

LE RSA ANZIANI NELLE MARCHE. L'INDIFFERIBILE REGOLAMENTAZIONE

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Si ripercorre la storia di queste strutture, attive dal 1992, attraverso gli interventi normativi regionali. Soprattutto si analizzano le conseguenze della mancata emanazione di fondamentali atti programmatici. Ci si interroga quindi sulle motivazioni che possono avere determinato una situazione che ha prodotto e produce importanti ricadute sugli utenti

Perché la regione Marche non ha mai definito le regole fondamentali di funzionamento delle Rsa anziani quali lo standard assistenziale e la contestuale retta? Come è possibile che il programmatore regionale possa lasciare in un sostanziale vuoto normativo strutture - presenti in tutte le Zone territoriali eccetto una, che funzionano da 17 anni, con una offerta pari a 877 posti¹ - poste a cavallo tra la post acuzie e la residenzialità a "basso impegno sanitario"² (le residenze protette della legge 20/2002 prevedono uno standard infermieristico di 20 minuti al giorno sia per i nuclei per anziani non autosufficienti che quelli con forme di demenza)? Si tratta di una precisa volontà, di inconsapevolezza o di incapacità?

Nel sintetico testo che segue cercherò di spiegare perché è indilazionabile la loro regolamentazione.

UNA BREVE STORIA

Le Rsa nelle Marche nascono nel 1992 a seguito della disattivazione dalla funzione ospedaliera di alcuni presidi ospedalieri³. I posti complessivi sono 280, distribuiti in 15 ex ospedali - che nella gran parte dei casi mantenevano il solo reparto di Medicina -. Si tratta sostanzialmente di un cambio di cartello finalizzato al passaggio dei posti dalla funzione ospedaliera a quella extraospedaliera⁴. Le regole di funzionamento sono dettate dalla Dgr 3240-92 che prevede, in questa prima fase, la gratuità della degenza per i primi 90 giorni e successivamente una contribuzione giornaliera a carico dell'utente pari a 40.000 lire. In realtà queste strutture ospitano per la grandissima parte malati in dimissione ospedaliera che avrebbero dovuto afferire al sistema della post acuzie (riabilitazione-lungodegenza). Posti, carenti nel 2009, quasi

assenti nel 1992. Nella prima fase si prevedeva una copertura giornaliera di 12 ore da parte di un medico dell'Asl e si davano indicazioni per lo standard di personale. Sostanzialmente fino alla fine degli anni 90 nelle Marche i posti di Rsa anziani rimangono quelli derivanti dalla disattivazione della funzione ospedaliera del 1992. Le norme rimangono invariate e le RSA sono a tutti gli effetti dei reparti di post acuzie con la tipica organizzazione ospedaliera (tanto che in molti luoghi non vengono chiamate Rsa ma lungodegenze). Nel 2000 con la legge 20 sulle autorizzazioni sanitarie e i successivi atti (standard e fabbisogno) le Rsa sono costrette a prendere una fisionomia. In realtà ciò non accade, perché viene stralciata la parte sullo standard assistenziale (ogni ipotesi di standard, infatti, risultava incompatibile con la funzione assunta dalle Rsa attive, la maggior parte delle quali continuava ad avere, considerata la tipologia di utenza, una presenza medica a copertura diurna) e per quanto riguarda i requisiti strutturali si cerca di "salvare" gli ex ospedali attraverso blande indicazioni (ad esempio si può avere nel 50% dei posti camere da 4 letti). Intanto con grande lentezza procede la realizzazione di nuove RSA attraverso l'utilizzo dei fondi della legge 67/1998 (art. 20)⁵ che finanziava in Italia la costituzione di 140.000 posti di Rsa attraverso uno stanziamento di 30 mila miliardi di lire⁶.

GLI ULTIMI ANNI

La normativa non varia, il problema continua ad essere ignorato nonostante le sollecitazioni ad intervenire da parte delle associazioni⁷. Si attivano altre Rsa con il quadro normativo descritto. Intanto vengono autorizzate anche alcune Rsa private (ad es., "Abitare il tempo" Loreto, "Anni azzurri" Ancona) che non derivano dalla disattivazione della funzio-

ne ospedaliera e seppur lentamente si attivano posti nell'area della post acuzie in particolare di lungodegenza (codice 60). Nonostante il Piano sanitario del 2003 definisca con precisione la funzione delle Rsa (*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*), non vengono ancora definiti lo standard di assistenza, il conseguente costo retta e la relativa ripartizione tra quota sanitaria e quota sociale. Sempre il Piano sanitario 2003-2006 prevedeva all'interno dei 1320 posti di RSA da realizzare nel triennio anche l'attivazione di "nuclei Alzheimer" per i quali "coerentemente" non è stato indicato alcun fabbisogno, né ovviamente definito lo standard assistenziale.

Le Rsa delle Asl continuano così a funzionare come sempre hanno fatto (ognuna con i propri standard), per quelle private ogni Asl (poi Zone) deve definire (in mancanza di regolamentazione regionale) l'entità della quota sanitaria da corrispondere, lo standard assistenziale ed il conseguente costo retta

complessivo (la quota a carico degli utenti rimane, o meglio rimarrebbe, disciplinata dalla Dgr 3240/1992).

Non rendendosi conto di quale utenza veniva e viene accolta nelle RSA della Regione, nel 2005, a seguito dell'accordo Regione-sindacati⁸, è stata emanata la Dgr 323/2005⁹, che disciplina le modalità di aumento di assistenza (la cosiddetta *riqualificazione*) all'interno delle residenze protette¹⁰ insieme ai criteri tariffari sia delle RP che delle RSA. Pensando, forse, di mettere fine ad un insopportabile privilegio, Regione e sindacati stabiliscono che nelle Rsa la compartecipazione scatterà dopo 45 giorni¹¹. La quota giornaliera a carico dell'utente diventerà di 33 euro (le vecchie 40.000 lire del 1992 erano intanto diventate circa 25 euro) che potrà essere maggiorata o diminuita del 25%. La maggiorazione del 25% va incontro alle tariffe delle Rsa private che già richiedevano agli utenti cifre più alte¹²; Le Rsa pubbliche aumentano la quota e si adeguano ai 33 euro. Così molti malati, che sono costretti a ricoverarsi in una RSA invece che in una struttura ospedaliera di post acuzie, vedono assoggettarsi dopo 45 giorni una richiesta anche nella fase intensiva della malattia di 33 euro al giorno. A seguito delle numerose pro-

Il fenomeno della tratta di persone in Italia

I quattro volumi fanno parte della collana On The Road, sono stati realizzati e curati nell'ambito del progetto Osservatorio Tratta in collaborazione con il Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità: un programma di interventi che intende offrire strumenti, sistemi, attività di monitoraggio del fenomeno della tratta di esseri umani (attraverso una banca dati e il portale www.osservatoriotratta.it). Nel primo testo **Evoluzione del fenomeno ed ambiti di sfruttamento** vengono descritti i criteri e le finalità della ricerca volta a studiare le caratteristiche, le dimensioni numeriche del fenomeno della tratta di persone in Italia e le diverse forme: a scopo di sfruttamento sessuale, lavorativo: il traffico dei minori coinvolti nell'accattonaggio, la prostituzione, il commercio dei corpi, le adozioni internazionali illegali. In **Le norme di tutela delle vittime e di contrasto alla criminalità**, si propone una lettura della normativa in materia di riduzione in schiavitù e tratta di persone, al fine di analizzare i percorsi giuridici previsti nella lotta alla tratta e per la tutela delle vittime, anche attraverso un confronto con la legislazione internazionale e comunitaria. L'argomento viene poi approfondito dal punto di vista dei servizi e delle politiche sociali in **Il sistema degli interventi a favore delle vittime**, che descrive finalità, modelli, strumenti, formazione degli operatori delle azioni adottate da enti e istituzioni: accoglienza, accompagnamento, inserimento lavorativo e sociale evidenziando criticità e proponendo suggerimenti. A conclusione del progetto di ricerca, in **La valutazione delle politiche, degli interventi, dei servizi** si tracciano linee guida e possibili criteri ed indicatori per la definizione di un programma unitario di valutazione degli interventi a favore di vittime di tratta, che tenga conto della complessità del fenomeno e offra informazioni utili per la progettazione di buone prassi operative.

AA.VV., **La tratta di persone in Italia: Evoluzione del fenomeno ed ambiti di sfruttamento**, Angeli, Milano 2007, p. 361, AA.VV., **La tratta di persone in Italia Le norme di tutela delle vittime e di contrasto alla criminalità**, Angeli, 2007, p. 147, Prina Franco, **La tratta di persone in Italia Il sistema degli interventi a favore delle vittime**, Angeli, 2007, p. 240, Oliva Daniela (a cura di), **La tratta di persone in Italia La valutazione delle politiche, degli interventi, dei servizi**, Angeli, 2008, p. 150.

teste¹³, con la DGR 704/2006 la Regione, dopo 16 mesi, modifica i criteri tariffari prevedendo la gratuità per i primi 60 giorni e la possibilità a determinate condizioni (permanenza fase intensiva-estensiva) di una ulteriore proroga della esenzione dopo valutazione della Unità valutativa distrettuale.

Per quanto riguarda standard e costo retta tutto resta immutato.

INTERVENIRE CON URGENZA

Come risulta evidente dalla rapida analisi, continuare a mantenere l'incoerenza tra classificazione e funzione determina un quadro di grossa confusione che coinvolge ciò che sta a monte (riabilitazione e lungodegenza ospedaliera) e a valle (Residenze protette). La Regione in questi 17 anni non è stata capace di intervenire, bloccata (vedi stralcio dello standard assistenziale nel 2000) dal fatto che qualsiasi regolamentazione delle Rsa rendeva impossibile per la stragrande maggioranza delle stesse continuare a funzionare così come stava facendo.

Il risultato è l'incancrenimento della situazione che non può essere più tollerato. I motivi sono diversi:

- man mano che nei territori si adegua la

dotazione dei posti di post acuzie ci si trova in una duplicazione di funzione;

- l'autorizzazione di Rsa, che non derivano dalla disattivazione della funzione ospedaliera, pone problemi del tutto diversi con l'accoglienza non più di post acuti ma di soggetti "stabilizzati";
- aumenta la richiesta di residenzialità permanente per malati gravi a cui non si può pensare di rispondere con meno di 400 posti su tutto il territorio regionale di residenza protetta a 100-120 minuti di assistenza¹⁴;
- cresce la consapevolezza da parte degli utenti rispetto alla ambiguità della struttura (e con aumento dei conflitti) con richieste, da un lato, di indirizzo verso il sistema della post acuzie e dall'altro, ovvero nei casi di stabilizzazione del quadro clinico e impossibilità di rientro a domicilio, verso la residenzialità permanente¹⁵.

La soluzione deve essere pertanto trovata al più presto, collocando le RSA anziani nel ruolo assegnato dalla normativa nazionale (da ultimo DPR 14.1.1997) e dalle indicazioni regionali (PSR 2003-2006). La definizione della funzione della Rsa permetterà così di chiarire il ruolo della post acuzie ospedaliera, della riabilita-

Percorsi di formazione per gli operatori dei servizi sanitari

I libri editi dalla *Franco Angeli*, si propongono come strumenti di formazione ed informazione per i professionisti dei servizi sanitari. I primi due volumi fanno parte della collana *Quaderni della Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso*. **Il gruppo nelle dipendenze patologiche** descrive aspetti teorici e fattori terapeutici della psicoterapia di gruppo nel campo delle dipendenze, vengono inoltre descritti esempi di applicazione con diverse tipologie di pazienti: cocainomani, giocatori d'azzardo, sieropositivi, soggetti anoressici e bulimici, tossicodipendenti in carcere. **Cocaina, psiche e crimine** analizza nella prima parte dimensioni e caratteristiche del fenomeno dei consumatori di cocaina: epidemiologia, modalità d'uso, effetti dell'uso acuto e cronico, sindrome di astinenza, sostanze che vengono frequentemente associate; seguono indicazioni di studio e della pratica clinica per il trattamento. Gli altri due volumi approfondiscono il tema dell'umanizzazione della medicina, sottolineando l'importanza delle dimensioni relazionale ed emotiva tra medico e malato. **Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione** nasce da un progetto di ricerca realizzato presso l'Università di Cagliari, che ha previsto la sperimentazione di modelli didattici rivolti a studenti di medicina e chirurgia per favorire l'acquisizione delle competenze indispensabili per la gestione della relazione e della comunicazione di crisi con il paziente e i suoi familiari. Una di queste modalità di didattica per i medici è analizzata in **Medicina e narrativa**: la narrazione viene presentata come possibilità per apprendere la capacità di ascoltare, capire i bisogni, il vissuto e le paure del paziente che a lui si rivolge; il malato raccontandosi, non descrive solo la sua malattia, ma fornisce indicazioni importanti per avere una visione olistica della situazione ed individuare diagnosi e possibilità terapeutiche; allo stesso modo il medico scrivendo può analizzare le dinamiche del suo modo di entrare in contatto con il malato e la patologia.

G. Campione, A. Nettuno (a cura di), **Il gruppo nelle dipendenze patologiche**, pp. 258, 22.50 euro; P. De Pasquali, A. Costabile, A. Casale, **Cocaina, psiche e crimine**, pp. 136, 17.00 euro; M. Cesa - Bianchi (a cura di), **Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione**, pp. 270, 22.50 euro; A. Virzi, M. Salvi Signorelli, **Medicina e narrativa**, pp. 143, 16.00 euro.

zione intensiva extraospedaliera e della residenzialità permanente. In questa area si collocano (oltre alle strutture rivolte alle persone in stato vegetativo o con gravissime insufficienze respiratorie) anche le Rsa e le Rp destinate ad accogliere entrambe malati non autosufficienti stabilizzati, ma con differenti bisogni assistenziali, che giustificano un differente standard, una maggiore quota sanitaria ed una differente retta. Vanno conseguentemente identificati gli standard assistenziali che la caratterizzano come struttura a più alta protezione sanitaria (compreso la standard dei nuclei Alzheimer), modificati i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali della DGR 2200/2000 e ridefinito un effettivo fabbisogno aumentando di gran lunga i 1320 posti previsti.

Rimane il problema del numero dei posti di RSA collocato all'interno degli ospedali disattivati nel 1992. La situazione deve essere affrontata con determinazione e competenza. Laddove si verificano, ma deve essere davvero fatto, l'impossibilità di adeguamenti strutturali (bisognerebbe peraltro capire lo stato di

attuazione degli interventi previsti con i finanziamenti dell'art. 20 della legge 67/1988) che impediscono cambiamenti organizzativi tali da renderli compatibili con una effettiva RSA, dovrebbe esserne definita la funzione e riveduta la collocazione (autorizzazione). In ogni caso il cambio di funzione non deve andare a discapito dei posti complessivi di Rsa. In alcuni casi si può anche ipotizzare che i posti possano concorrere a determinare quelli di lungodegenza, operando però con le stesse regole della post acuzie (standard e oneri completo carico del fondo sanitario), destinando i posti riclassificati in Rsa.

Mantenere inalterata questa situazione richiama una duplice responsabilità: politica e tecnica. L'inconsapevolezza e l'incapacità, se di questo si tratta, non è compatibile con le funzioni, le competenze e la responsabilità di una Regione. Se si tratta invece di precisa volontà, dovrebbe essere dichiarata e coraggiosamente motivata. In tutti i casi si attende un segnale. □

Note

- 1 Vedi, F. Ragaini, *Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, in www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF
- 2 In questa sede non si affronta il tema della situazione degli anziani non autosufficienti ospiti delle Case di riposo e delle Residenze protette. Si ricorda soltanto che, scandalosamente, degli oltre 4000 malati non autosufficienti ricoverati meno del 10% ricevono l'assistenza socio sanitaria prevista dalla normativa regionale. O per essere più precisi solo per questi il servizio sanitario paga, come da normativa, la metà del costo della retta. Per tutti gli altri o l'assistenza non viene erogata oppure l'utente paga anche parte delle prestazioni sanitarie che per legge sono gratuite. Non più dunque il 50% del costo ma il 75-95%. Per un dettagliata analisi del problema F. Ragaini, *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009; *Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta (RP) e residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani nelle Marche*, in www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF.
- 3 Si elencano di seguito gli estremi delle principali norme regionali riguardanti le RSA: Del. n. 99/1992, DGR 3240/92, l.r. 36/95, Psr 1998-2000, l.r. 20/2000, DGR 2090/2000, DGR 2200/2000, Psr 2003-2006, DGR 323/2005, DGR 704/2006. Per un'analisi complessiva: Cfr., F. Ragaini, *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009; *Presente e futuro delle Rsa nelle Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 4-1999.
- 4 Cfr, F. Ragaini, *Le Rsa nella regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 6-1996.
- 5 F. Ragaini, *Le residenze sanitarie assistenziali. Analisi della normativa*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 1-1997.
- 6 Sulla situazione marchigiana si veda in particolare l'analisi della Corte dei Conti delle Marche. Si tratta del completamento dell'indagine sulla gestione del sistema sanitario della Regione Marche esercizio 2004 e primi risultati 2005. Misure consequenziali alla delibera n. 5/2005/g. La deliberazione del 13 luglio 2006 è consultabile in www.grusol.it. Si veda anche, F. Ragaini, *Sistema sanitario delle Marche e soggetti deboli. Considerazioni sull'indagine della Corte dei Conti*, in www.grusol.it/informazioni/18-01-07.PDF.
- 7 Numerosissime sono le richieste in questo proposito da parte del Gruppo Solidarietà e del Comitato Associazioni Tutela. Tutte consultabili in www.grusol.it/vocesociale.asp.
- 8 Dgr 1322-2004, "Protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza".
- 9 "Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti"
- 10 Vedi, *Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta (RP) e residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani nelle Marche*, in www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF.
- 11 Tranne alcune eccezioni, (dopo 30 giorni se proveniente dal reparto di lungodegenza; dopo 60 se non esistono posti di lungodegenza nella Zona territoriale, ecc..)
- 12 Vedi, *Rsa anziani "Anni Azzurri". Dove sono i forti, dove sono i deboli*, in www.grusol.it/vocesociale/19-02-09.PDF.
- 13 Vedi, *RSA anziani nelle Marche. A pagamento le prestazioni anche nelle fasi intensive della malattia*, www.grusol.it/vocesociale/04-03-2006.asp, Regione Marche. *Aumenti delle quote alberghiere Rsa anziani*, www.grusol.it/vocesociale/27-02-2006.asp.
- 14 Vedi nota 2.
- 15 Sul tema dei diritti degli utenti, rimandiamo alla Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie predisposta dal Comitato Associazioni Tutela (CAT); scaricabile in www.grusol.it/informazioni/guida2008.pdf.