzialità sociosanitaria. Situazione attuale

- Quanti sono gli anziani ospiti delle strutture assistenziali delle Marche (RP e CR)? - **6300** circa
- Quanti sono gli anziani non autosufficienti ospiti di queste strutture? **4200 - 4.500** circa
- Posti in casa di riposo: circa 1500 su 82 strutture
- Posti autorizzati come RP: **circa 4200**
- Posti convenzionati totali: **3411**
- Posti con standard come da regolamento 20/2002 circa **400** (circa 100 a 120 minuti Rp demenze)

Residenze disabili legge 20/2002

Comunità alloggio (Legge 20/2002 e seguenti).
Non previsto costo retta. Non previsto standard di personale.

Comunità socio educativa riabilitativa (Legge 20/2002 e seguenti)
Non definito costo retta. (la Regione partecipa con un finanziamento su un costo retta di 115 euro)
Definiti criteri di compartecipazione (con specifico atto). Intervento diretto regione al 50%. Ripartizione sanità sociale quota rimanente al 50%. Indicazione fabbisogno; (L.G. PdZ 1 ogni 40.50.000 abitanti: circa 350; DGR 1168/2006: circa 250 posti). Piano sociale 2008-10: 1 ogni 50.000 abitanti (circa 300).

Residenza protetta (Legge 20/2002 e seguenti).
Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. Definito fabbisogno? (Psr 2003-06, parla di 280 posti). Piano sociale 2008-10 ne blocca l'attivazione.

Residenze disabili legge 20/2000

RSA disabili. Definito costo retta (115 euro/2009). Definito fabbisogno (DGR 1789-2009): 250. Standard: 140 minuti/giorno. **Posti attivi 228** quasi tutti all'interno delle strutture ex art. 26-833 (non definita capacità recettiva struttura).

RSA disabili gravi. Al momento non attivate. Previsione tariffa 154 euro; standard 174 min/die, rap. Op/utenti 0,7/1

Residenza sanitaria riabilitativa estensiva (RSR). Definito costo retta (159 euro/2009). Definito fabbisogno (DGR 1789-2009): 492 posti. Standard: 140 minuti/giorno. **Posti attivi 392** la gran parte all'interno delle strutture ex art. 26-833 (non definita capacità recettiva struttura).

Disabilità e riabilitazione

Lo specifico delle Marche

Come si motiva o giustifica la completa assunzione di oneri per la sanità nelle Rsr estensive, nelle Rsa e nei Centri diurni delle strutture ex art. 26/833?

Ci sono differenze tra gli utenti di queste strutture e quelli ospitati nelle Coser o nei CD della legge 20/2002?

Disabilità e riabilitazione

- La problematica degli interventi diurni e residenziali per persone con disabilità che si connotano come interventi riabilitativi.
- Il concetto di "estensivo" e di "lungoassistenza" nei Lea e Atto indirizzo
- L'aggancio con le LG sulla riabilitazione

Disabilità e riabilitazione

Come stanno cambiando le RSR estensive?

Da residenzialità permanente a Centri di riabilitazione con degenza a termine?

Posti Letto per tipologia di struttura

dati da DGR 1789-2009 e Piano sociale 2008-10

- **Coser:** 176 posti, comprensivi di 40 (o 52?) della Divina Provvidenza. Al 31.12.2006: 139 posti in 14 CoSER (dati Piano sociale)
Presenti in 12 Ambiti
- **Residenza protetta:** 130 posti (non indicato il numero delle comunità). Presenti in 7 Ambiti
- **Rsa disabili:** 228
- **RSR estensive:** 392

Totale offerta sociosanitaria: 926 posti
In 9 Ambiti nessuna offerta residenziale.

Comunità alloggio: 36 posti complessivi (6 comunità). Presenti in 6 Ambiti

Per completare

Riabilitazione Extraospedaliera. Il riordino degli istituti ex art 26 nelle Marche

RSR intensive - Posti presenti: 163; Posti previsti: 202
Standard e tariffa: 259 euro, 180 minuti assistenza (Rapp. Op/ut 1-1; riab 0,3-1)
Dove: s. stefano (P.P. Picena, Villa Adria, Macerata F.) Bignamini

Unità pluriminorati sensitivi Presenti: 56; Previsti 98
Standard e tariffa: 280 euro, (Rapp. Op/ut 1,5-1)
Dove: Lega del Filo D'Oro

Unità coma permanente
Standard e tariffa: 280 euro, (Rapp. Op/ut 1,5-1)
Dove: S. Stefano

Unità gravi insufficienze respiratorie
Standard e tariffa: 280 euro,
Dove: S. Stefano (P.P. Picena, Villa Adria, Macerata F.)
Totale presenti: 80; Previsti 98

Centri diurni posti complessivi

- Centri diurni (legge 20/2000).
323 in 13 strutture (previsione fabbisogno 390)

- Centri diurni (legge 20/2002)
1043 in 69 strutture

Totale attivi: 1366 posti in 82 strutture

Esiste differenza tra CD della 20/00 e CD della 20/02?

Centri diurni l. 20/2000 Finanziamento e tariffa

Centro diurno (seminternato) legge 20/2000

- A completo carico della sanità

Tariffa 2009

- Medio livello: 79,47

- Alto livello: 103,20

- Unità plurisensoriali: 131,34

Psichiatria

- Servizi psichiatrici diagnosi e cura ospedaliera (SPDC) e Strutture residenziali terapeutiche (SRT): complessivamente un posto letto ogni 10.000 abitanti

- Centri Diurni (CD): almeno uno per ogni DSM

Residenzialità

- Strutture residenziali terapeutiche (SRT)

- Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)

- Comunità Protette (CP)

Obiettivo tendenziale: una struttura per ogni tipologia, per ogni DSM. Posti letto: tre ogni 10.000 abitanti.

- Le ZT possono attivare residenze e SPDC con i limiti di 20 e 16 p.l. e non più di due moduli continui e autonomi

Struttura residenziale terapeutica (Srt)

Utenza. Malati in post acuzie; specifiche attività terapeutico riabilitative. Assistenza in fase di stabilizzazione di malattia o in dimissione dal SPDC

Capacità recettiva. Non più di 20 posti

A completo carico del fondo sanitario

Invio da parte del DSM di residenza assistito

Posti attivi: 25 – Fabbisogno 40 (+15)

Presenti anche 10 posti di RST minori – Fabbisogno 20

Struttura riabilitativa residenziale (SRR)

Utenza. Strutture terapeutico-riabilitative per persone clinicamente stabilizzate per le quali si ravvisa la necessità di un ambito residenziale tutelato e per cui sia possibile individuare un obiettivo di miglioramento nell'ambito del trattamento riabilitativo.

Capacità recettiva. Non più di 20 posti per modulo (debbono funzionare come modulo "familiare" o "comunitario" con presenza costante di operatori esperti nelle tecniche di riabilitazione, con i quali il paziente potrà costruire rapporti continuativi nel tempo)

A completo carico del fondo sanitario

Permanenza media 12 mesi – max 3 anni

Posti attivi: 209 – Fabbisogno 282 (+73)

Centro diurno

Struttura con funzioni terapeutico-riabilitative. *L'orario di apertura è determinato con atto del DSM su base annuale secondo la domanda di prestazioni presente nel territorio. Come linea di indirizzo rimane una apertura di otto ore al giorno su sei giorni alla settimana*

Non indicata capacità recettiva. Uno per DSM

A completo carico del fondo sanitario

Posti attivi: 332 (Autorizzati 347)

Non viene definito il fabbisogno (circa 2 posti ogni 10.000 abitanti)

Comunità protetta

Destinata ad utenti

- i cui programmi assistenziali a carattere più specificatamente terapeutico, si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni;
- Deterioramento del nucleo familiare
- uno stato di malattia psichiatrica prevalente (su eventuali altre patologie), perdurante e stabilizzato, tale da richiedere un trattamento continuo

- In tali strutture sono stati ricoverati in via prioritaria gli ospiti degli ex Ospedali Psichiatrici

- Massimo 20 posti per modulo

- Sono previste forme di partecipazione alla spesa a carico degli ospiti in applicazione del D.P.C.M. 14.02. 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie

Posti attivi: 260 – Fabbisogno 322 (+62)

Gruppo Appartamento

- I Gruppi appartamento sono strutture destinate ad un numero massimo di 6 utenti con caratteristiche di autosufficienza e residuo minimo di bisogno assistenziale. I relativi posti letto non rientrano in uno standard predefinito regionale

- Un G.A. per DSM

- Il DSM assicura nei Gruppi appartamento una presenza periodica con propri operatori, in relazione alle reali necessità assistenziali sanitarie dell'utenza, pari all'assistenza domiciliare

Le comunità alloggio della legge 20/2002

I destinatari del servizio sono persone con disturbi mentali, con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario

La Comunità Alloggio offre alla persona con disturbi mentali una abitazione adeguata e confortevole e fornisce ospitalità ed assistenza creando le condizioni per una vita comunitaria parzialmente autogestita, collegati con un servizio di assistenza di carattere domestico, se necessario, e con i servizi territoriali del DSM

Capacità recettiva: massimo 6 posti

D.G.R., 1789/2009, Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche

I servizi ospedalieri

Abbiamo 6496 posti (4.18 per mille abitanti)

- Acuti: 5629 (3.62 per mille)
 - Riabilitazione – lungodegenza: 867 (0,56 per mille).
- Riabilitazione: 360 (0,23 per mille); L.degenza: 507 (0,33 per mille)

Obiettivi. Ridurre il complessivo a 4 per mille: 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione lungodegenza

Quindi: totale 6.200 posti (-300); Acuti da 5637 a 5124 (-513)
Riabilitazione – lungodegenza: da 867 a 1086 (+ 220)
Riabilitazione: + 180. Lungodegenza: + 40

D.G.R. 1789/2009, Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche

Quelli extraospedalieri

(le strutture sono quelle della legge 20/2000, non della legge 20/2002)

- **Riabilitazione** (RSR int/est – Unità speciali residenziali)
- **Disabili** (RSA disabili - Centri diurni)
- **Anziani** (RSA anziani - Centri diurni)
- **Salute mentale** (SPDC, Srt, Srr, CP, - Centri diurni)
