

L’assistenza residenziale per anziani non autosufficienti e persone con demenza nelle Marche (prima e dopo il coronavirus)

Il Quaderno, documenta (dal 2010) la situazione dell’assistenza residenziale per anziani non autosufficienti e soggetti con demenza. Una parte, rilevante, è dedicata alla situazione delle residenze protette (RP) che rappresenta l’offerta residenziale maggiormente significativa. Tra i temi affrontati: le modalità di accesso, la tipologia di utenza, le liste di attesa, la risposta a situazioni di demenza. Alcune delle schede redatte nel periodo 2020-22, affrontano il tema dell’assistenza residenziale a fronte dell’emergenza coronavirus. Da ultimo gli approfondimenti si concentrano sulla situazione delle persone con demenza. Altri approfondimenti in [Osservatorio Marche](#). **(Aggiornato al 20 giugno 2024. Le schede sono pubblicate in ordine cronologico).**

18 aprile 2024

- Presidente componenti Giunta regionale
- Presidente e componenti IV Commissione
- Consiglieri regionali

Oggetto: Rette a carico degli utenti nelle strutture residenziali per anziani.

Il costo delle rette a carico degli utenti nelle residenze per anziani è un problema che sta assumendo proporzioni sempre più importanti con impatti molto pesanti sugli utenti e quasi sempre sui loro nuclei familiari. Nella tabella, l’extrapolazione effettuata dal Gruppo Solidarietà sulle prestazioni aggiuntive a carico degli utenti nelle residenze protette della provincia di Ancona (la quota indicata è aggiuntiva ai 33 euro di quota base).

Un tema che andrebbe collocato, all’interno del contesto più ampio dell’assistenza residenziale che comprende, solo per citarne alcuni:

- a) la distanza tra domanda e offerta dei posti convenzionati con conseguenti lunghissime liste di attesa;
- b) l’offerta assolutamente inadeguata di posti rivolti a persone con demenza;
- c) l’inadeguatezza degli standard assistenziali delle residenze protette per molti degli utenti ricoverati;
- d) la genericità dei criteri di accesso, cui la Regione rimanda da anni la definizione; alle strutture;
- e) l’assoluta assenza di qualsivoglia riflessione sui modelli di questi servizi;
- f) la presenza in posti per autosufficienti di anziani non autosufficienti o con demenza.

Situazioni che abbiamo documentato a più riprese (vedi approfondimenti in calce alla lettera).

Ora, anche sulla scorta dei dati sopra riportati, vogliamo porre l’attenzione sull’enorme problema delle rette a carico degli utenti. La cui entità, in aumento di anno in anno, pone seri ostacoli all’accesso. Peraltro, senza poter contare su dati verificati, l’impressione è che, nella gran parte dei casi e senza generalizzazioni, i Comuni (ed anche questo sarebbe un interessante dato da esplorare), partecipano alla retta solo in casi molto limitati e quasi mai applicando la normativa vigente in tema di ISEE.

Come si può evincere dall’analisi della tabella (confronto rette biennio 2022/2024): nelle 45 residenze protette convenzionate della provincia di Ancona, 37 prevedono oneri aggiuntivi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovrebbero ricadere in tutto o in parte sul servizio sanitario; in 28, la retta supera i 45 euro giorno, in 18: 50 euro; in 5, si superano i 60 euro. La quota massima raggiunge oltre 76 euro/giorno.

"Quaderni Marche". Dossier sulle politiche regionali - 4/2014

Aggiornato al 20 giugno 2024

Segnaliamo inoltre che nelle convenzioni 2023 le AST di Fermo e Macerata non hanno indicato, seppur previsto dalla convenzione, gli oneri aggiuntivi a carico degli utenti oltre la retta base (allegato a2 della convenzione).

Andrebbe inoltre verificata la corrispondenza della retta nei casi in cui la quota aggiuntiva è estremamente bassa o in quelle (anzi quella) la cui retta risulterebbe addirittura diminuita.

Altra questione, come recentemente portato all'attenzione, la quota che la RSA Dorica del Gruppo KOS chiede agli utenti, oltre 60 euro/giorno, nonostante le disposizioni regionali stabiliscano la quota massima in 42,50 euro.

A fronte di un quadro di queste dimensioni chiediamo alla Giunta, alla IV Commissione, ai consiglieri regionali, ognuno per le proprie competenze e responsabilità di affrontare la questione che non può prescindere dall'analisi rigorosa dei punti, sommariamente sopra indicati. Analisi che non può prescindere dal coinvolgimento di tutti gli attori, nessuno escluso.

Gruppo Solidarietà

STRUTTURA	QUOTA GIORNO 2023	QUOTA GIORNO 2024	quota giorno 2022
FONDAZIONE OPERA PIA LAVATORI MARIANI-TRE CASTELLI	12,70*	12,70*	12,70
RESIDENZA PROTETTA STELLA MARIS-SENIGALLIA	.	20,00*	16,47
VILLA LEANDRA SERRA DE' CONTI	6,14*	5,04*	6,14
FONDAZIONE S. MARIA GORETTI-CORINALDO	17,3	17,3	17,3
FONDAZIONE CITTA' DI SENIGALLIA-SENIGALLIA	18,95*	18,95*	17,96
FONDAZIONE MORONI ANTONINI MORGANTI-OSTRA	19,32*	19,65*	16,91
FONDAZIONE MASTAI FERRETTI-SENIGALLIA	16,00*	16,00*	18,72
FONDAZIONE CASA DELL'OSPITALITA' FEDERICO MARULLI-OSTRA VETERE	14,70*	14,70*	14,08
FONDAZIONE CASA DI RIPOSO A.CONTI-MERGO	13,06*	13,06*	9,41
CASA DI RIPOSO RESIDENZA PROTETTA-MORRO D'ALBA	14,72*	15,58*	14,16
RESIDENZA PROTETTA VILLA IL COLLE-STAFFOLO	9,94*	9,94*	9,94
CASA DI RIPOSO RESIDENZA PROTETTA VILLA CELESTE-ROSORA	19,60*	19,65*	17,2
CASA RELIGIOSA S. VINCENZO DE PAOLI -JESI	16,00*	11,80*	16,5
FONDAZIONE OP VERRI BERNABUCCI - UCCELLINI AMURRI-BELVEDERE OSTRENSE	30,9	32,75	11,50
FONDAZIONE IL CHIOSTRO-FILOTTRANO	17,00*	17,00*	16
FONDAZIONE GREGORINI-S. MARCELLO	24,06*	24,06*	24,29 (7,50 se ca sing
CASA RIPOSO COMUNALE GESTIONE POLIS santa maria nuova	16,65*	16,65*	16,65
FONDAZIONE P. GIOVANNIPAULO II-CUPRAMONTANA	19,467*	19,467*	19,19
FONDAZIONE G. SPONTINI-MAIOLATI SPONTINI	16,80*	16,80*	16,02
CASA RIPOSO VITTORIO EMANUELE II-JESI	8,49*	8,49*	8,49
CASA RIPOSO FELTRANI FILATI-CINGOLI	9,39*	9,39*	9,39
CENTRO RESIDENZIALE ANZIANI-MONTECAROTTO	10,97*	11,24*	8,1
RP ROSSI BATTAGLIA-APIRO	11,37*	11,37*	11,37
RESIDENZA PROTETTA GIOVANNIPAULO II-CERRETO D'ESI	11,49	11,49	4,62
RPA REFI-CERRETO D'ESI	11,49	11,49	4,62
CASA RIPOSO VITTORIO EMANUELE II-FABRIANO	13,03*	13,03*	3,28
CASA RIPOSO COMUNALE-SASSOFERRATO	10,80*	9,00*	5
CASA RIPOSO N.S. DALL'ORTO-SERRA S. QUIRICO	8,1	8,1	8,1
RESIDENZA ZAFFIRO 600104-ANCONA	33,00*	33,00*	39
RESIDENZA ZAFFIRO 600662. 600663-ANCONA	40,00*	40,00*	
KOS CARE RESIDENZA DORICA-ANCONA	24,00*	28,00*	24
VILLA ALMAGIA'-ANCONA	2,4	2,4	2,4
RESIDENZA PROTETTA BENINCASA-ANCONA	1,58	1,58	1,58
VILLA GETSEMANI-MONTESICURO (AN)	40,00*	40,00*	39
RESIDENZA PROTETTA VISINTINI-FALCONARA MARITTIMA	18,24*	20,03*	16,51
RESIDENZA PROTETTA LA GINESTRA-CHIARAVALLE (AN)	9,50*	9,50*	9,5
RESIDENZA PROTETTA MAROTTI-MONTEMARCIANO	8,00*	8,00*	8
RESIDENZA PROTETTA E.MEDI-MONTE SAN VITO	9,84*	9,84*	9,84
FONDAZIONE OSIMANA BAMBOZZI-OSIMO	25,59*	25,59*	25,59
RP CASA ERMES-LORETO	20,75	20,75	16,75
RESIDENZA ANZIANI VILLA RECANATESI-OSIMO	27,67*	27,67*	27,3
RESIDENZA MORDINI-CASTELFIDARDO	18,23*	20,00*	16,5
CASA RIPOSO OASI AVE MARIA-LORETO	20,60*	20,60*	20,6
CASA RIPOSO OPERA PIA CECI-CAMERANO	21,95*	21,95*	21,95
GRIMANI BUTTARI-RES. BELVEDERE	37,54*	39,58*	28,92
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA SORRISO NON AUTOSUFFICIENTI	35,96*	38,78*	36,15
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA SORRISO DEMENZE	37,64*	41,09*	38,29
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA MIMOSE	30,69*	34,74*	31,02
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA ROSE NON AUTOSUFFICIENTI	42,09*	38,94*	38,39
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA ROSE DEMENZE	44,38*	43,24*	40,53
GRIMANI BUTTARI RESIDENZA SOLLIEVO	32,62*	37,08*	33,4

12 marzo 2024

L'imbarazzante vicenda della residenza (RSA anziani) “Conero-Anni Azzurri”

Il Gruppo KOS chiede 60 euro di retta giornaliera (oltre gli 82,50 di quota sanitaria), invece dei 42,50 stabilito dalla regione Marche. Nonostante, più di dieci anni fa su ricorso degli utenti, abbia già dovuto restituire somme indebitamente percepite. Ma né l'interrogante (presidente del Consiglio) né, soprattutto, l'assessore alla sanità dimostrano di conoscere le norme regionali sulle (mai nominate) RSA anziani. Se non conosci le regole, evidentemente non puoi farle rispettare. Ma è altrettanto evidente che, se a non conoscerle è l'assessore competente, siamo di fronte ad un bel problema.

Nella seduta del Consiglio regionale del 5 marzo 2024 è stata discussa l'interrogazione [1046](#) presentata dal Presidente Latini avente per tema, *Aggiornamento retta giornaliera "Residenza Conero – Anni Azzurri" KOS Care Srl Santo Stefano per l'anno 2024*. L'interrogante segnala che con decorrenza marzo 2024 la retta subirà un aumento di 5 euro/giorno, che si aggiunge all'aumento di 7 euro del gennaio 2023, per un complessivo giornaliero pari a 60 euro (1800 euro mese). La richiesta finale non brilla per chiarezza. Si chiede di conoscere *“tutti gli adempimenti tecnici che si intendono attuare in merito all'aumento delle rette giornaliere per l'anno 2024 deliberato dalla società KOS Care srl per il mantenimento ed il miglioramento della qualità del servizio prestato agli ospiti residenti presso la struttura Residenza Conero – Anni Azzurri al fine di tutelare gli impatti economici e sociali della decisione stessa”*

Risponde l'assessore alla sanità e servizi sociali, Filippo Saltamartini ([qui dal minuto 36,24](#)). Segnala che la quota sanitaria della struttura è superiore al 50% previsto dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza (ricordiamo che la ripartizione al 50%, in base alla normativa sui [LEA](#), riguarda le strutture di *lungoassistenza/mantenimento* e non per quelle *estensive* come sono [classificate](#), le RSA anziani nelle Marche); auspica un aumento del finanziamento regionale per queste strutture (non dice di che tipo) al fine di ridurre le rette, cui sono chiamati dal codice civile parenti e familiari; richiama la legge sulla concorrenza al fine di poter premiare le strutture che praticano rette più contenute; ma ricorda che l'aumento delle rette attiene a *“scelte di politica aziendale su cui la Regione e le AST hanno limitato potere di incidenza”*. Il presidente Latini, in sede di replica si ritiene soddisfatto della risposta dell'assessore.

Ma ... che cos'è la Residenza Conero Anni Azzurri?

Cosa sia la [Residenza Conero Anni Azzurri](#) non si evince né dall'interrogazione, né dalla risposta. Non solo rispetto alla tipologia di struttura, ma anche alle persone ospitate/ricoverate. Si può interrogare e rispondere senza fare mai riferimento alla tipologia di struttura e alla conseguente regolamentazione? Di che struttura si tratti non è neanche facile capirlo dalla [Carta dei Servizi](#) della “Residenza dorica”. Solo dopo 71 pagine scopriamo che si tratta di una RSA anziani.

Nell'[Accordo 2019-21](#) (pag. 57) apprendiamo che la RSA è accreditata per 84 posti di cui 82 convenzionati. 72 sono i posti per anziani e demenze; i restanti 10 sono rivolti a *“psichici e ex Opg ad esaurimento”*. Per quanto riguarda le tariffe: - RSA anziani: tariffa 123 euro/giorno; quota sanitaria, 80,50 euro giorno; - RSA demenze: tariffa 128 euro/giorno; quota sanitaria, 85,50 euro giorno. Per quanto riguarda i *soggetti psichiatrici*: per ex OPG: tariffa 122,08 (100% sanità ed

indennità di accompagnamento versata all’ASUR); per: “psichiatrici cronici e/stabilizzati”: quota sanitaria 93,04 (non specificata quota sociale).

Cominciamo allora a capire meglio di cosa parliamo: una struttura classificata come RSA anziani. **Le Marche hanno regolamentato dal punto di vista tariffario queste strutture?** Sì. Lo hanno fatto nel 2014 attraverso un Accordo tra Regione e soggetti gestori. Compreso ovviamente il Gruppo KOS. Si tratta della Dgr [1331/2014](#) che, nell’allegato C, stabilisce quanto paga il servizio sanitario e quanto paga (quota sociale) l’utente e/o il Comune (perché, assessore Saltamartini, l’utente è tenuto a compartecipare sulla base dei criteri definiti sulla normativa ISEE, che definisce anche chi sono i soggetti obbligati (non in base al codice civile). Se quei redditi sono insufficienti è tenuto ad intervenire il Comune. **La retta a carico dell’utente, così come definita dalla regione Marche è di 42.50 euro.** Che questa sia la quota “insuperabile” a carico dell’utente, l’ha confermato la Regione stessa, nel gennaio 2022, con una [comunicazione al Difensore civico regionale](#), a seguito di nostra richiesta. Poteva forse non saperlo il presidente del Consiglio regionale, che interrogava, ma non l’assessore alla sanità che rispondeva.

No, caro assessore, le strutture quando sono convenzionate, come lo è “Anni Azzurri”, devono rispettare le vigenti normative e se le violano spetta alla Regione intervenire perché ciò non accada. Se il gruppo KOS ritiene che le regole fissate non siano per loro remunerative, cessi il regime convenzionale e offra i propri servizi ai prezzi che ritengono adeguati, ponendosi liberamente nel libero mercato (in questo caso a circa 145 euro/giorno).

Più di dieci anni fa gli utenti, attraverso un ricorso al TAR delle Marche (vedi negli approfondimenti) rivolgendosi alla magistratura, sono riusciti ad imporre al Gruppo KOS il rispetto delle norme vigenti. Un fatto che almeno l’assessore Saltamartini e con lui i dirigenti dell’assessorato, avrebbe dovuto ben conoscere.

L’irriducibile ostinazione del Gruppo KOS Care

Nonostante l’ultima pronuncia del TAR marchigiano, riguardante Anni Azzurri, non sia lontana (n. [320/2019](#)), ed abbia ricordato che è illegittimo richiedere quote diverse da quelle stabilite per legge, il Gruppo KOS rilancia con una quota aggiuntiva a quella stabilità di 17.50 euro giorno cui si aggiungono i costi per il lavaggio degli indumenti. In sostanza un giorno di degenza in RSA anziani costa circa 145 euro (80.50 di quota sanitaria, 60 di quota utente + costo lavaggio indumenti), contro le 123 tariffate dalla Regione.

A fronte della ostinazione del Gruppo KOS, constatiamo che l’assessore alla sanità ed i suoi uffici non conosce (ritenendo che la struttura possa agire senza alcuna regola) la normativa regionale sulle RSA anziani; ciononostante il presidente del Consiglio regionale si ritiene soddisfatto di una risposta platealmente inadeguata.

Ai familiari che, presumibilmente, si sono rivolti al presidente del Consiglio, consigliamo di rivolgersi ad un buon avvocato. Ci vorrà pazienza, ma quanto indebitamente richiesto e versato, a meno di impensabili interpretazioni normative, tornerà, come giusto, nelle loro disponibilità. Lo comunichino poi all’assessorato, per evitare che tra qualche anno quando il Gruppo KOS Care proverà ad aumentare le tariffe, non rispettando le norme regionali, l’assessore, di turno, risponderà correttamente.

Per approfondire

[TAR Marche. RSA Anni Azzurri. Restituzione utenti quote versate indebitamente](#)
[TAR Marche. RSA Anni Azzurri. Quote a carico degli utenti. Sospeso accordo con la Regione](#)
[Tariffe utenti RSA Anni Azzurri di Ancona. Sulla sospensiva del TAR Marche](#)
[RSA "Anni Azzurri". Non convince la risposta della Regione](#)
[Problematiche servizi anziani non autosufficienti e Residenza "Anni Azzurri"](#)
[A proposito dell'Accordo tra Regione - Asur e RSA "Anni Azzurri"](#)
[Quote utenti RSA "Anni Azzurri" e nelle RSA e RP anziani](#)
[Rsa anziani "Anni Azzurri". Dove sono i forti, dove sono i deboli](#)

5 giugno 2023

Persone con demenza nelle residenze per anziani delle Marche Quante, dove e con quale assistenza

Nelle residenze sociosanitarie delle Marche sono 2.587 le persone con demenza ricoverate (in totale il 41% nei posti convenzionati) a fronte di 649 posti specificatamente dedicati. Il 34% (1.938 persone) è ricoverato in posti non dedicati. Sono questi alcuni dei dati forniti dalla regione Marche in risposta ad una interrogazione del consigliere Mastrovincenzo nella quale si chiedeva quante fossero le persone con demenza ricoverate e quanti i posti effettivi loro dedicati. Ma il dato sostanziale è ancora più pesante. Non più della metà dei posti indicati sono effettivi e nella rilevazione regionale non sono indicate quante persone con demenza vivono in residenze per autosufficienti (CdR) e nei posti non convenzionati (se ne possono stimare altre 700). In questo contesto sconcerata che la Proposta di Piano sociosanitario licenziata nei giorni scorsi dalla giunta non assuma alcun impegno a riguardo.

Lo scorso 28 marzo il Gruppo Solidarietà ha scritto al presidente della giunta regionale, all'assessore alla sanità e servizi sociali, al presidente della IV Commissione Consiliare e ai Commissari delle Aziende sanitarie [una lettera](#), nella quale portava alla loro attenzione la situazione dell'assistenza residenziale rivolta alle persone con demenza, mettendo in evidenza come, a fronte di una enorme domanda, seppur non quantificata con dati regionali, i posti convenzionati, oltre ad essere inadeguati, fossero anche per la gran parte formali e non sostanziali. Riprendendo il dato regionale dei [599](#) posti per persone con demenza nelle Residenze protette si affermava *"Sono dislocati in 55 residenze. - 131 posti sono in 30 residenze con convenzione da 1 a 9; - 160 in 13 residenze da 10 a 19; - 308 posti in 12 residenze da più di 20 posti. Quanti di questi assicurano un servizio dedicato, che significhi specificamente progettato e realizzato sulla base delle esigenze peculiari delle persone con demenza ricoverate? Non si sa. Di sicuro la gran parte di quei 599 posti attualmente non rispondono a questo criterio, e la maggioranza di questi non lo sarà neanche in futuro"*. Il dato delle RSA [aggiornato al 2019](#) indicava 40 posti. Se ne potevano supporre di più.

Successivamente, in data 5 aprile, il consigliere Mastrovincenzo riprendendo i contenuti della lettera presentava una interrogazione a risposta scritta, nella quale chiedeva di conoscere:

- quante persone con demenza sono ricoverate nelle strutture residenziali della regione Marche;
- come si intende evitare il paradosso che posti convenzionati e dunque dedicati non siano tali;
- quali interventi si intendono intraprendere per garantire l'effettiva offerta di posti dedicati e specializzati.

Nella risposta della regione Marche del 12 maggio ([QUI a pag. 5](#)) si forniscono alcune risposte. Non tutte quelle richieste, ma largamente sufficienti a confermare l'intollerabile distanza, non solo in termini quantitativi, tra necessità e qualità della risposta. Una distanza che viene

finalmente “bollinata”, ma già straordinariamente evidente a tutti i soggetti coinvolti. La risposta offre quindi l’opportunità per ulteriori riflessioni. Ma prima partiamo dal dato regionale (vedi le tabelle allegate).

Quanti posti convenzionati complessivi di RP e RSA anziani (comprese demenze). Sono **6.286**. Nelle RP **4.981** e **1.305** nelle RSA.

Quanti posti convenzionati di RP e RSA per persone con demenza. Sono **649**. Nelle RP **599**, in 55 strutture e **50** nelle RSA, in 3 strutture (riteniamo che nelle RSA i posti dedicati/effettivi siano di più).

Quante sono le persone con demenza ricoverate in queste strutture? Sono **2.587**. Nelle RP **2.107** e **580** nelle RSA. Complessivamente il **41%** dei ricoverati nei posti convenzionati.

Di questi, **1.938** sono in un posto non dedicato/appropriato: **1.508** (34,4%) nelle RP e **430** (34,2%) nelle RSA.

Posti non convenzionati e non autosufficienti in posti per autosufficienti. Fin qui il dato rispetto ai posti convenzionati per non autosufficienti. Ma a questi dobbiamo aggiungere (l’interrogazione risponde solo a riguardo dei posti convenzionati) quelli presenti nei posti non convenzionati e in quelli per autosufficienti. Prendendo a riferimento il dato del 41%, se ne possono stimare circa 300 nei posti non convenzionati e 400 in quelli per autosufficienti (2.000 posti, di cui 50/60% occupato da non autosufficienti e circa 40% con demenza). **In totale circa 700** che aggiunti ai 1.938 portano a circa **2.600 persone con demenza ricoverate in posti non dedicati**.

Vediamo perché in realtà il numero è ancora più alto. Ma come abbiamo spiegato nella [nostra lettera](#), il numero dei posti effettivi/sostanziali è molto più basso di quelli indicati, che sono solo formalmente attivati. Si può stimare che l’offerta effettiva dedicata sia inferiore di almeno il 35% rispetto a quella indicata. Ciò significa che, rispetto ai 649 posti indicati, sono operativi circa **450 posti**. Si possono stimare dunque **almeno 3.000 persone con demenza ricoverate** nelle residenze della Regione. **Di queste, solo circa il 15%**, sono ricoverate in posti dedicati.

Questo “dentro”. Poi c’è il “fuori”: la lista d’attesa. Ma questi numeri, purtroppo, non dicono ancora tutto della distanza tra domanda e offerta. A [fine 2021](#) la Regione certificava una **lista di attesa** nelle RP/RSA di **2.500 persone**. Solo il 15%, risulterebbero in lista per demenza. Un dato che appare fortemente sottostimato. Ad esempio, nel 2022 il Distretto di Jesi indicava che il [50% degli anziani in lista di attesa](#) nelle sole RP era costituito da persone con demenza. Se ne possono aggiungere **almeno altri 1.000**.

La rilevazione del dato. Il dato rilevato ed oggi comunicato risulta prodotto¹ dalla recente comunicazione effettuata dalle singole strutture, a seguito di una richiesta della Regione. Significa che fino ad oggi la regione Marche non aveva il quadro della situazione delle persone con demenza ricoverate nelle residenze.

Posti convenzionati o anche dedicati? Prima di andare a verificare la programmazione regionale, torniamo sulla situazione dei posti dedicati che però non sono tali. Come si può verificare, la Regione non ha risposto alla domanda: *come si intende evitare il paradosso che posti*

¹ Alcune residenze, il mese scorso, ci hanno informato della richiesta del Distretto sanitario che chiedeva di conoscere quante persone con demenza fossero ricoverate nella struttura.

convenzionati, e dunque dedicati, non siano tali. La questione è infatti cruciale. A fronte della sproporzione del rapporto tra domanda e offerta, la risposta regionale afferma: *“Nell’ambito della completa rivalutazione multidimensionale degli ospiti presenti nelle sopraccitate strutture, prodromico alla nuova richiesta di ri-autorizzazione che le strutture stesse dovranno presentare secondo i nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento, si provvederà a riqualificare l’attuale offerta di residenzialità prevedendo appropriati posti letto per le persone affette da demenza secondo le effettive necessità esistenziali”*. È del tutto evidente che aumentare il numero dei posti, facendolo così come è stato fatto finora, non affronta alla radice il problema. **Non c’è solo carenza di posti dedicati, ma molti di quelli tali lo sono solo formalmente ma non sostanzialmente.** Convenzionare, come si è fatto fino ad oggi, qualche unità di posto per demenze all’interno delle strutture è programmaticamente insensato e se risponde a qualche interesse non è certo quello delle persone con demenza e delle loro famiglie.

Cosa prevede la programmazione regionale? Andiamo a vedere ora cosa prevede la programmazione regionale. Dalla più “antica” alla più recente: la più *antica* è il Piano di fabbisogno del 2017. La Dgr [1105](#)³ prevedeva la **contrattualizzazione di 1.100** posti per anziani con demenza (800 di RP e 300 di RSA). Attualmente saremmo al 59% di quelli previsti. Mancherebbero, rispetto alla programmazione 450 posti, ma come abbiamo visto sopra, il numero rimane comunque straordinariamente basso (1.938 le persone con demenza nei posti convenzionati per anziani non dedicati, ipotizzabili altri 600 negli altri posti). La più recente è la [Proposta di Piano sanitario della giunta](#) che sul punto (pag. 48 e seguenti) non offre alcuna [indicazione](#). Si rimane sconcertati, perché, a fronte di dati (regionali) tanto inequivocabili quanto drammatici, nulla si indica in proposito. Dati, peraltro, che avrebbero dovuto trovare spazio in un atto programmatico qual è il PSSR.

Residenzialità dedicata ma non solo. Chi ha letto fin qui non crediamo abbia bisogno di molti commenti. Non c’è solo l’evidenza della inadeguatezza della risposta che, non dimentichiamolo, provoca sofferenza nelle persone e si traduce nella negazione del diritto alla cura. C’è anche tutta la disattenzione, la trascuratezza, la noncuranza, di un sistema dei servizi, che dimostra anche una grave inadeguatezza etica. È grave e triste non solo non dare risposte adeguate, ma non curarsi di verificare se quelle poche che proponi diano risultati.

Qui abbiamo affrontato la sola questione dell’assistenza residenziale, ma la questione deve essere affrontata ad un livello più generale. Per chi si impegna a mantenere a domicilio una persona con demenza severa il compito, a fronte della scarsità dei sostegni, è improbo. Chi ricorre alla istituzionalizzazione, deve fare i conti con la realtà che abbiamo descritto. Occorre un investimento non solo in termini di risorse economiche, ma anche organizzativo e progettuale. Oggi, va detto, è totalmente assente. Sul versante residenziale è inaccettabile un aumento dei posti che non passi attraverso una riorganizzazione del sistema di offerta, a partire dalla revisione dei criteri di [autorizzazione](#). I posti dedicati devono essere tali e non una finzione⁴.

² Forse per un refuso si intendeva “assistenziali”. Ma la definizione *necessità esistenziali* sembra decisamente migliore.

³ Il Piano di Fabbisogno è stato modificato e integrato attraverso le cosiddette [progettualità prioritarie](#) previste nella stessa Dgr, ma che sembrano essere andate in una direzione ben diversa da quella indicata e auspicata.

⁴ Sul punto sarebbe auspicabile una chiara, inequivocabile presa di posizione degli enti gestori. Le legittime rivendicazioni tariffarie (per le RP) andrebbero accompagnate da altrettanto chiare prese di posizione riguardo aspetti, come in questo caso, attinenti la qualità di vita delle persone.

L’interrogazione ha avuto il merito di far venire alla luce una realtà nota ma che preferiamo non vedere, nascondere o peggio camuffare. Sta alla responsabilità di ciascuno di noi fare in modo che questo non continui ad accadere.

Per approfondire

[Offerta residenziale alle persone con demenza: rendere effettivi i posti dedicati.](#)

[Cambiare i requisiti di funzionamento dei servizi. Associazioni sollecitano la Regione.](#)

Quaderni Marche, [I nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali e sociosanitari diurni e residenziali](#)

24 febbraio 2023

Anziani non autosufficienti, residenze, oneri sanitari e rette sociali. Sulla risposta della regione Marche alle interrogazioni consiliari.

Il commento alla [risposta](#) alle interrogazioni di seguito riportate

- **Detraibilità spese per prestazioni sanitarie.** Il tema “detraibilità” richiama quello più generale del trasferimento di oneri per prestazioni sanitarie sulla quota sociale a carico dell’utente. E’ positivo, nella risposta regionale, il richiamo all’obbligo delle strutture di certificare tale spesa (quando, ovviamente, assunta) ed all’impegno della Regione di rivedere il modello di convenzione delle residenze protette, [Dgr 1729/2010](#), con la definizione di adeguata modulistica⁵. Ma la questione non riguarda, come indicato, le sole residenze protette convenzionate, ma anche quelle autorizzate, ma non convenzionate; le Case di Riposo (e tutte le altre strutture sociali) che accolgono anziani non autosufficienti; le comunità protette dell’area salute mentale, derivate dalla riconversione di posti di residenza protetta anziani; le RSA anziani/demenza convenzionate. Solo nell’area anziani si tratta di qualche migliaio di posti. Potrebbe, peraltro, anche riguardare le residenze per persone disabili. Nelle ultime settimane, riguardo ai **posti convenzionati** di residenza protetta anziani sono state pubblicate le convenzioni riferite all’anno 2022 di [AV2 Ancona](#), [AV4 Fermo](#), [AV1 Pesaro](#). Abbiamo estrapolato per ogni convenzione l’allegato A2, riportandolo in allegato alla determina. È possibile constatare in quante convenzioni siano presenti prestazioni aggiuntive di tipo sanitario a carico degli utenti. Non è una sorpresa. Non potrebbe essere diversamente, considerato il rapporto tra standard assistenziale, tipologia di ricoverati e tariffa convenzionata. Per questo il tema “detraibilità” richiama quello più generale degli standard, delle tariffe e di chi le paga. Un sistema che si alimenta di nulla o scarsa trasparenza e in alcuni casi di plateale inconsapevolezza. Dunque in forte relazione con il contenuto dell’altra interrogazione. Appare pertanto opportuno che il tema non venga affrontato solo con la revisione della modulistica delle residenze protette anziani convenzionate.

- **Anziani non autosufficienti in strutture sociali per autosufficienti.** La risposta regionale, sostanzialmente, non risponde ad alcuna delle tre richieste. Richiama la normativa in tema di verifiche e controlli, ribadendo natura e finalità delle Case di Riposo. Rimanda alla possibilità del monitoraggio entro il termine massimo (settembre 2023) per le nuove autorizzazioni. Un escamotage per non rispondere ed astenersi dal dire quanti siano gli anziani non autosufficienti che stanno in strutture per autosufficienti, di quale assistenza usufruiscano, chi ne abbia disposto

⁵ La Regione Lombardia, ad esempio, è intervenuta con specifica delibera, [Lombardia. Detraibilità e deducibilità rette servizi sociosanitari](#).

il ricovero, quali responsabilità afferiscano alle Unità valutative distrettuali. Anche in questo caso la Regione assume l’impegno di intervenire a seguito di “segnalazione puntuale”. È dunque importante che il tema torni con forza all’attenzione pubblica e quindi politica. Solo se questo accade si potrà garantire il diritto alla fruizione di adeguati servizi sociosanitari e nel contempo mettere fine a prassi illegittime⁶. Ognuno di noi deve sentire la responsabilità di rendere questo sistema **trasparente**. Per le Istituzioni si tratta, dovrebbero saperlo, di un dovere.

- **Piano di fabbisogno sociale**. Nella stessa interrogazione si chiede conto della mancanza del Piano di fabbisogno riguardo alle strutture sociali. La risposta regionale spiega le motivazioni. La questione è di estrema delicatezza. Basti ricordare cosa è successo negli anni scorsi quando al *tetto autorizzabile* delle strutture diurne e residenziali sanitarie e sociosanitarie (legge 20/2000), faceva da contraltare l’assenza dello stesso per quelle sociali e sociosanitarie della legge 20/2002. Per tutte valga la situazione dei servizi residenziali per la salute mentale. Le nuove “strutture” si autorizzavano (con i corrispondenti standard) attraverso la legge 20/2002 come comunità alloggio o anche come comunità o residenze disabili; poi andavano a contrattualizzare accordi con l’azienda sanitaria. È un esempio di quella che abbiamo definito “incoerenza tra classificazione e funzione”: strutture deputate ad una funzione diversa da quella per le quali sono state autorizzate. Una situazione ancora non completamente sanata. A conferma, si veda il recente decreto che assegna contributi alle strutture sociali. i beneficiari dei contributi [Covid-19. Beneficiari contributi residenze sociali \(Dcr. 63/2022\)](#). Vedi in proposito anche i *Quaderni Marche*: [Gli Accordi tra ASUR e soggetti gestori dei servizi sociosanitari](#) e [Dopo le delibere sui servizi sociosanitari su criteri tariffari, standard, quote sanitarie e sociali](#).

Perché la questione determina allarme? Perché non c’è motivo di pensare che, se fino ad oggi si è consentita, anzi si è promossa, la realizzazione di posti per autosufficienti, tollerando poi il ricovero nelle stesse di anziani non autosufficienti, tutto questo poi si vieterà domani.

Per non concludere. Il tema della risposta alle esigenze delle persone anziane non autosufficienti richiede un impegno ed un investimento ad oggi, purtroppo, inesistente da parte della regione Marche. La Giunta (non si può chiamare più nuova) è in carica da più di due anni e nulla, ma proprio nulla si è visto su questo versante. E non è che siano mancate sollecitazioni; la più potente è venuta dalla pandemia. Le questioni si pongono a più livelli, tutti interconnessi. Offerta adeguata alla domanda, ovvero aumento dei posti destinati alle persone non autosufficienti; trasparenza del sistema di accesso; garanzia del diritto all’assistenza e alla cura; revisione profonda dei modelli di intervento. Che significa passare da servizi residenziali ad abitativi. I primi richiamano le strutture, i secondi le case.

Ricoveri di anziani non autosufficienti in residenze per anziani autosufficienti; Assenza del Piano di fabbisogno sociale; Oneri sanitari delle rette: certificazione e detrazione
Due proposte di interrogazioni consiliari

Il Gruppo Solidarietà ha predisposto ed inviato ai consiglieri regionali due proposte di interrogazione.

⁶ Per parte nostra abbiamo segnalato la questione ai NAS e ci auguriamo avvengano le opportune verifiche.

La **prima**, chiede di conoscere quanti sono i posti attualmente attivi di Casa di Riposo (CdR) per anziani autosufficienti, quante sono le persone non autosufficienti e con demenza ricoverate e per quale ragione non è stato ancora definito il Piano dei posti regionali autorizzabili. Le residenze sociali, come le CdR, sono rivolte ad anziani autosufficienti; conseguentemente non è prevista la presenza di personale sanitario e quello assistenziale è di circa 20 minuti al giorno per persona.

Con lo stralcio, dal Piano regionale di fabbisogno, della parte riferita alle strutture sociali, si possono realizzare, senza vincoli, posti (per autosufficienti) per i quali la domanda è in forte diminuzione con il rischio che siano utilizzati, come purtroppo accade, per ospitare illegalmente anziani non autosufficienti. Per approfondire: [Autorizzazioni sociali, residenze per anziani e assenza del Piano di fabbisogno](#) e [Ricoveri di anziani non autosufficienti in residenze sociali per autosufficienti](#).

La **seconda**, sollecita un intervento regionale sul tema della detraibilità delle spese sanitarie sostenute dagli utenti e/o dai loro familiari per il ricovero nelle residenze per anziani. Nella maggior parte di queste strutture (Case di riposo e residenze protette) a carico degli utenti non sono addebitate solo spese di tipo sociale/alberghiero ma anche di tipo sanitario. In alcuni casi tali quote, definite prestazioni aggiuntive, sono rinvenibili all'interno delle stesse [convenzioni](#). Inoltre, nei posti autorizzati di residenza protetta ma non convenzionati anche le prestazioni sanitarie sono a carico degli utenti così come nei casi di ricovero di anziani non autosufficienti in strutture per autosufficienti. Ciononostante, ci sono strutture che si rifiutano di rilasciare questa certificazione, ritenendo che la quota assoggettata all'utente sia solo di natura sociale, impedendo così ai familiari di poter fruire delle detrazioni delle spese sanitarie sostenute. La distinzione dei costi di natura sociale e sanitaria e la relativa certificazione permette, inoltre, di verificare se e quante e quali prestazioni sanitarie vengono trasferite nella retta a carico dell'utente. Importante ricordare che nei servizi sociosanitari convenzionati la tariffa è suddivisa in quota sanitaria a carico dell'ASL e quota sociale a carico di utente e/o Comune. Diventa, pertanto necessario addivenire, a livello regionale ad un omogeneo e trasparente comportamento da parte dei soggetti gestori dei servizi.

Oggetto: Ricoveri di anziani non autosufficienti in strutture, Case di Riposo, per autosufficienti. Assenza del Piano di fabbisogno delle strutture sociali.

Premesso che

- Le Case di Riposo sono strutture sociali destinate ad anziani non autosufficienti ([Dgr 940/2020](#));
- Per questa tipologia di struttura nelle Marche sono attivi circa 1.800 posti;
- la Dgr 940/2020 sui requisiti di autorizzazione ha stabilito la non applicabilità delle previsioni della [Dgr 1105/2017](#) in merito al “fabbisogno sociale”, rimandandone la definizione ad un successivo atto;
- aumenta, contestualmente, la domanda di ricovero degli anziani non autosufficienti, mentre diminuisce quella per autosufficienti.

Considerato che

- Le CdR sono residenze sociali che non possono ricoverare persone non autosufficienti;
- i requisiti di autorizzazione non prevedono la presenza di figure professionali sanitarie e per quelle assistenziali lo standard è di circa 20 minuti giorno/persona;
- si può stimare la presenza, in queste strutture, di circa il [50/70%](#) di anziani non autosufficienti comprese persone con demenza;
- nelle more dell'adozione del fabbisogno sociale “la competente struttura regionale potrà rilasciare un nulla-osta in merito al rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove Strutture Sociali” (Dgr 940/2020), si potranno dunque realizzare senza limiti nuovi posti per anziani autosufficienti nonostante la domanda sia in diminuzione. Con la possibilità che siano poi utilizzati per ricoverare, illegittimamente, anziani non autosufficienti.

Si chiede di conoscere

- quante delle persone ricoverate sono non autosufficienti, con quali modalità hanno avuto accesso alle residenze e con quali standard assistenziali vengono assistiti;

- se risulta che da parte delle Unità di Valutazione distrettuali siano inviati anziani non autosufficienti nelle residenze sociali;
- quali strategie di controllo e vigilanza sta adottando la Regione per verificare che la struttura operi secondo l'autorizzazione ricevuta;
- Per quali motivi a tutt'oggi non è stato adottato il Piano di fabbisogno regionale ed entro quanto tempo è previsto che sia emanato.

Oggetto: Detraibilità delle spese sanitarie sostenute dagli utenti per il ricovero nelle residenze per anziani

Premesso che

- Nelle residenze sociali e sociosanitarie della nostra Regione vivono circa 9.000 persone;
- Agli utenti dovrebbe essere addebitata la quota sociale della tariffa, che nel caso di residenzialità sociosanitaria prevede, per i posti convenzionati, anche una quota sanitaria a carico dell'azienda sanitaria di residenza dell'assistito;
- la vigente normativa prevede, nel caso in cui l'utente assuma anche oneri per l'assistenza sanitaria, la possibilità di detrarre una quota delle spese sostenute;
- Alcune strutture non rilasciano la certificazione attestante il pagamento anche di prestazioni sanitarie, condizione per poter accedere alla detrazione con la motivazione che la quota a carico dell'utente copre oneri esclusivamente di tipo sociale.

Considerato che

- Nelle strutture sociali, si può stimare in circa il 50/70% il numero delle persone non autosufficienti ricoverate che ricevono anche prestazioni di tipo sanitarie;
- la retta è interamente assunta dall'utente in quanto non esiste quota sanitaria a carico dell'Azienda sanitaria;
- le residenze protette, destinate ad anziani non autosufficienti, ospitano circa 5700 persone e si può stimare circa il 10/15% di posti non convenzionati per i quali anche l'assistenza sanitaria è a carico dell'utente;
- nelle convenzioni delle residenze protette risulta che molte strutture all'interno delle prestazioni aggiuntive conteggiano anche prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative...);
- anche nell'area salute mentale è ipotizzabile che in alcune strutture (nello specifico: comunità protette) nella retta a carico dell'utente siano comprese anche prestazioni di tipo sanitario.

Visto che

- Appare necessario un intervento regionale volto a rendere omogeneo e trasparente il comportamento di tutte le strutture operanti nella Regione attraverso il rilascio di certificazioni che distinguano i costi di natura sociale da quelli sanitari assunti dall'ospite.

Si chiede di conoscere

Quali iniziative si intende intraprendere al fine di, addivenire ad omogenea regolamentazione regionale e poter assicurare alle persone che assumono anche costi di natura sanitaria la possibilità di poter detrarre quanto previsto dalla vigente normativa.

21 novembre 2022

- Assessore servizi sociali regione Marche
- Direttore Dipartimento Politiche sociali
- Dirigente Direzione Politiche sociali
- E p.c. - Presidente IV Commissione Consiliare

Oggetto: DGR 940/2020 e fabbisogno strutture sociali.

Negli ultimi giorni siamo venuti a conoscenza di gestori di servizi per anziani che si apprestano a chiedere autorizzazione regionale per nuovi posti di Casa di Riposo.

Considerato quanto stabilito nella Dgr [940/2020*](#), circa la non applicabilità delle previsioni della DGR [1105/2017](#) in merito al “fabbisogno sociale” ed in mancanza di nuove indicazioni: “L’atto di fabbisogno per le *Strutture Sociali* verrà adottato dalla Giunta regionale con proprio apposito successivo atto. Nelle more dell’adozione di tale atto la competente struttura regionale potrà rilasciare un nulla-osta in merito al rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione di nuove *Strutture Sociali*”, allarma la possibilità che possano essere realizzati nuovi posti per tipologie di servizio per le quali (anziani autosufficienti) la domanda è in forte diminuzione. Posti che dovrebbero, dunque, diminuire invece di aumentare. Peraltro è abbastanza noto che le persone anziane autosufficienti che ritengano di non continuare a vivere a casa chiedano altra modalità di supporto abitativo (mini alloggi, coabitazione, cohousing).

Non è, peraltro, un caso che i posti di Casa di Riposo nella nostra Regione [siano occupati per lo più da anziani non autosufficienti](#).

Si chiede pertanto che in tempi rapidissimi venga adottato il nuovo atto di fabbisogno e contestualmente per tutti quei servizi per i quali è acclarata la diminuzione della domanda non si provveda ad autorizzare la realizzazione di nuovi posti.

Apparirebbe, peraltro, improbabile che un imprenditore (sociale e no) investisse in un ambito *senza mercato*. A meno che non ritenesse di ottenere una autorizzazione da utilizzare per funzioni diverse da quelle previste. Non sarebbe una novità per la nostra Regione.

Si può anzi dire che in molti casi Regione, ASUR Marche e sue articolazioni distrettuali abbiano incoraggiato tali percorsi. Per farlo è sufficiente attuare il “silenzio/assenso”.

Auspichiamo riscontro, cordiali saluti

Gruppo Solidarietà

17 ottobre 2022

- Presidente giunta regionale
- Assessore sanità e servizi sociali regione Marche
- Direttore Dipartimento Salute
- Direttore Dipartimento Politiche sociali
- Direttore ASUR Marche, AA.VV., Distretti
- Coordinatori ATS
- Difensore Civico regionale

Oggetto: Trasparenza di percorsi e accessi. Inserimento anziani non autosufficienti in posti per autosufficienti.

A più riprese abbiamo segnalato, senza riscontri, il problema di **ingressi (inserimenti) di anziani non autosufficienti in posti autorizzati per autosufficienti** (ad esempio, Casa di Riposo).

Si ricorda, ancora una volta, **l’illegittimità di tali comportamenti** che richiamano **precise responsabilità in capo alle Unità valutative distrettuali**. L’accesso, come è noto, di anziani non autosufficienti viene disposto dalle UVI (con la nuova normativa dai CDCD per le persone con demenza). Successivamente alla valutazione le persone vengono inserite (quando ci sono) nelle liste di attesa distrettuali.

In nessun caso la persona non autosufficiente può essere inviata a strutture per autosufficienti la cui disciplina di accesso è diversa rispetto a quella per non autosufficienti. Nel caso peraltro di modificazione dello stato di autosufficienza la vecchia e nuova normativa indica le modalità di rivalutazione.

Stante gli effetti di tali comportamenti sulla qualità di vita delle persone **si diffida dal continuare tali illegittime prassi. Si segnala altresì**, considerata l’assenza di qualsivoglia riscontro a tali problematiche, **che verrà fatta segnalazione ai NAS ai fini delle opportune verifiche.**

Si segnala, infine, la necessità che venga comunicato con chiarezza agli utenti quando l’inserimento avviene in un posto autorizzato ma non convenzionato. Il fatto, in alcuni casi, che non ci sia differenza di retta tra posto autorizzato e convenzionato si può spiegare in due modi: a) il corrispettivo della quota sanitaria viene assunto da un altro soggetto; b) il convenzionato trasferisce, a sua insaputa, quota parte della sua assistenza (il cosiddetto **spalmamento**) sull’autorizzato. La prima ipotesi appare altamente improbabile.

La mancata trasparenza nei percorsi e negli accessi a tutto danno delle persone più fragili e indifese è una evidente gravissima responsabilità istituzionale. L’opacità del sistema (a partire dalla omissione della corretta informazione) ha come obiettivo di non far conoscere alle persone quali sono i loro diritti. Se non li conosci non li puoi certo rivendicare. Tutelare, non nascondere o negare i diritti, dovrebbe, essere una prerogativa delle Istituzioni. Per farlo, in questo caso, occorre, come è noto, adeguare l’offerta alla domanda. Ci attendiamo una risposta

Cordiali saluti

Gruppo Solidarietà

11 luglio 2022

AL DI SOPRA DELLA LEGGE?

Il mancato rispetto delle disposizioni ministeriali sulle visite nelle strutture residenziali e l’omissivo comportamento della regione Marche

Lascia stupefatti che ad un mese delle disposizioni del **Ministero della Salute** nelle quali si ribadisce che devono essere assicurate, nelle condizioni di sicurezza previste, visite con frequenza quotidiana e che eventuali restrizioni debbano essere motivate e sottoposte a valutazione dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie, **nulla sia cambiato nella gran parte delle residenze**, in particolare per anziani, della regione Marche.

La circolare ministeriale, inoltre, richiama le Regioni alla verifica del rispetto delle disposizioni.

A seguito di segnalazioni giunte alla nostra associazione riguardanti il mancato rispetto di queste disposizioni da parte di alcune strutture, **è stupefacente il comportamento regionale che non ha mai riscontrato** le nostre segnalazioni e **mai è intervenuta ai fini del rispetto delle disposizioni ministeriali**. Una plastica dimostrazione del disinteresse nei confronti delle persone ricoverate e dei loro familiari.

Occorre, inoltre, rammentare che fin dal **luglio 2021** il Ministero aveva raccomandato di consentire visite quotidiane.

Va ricordato che sono circa 12.000 le persone non autosufficienti (anziani, salute mentale, disabilità) che vivono nelle strutture residenziali della Regione.

Fa riflettere e preoccupare che gestori di questi servizi che dovrebbero ben conoscere quanto siano importanti affetti e relazioni ai fini della qualità di vita delle persone e quanto incidano nei processi di cura, dimostrino invece assoluta inconsapevolezza a riguardo.

Vale la pena riportare quanto affermato nella circolare: *"D'altra parte, l'attuazione di tali misure, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio, hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socioaffettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, possono favorire l'ulteriore decadimento psicoemotivo determinando poi un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico. Inoltre, anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dai propri cari e la conseguente difficoltà ad offrire loro sostegno e supporto affettivo"*.

Va osservata inoltre la paradossalità di un altro aspetto. Da parte della regione Marche, il reiterato "vorrei ma non posso", ripetuto in questi mesi: "mancano le disposizioni ministeriali che consentano alle Regioni di intervenire". Ora che quelle disposizioni ci sono fa finta di non conoscerle. Da parte di molte strutture, soprattutto quelle per anziani, la lamentazione dell'assenza di disposizioni più precise.

Dal 10 giugno, in forma più pregnante, ci sono e non ci sono alibi per non rispettarle e farle rispettare.

Una menzione a parte merita, infine, il **difensore civico regionale**. Mai è intervenuto, mai ha dimostrato di interessarsi alle questioni, nonostante le richieste di intervento. L'unica volta che ha risposto, nello **scorso ottobre**, è stato per ritenere che non avesse competenze in tema di tutela della salute.

Gruppo Solidarietà

www.grusol.it

Il testo della circolare del Ministero della Salute.

La norma e il suo contenuto. Sulle visite nella residenza anziani "Mordini".

30 novembre 2021

Continuità assistenziale. Le linee di indirizzo regionali sulla dimissione protetta I limiti di un documento che non aiuta a fare chiarezza

Con la Dgr 1237 del 18 ottobre 2021 la regione Marche ha approvato le **Linee di indirizzo sulla dimissione protetta**. Questi gli obiettivi indicati:

- *facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio;*
- *ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinati in particolare per i pazienti fragili;*
- *favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra ospedale per acuti e setting assistenziali territoriali;*
- *uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.*

La delibera specifica inoltre che: *l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari deve avvenire attraverso un "punto unico" che, tramite una valutazione multidimensionale, indirizza al percorso sociosanitario e socioassistenziale più appropriato per le condizioni e le necessità del paziente.*

Per il raggiungimento di questi obiettivi il documento riprende alcuni contenuti delle vigenti disposizioni regionali (in particolare [Dgr 111](#) del 2015, [Dgr 937 e 938](#) del 2020), aggiungendo altre indicazioni, a partire dall'utilizzo obbligatorio di alcune scale di valutazione. La seconda parte, propone una Guida informativa di alcuni Servizi residenziali e domiciliari.

Il rischio ed il limite di un documento come questo, che non sembra raggiungere l'obiettivo prefissato, è di aggiungere ulteriori prescrizioni ad un sistema territoriale strutturalmente disarticolato, che già ora non rispetta le indicazioni previste, in particolare nella Dgr 111, ma anche in altre normative specifiche (vedi ad esempio quelle relative al sistema delle [cure domiciliari](#)).

Dare per scontato 1) che i PUA (Punti Unici di Accesso) siano effettivi; 2) che le [UVI](#) (Unità Valutative Integrate) non siano Unità amministrative; 3) che i [CDCD](#) (Centri per i disturbi cognitivi e per le demenze) esplicino effettivamente ed ovunque le loro funzioni; 4) che la redazione del PAI (Piano assistenziale individualizzato) sia prassi condivisa; 5) che le [UOSes](#) non siano altro che un acronimo misterioso sconosciuto anche agli addetti ai lavori; 6) che i *“percorsi assistenziali a domicilio siano costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici, e di aiuto infermieristico”* siano effettivi, ecco, dare tutto questo per scontato significa dare per esistente ciò che non lo è, tranne, forse, qualche eccezione nel territorio regionale.

Pertanto sarebbe stato necessario, in premessa, considerata anche la lunga gestazione del documento, aggiornare previamente lo “stato” di funzionamento di questi strumenti, con riferimento alla situazione di ogni Ambito Distrettuale e Territoriale sociale: **dove, come, con quali risorse umane.**

Non si tratta tanto di opportunità, quanto di rispetto delle persone che hanno necessità dei servizi. Necessità che, spesso lo si dimentica, si declina anche in termini di diritti.

Il documento invece sembra dare per scontato che tutto l'assetto organizzativo sia funzionante, per poi introdurre su queste solide basi ulteriori strumenti di miglioramento. Vedi, ad esempio, l'introduzione di scale di valutazione che scontano, come nelle precedenti norme (che cosa ne abbiamo fatto della [valutazione RUG](#) indicata nella DGR 111/15?), l'assenza di consequenzialità degli esiti della valutazione stessa. Esiti che non risultano vincolanti rispetto alla scelta del percorso assistenziale. Infatti, richiamando, ad esempio, le indicazioni del punto 5 (ripreso dai contenuti delle Dgr 937 e 938), riguardanti accesso, durata e dimissione, il criterio di riferimento principale risulta essere quello cronologico.

Ma non sempre il tempo “sana”. Anzi, in molti casi le cure prestate “mantengono la complessità” per tempi molto lunghi. Il risultato è che spesso ciò che ritenevamo appropriato qualche mese prima diventa - anche se il “bisogno assistenziale” non cambia - inappropriato qualche mese dopo. Paradossalmente la persona ha il torto di mantenere quella condizione per troppo tempo.

Aggiungo che, stante la distanza tra domanda e offerta, rapporto che dovrebbe essere declinato in senso di risposte plurali e non di risposta standard (a bisogni differenti si risponde in maniera differenziata), alcuni passaggi del documento possono avallare comportamenti e scelte che contrastano con la [tutela della salute](#) delle persone.

Ad esempio, riprendendo al punto 5. [RSA anziani](#). “La durata della permanenza di norma non supera i 60 giorni ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito” (ripresa da DGR 938-2020). In molte strutture, soprattutto quelle pubbliche (che considerano la RSA una post-acuzie), questa indicazione viene così tradotta e applicata: *“La durata della permanenza è di massimo 60 giorni”*. Ora, per tutto quanto sopra detto, ipotizziamo che un malato necessiti di 40 minuti di assistenza infermieristica giornaliera (basti pensare alle persone con ferite da decubito di stadio avanzato), può l'UVI dimettere questa persona da una RSA, destinandola ad una struttura, come le RP, che prevede l'erogazione della metà di assistenza infermieristica, solo perché sono passati 60 giorni?

E perché in questa parte illustrativa non si ribadisce che per le RP (DGR [1729/2010](#), art. 5) deve essere prevista una **lista di attesa** a livello distrettuale? Sempre riguardo alle RP si afferma "Per le strutture di **recente** (grassetto mio), convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51". Posto che il significato di *recente* è ascrivibile ad una valutazione soggettiva (immaginiamo se una norma prevedesse l'accesso o il diniego di un beneficio sulla base di questo criterio), sappiamo che in nessuna norma è indicata questa specificazione. **Qui, a pag. 5 e 6**, le disposizioni regionali in tema di quota massima a carico degli utenti valide per tutte le residenze protette convenzionate. Le recentissime convenzioni, riferite all'**AV1 di Pesaro**, confermano quanto queste norme siano palesemente disattese.

Un appello. La regione Marche, dando per scontato il requisito della consapevolezza, riconosca che non è utile a nessuno continuare a dare per scontato la presenza di una realtà che non esiste. Continuare (vedi qui riguardo funzionamento **UoSES**) ad insistere in questa menzogna ha effetti devastanti nel rapporto tra istituzioni e cittadini, tra "erogatori", operatori e fruitori. Occorre una cesura ed un nuovo inizio. Credo che una delle parole chiave perché questo accada è: umiltà. Umilmente riconosciamo che questo sistema non funziona, non tutela le persone più fragili e crea le condizioni per la violazione dei loro diritti. E che da questa consapevolezza sia necessario ed inevitabile ripartire.

18 ottobre 2021

Residenze protette anziani e demenze nelle Marche. Le prestazioni aggiuntive 2021 a carico degli utenti nell'AV 1 di Pesaro.

I dati, a volerli saper leggere, sono chiari. I pesanti effetti sulle persone sono evidenti. Ad oggi permane la volontà di non voler cambiare nulla

Lo scorso 14 ottobre con determina [528/2021](#) è stato approvato il Piano di convenzionamento per il 2021 delle residenze protette anziani e demenze dall'Area vasta 1 di Pesaro. Si tratta di **32 strutture** per complessivi **1092 posti: 989** per anziani non autosufficienti e **103** per demenze. Rispetto al 2020 sono stati convenzionati 42 posti in più (a livello regionale il Piano di convenzionamento complessivo prevede un **aumento di 123 posti**). Da [pag. 10](#) riportiamo per ogni convenzione l'allegato A2 nel quale sono conteggiate la tipologia di **prestazioni aggiuntive a carico dell'utente**. Cosa emerge dalle convenzioni.

- In tutte sono presenti prestazioni aggiuntive di miglioramento del confort alberghiero o extra accreditamento compresi interventi sociosanitari;
- Le quote aggiuntive (ai 33 euro previsti di quota sociale) vanno da 2 a 41,25 euro.
- **7**, prevedono una quota aggiuntiva inferiore a 10 euro; **9**, tra 10 e 15; **8**, da 16 a 20; **8**, superiore a 20 euro
- **26**, prevedono quote aggiuntive di **assistenza tutelare sociosanitaria** (OSS); in due strutture per un minutaggio di 40 e 56 minuti di operatore sociosanitario: **13** di assistenza **infermieristica**; **13** di **fisioterapia**. In un caso anche per medico di struttura.
- nella gran parte vengono assoggettate prestazioni riguardanti il lavaggio degli indumenti, i pasti, le pulizie.
- in alcune, costi (anche di entità significativa) riguardanti: portineria, reception, amministrazione;
- il trasporto, in alcune, figura come voce fissa aggiuntiva;
- In due strutture costi per dispositivi medici per Covid-19.

Per un confronto e per verificare l'evoluzione, [qui le prestazioni aggiuntive nel 2013-14](#) e quelle del [2018](#). Un altro dato pare inoltre importante evidenziare. Quello della ripartizione dei posti per [persone con demenze](#). Sui **103 posti convenzionati**: 22 sono ripartiti in 5 residenze; 2 da 10 posti; 1 da 15 e 1 da 16 e infine una da 30. Dobbiamo chiederci quale specificità può avere un servizio dedicato quando ci sono numeri così ridotti. Regione e ASUR che convenzionano vadano a verificare e ne rendano conto, se siamo in presenza di servizi effettivamente dedicati o no.

Una riflessione che necessita di svilupparsi a più livelli. Riprendiamo alcuni punti essenziali; rimandiamo per un approfondimento [più dettagliato a questo QUADERNO](#).

1) **Sul piano del diritto**. Perché devono essere assoggettate agli utenti per intero prestazioni sanitarie e sociosanitarie che per definizione sono a completo o parziale carico del settore sanitario. Se nella lunga assistenza mantenimento (Dpcm 12.1.2017) la ripartizione del costo del servizio è ripartito al 50% perché ancora si finge di avere una tariffa di 66 euro ripartita al 50%?

2) **Sul piano dell'appropriatezza**. Nelle due strutture per 129 posti che hanno un minutaggio aggiuntivo di OSS di 40 e 56 minuti (a carico degli utenti), con un conseguente uno standard complessivo molto più alto di quello di una RSA, come si può ancora evitare di tematizzare il tema dell'appropriatezza?

Ricordiamo che il dato delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie aggiuntive a quelle presenti in convenzione è tema noto che poniamo da sempre: a) conoscendo la condizione della gran parte delle persone ricoverate; b) analizzando la tabella delle prestazioni aggiuntive in convenzione (alle prestazioni aggiuntive codificate deve essere peraltro aggiunta la situazione dell'assistenza privata a pagamento cui spesso le famiglie ricorrono). E' lecito chiedersi sulla base di quale valutazione nei [nuovi requisiti di autorizzazione](#) approvati nel luglio 2020 la vecchia giunta regionale abbia ritenuto di non modificare gli standard stabiliti nel lontano 2004?

E infine, dobbiamo chiederci. **Esiste o no un tetto massimo di quota sociale? L'utente ha qualche strumento per difendersi?** Può invocare qualche disposizione normativa? Vale la pena [QUI a pag. 5 e 6](#) riportare la nota del direttore del Dipartimento Salute e servizi sociali del 2011.

*Nel caso dell'allegato A2 vanno riportate le prestazioni aggiuntive di esclusivo miglioramento del confort alberghiero o prestazioni extra accreditamento **o su richiesta del paziente**. In questo caso va contrattato un tetto massimo che, nel caso dell'assistenza socio-sanitaria infermieristica e OSS non dovrà superare il 120' pro die pro capite trattandosi del livello massimo previsto, dal Regolamento 1/04 anche in caso di demenze. La quantificazione economica delle prestazioni aggiuntive inserite nell'allegato A2 non può superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente.*

Ricordiamo che la convenzione che regola i rapporti tra residenze protette e ASUR viene prorogata di anno in anno dal 2010 con regole datate e ferme da 11 anni. E comunque: **ASUR firma legittimamente convenzioni quando entrambe le condizioni sono violate? La regione Marche sta tutelando la salute dei suoi cittadini consentendo da oltre un decennio la violazione delle norme da essa stessa emanate?**

Intervenire su questi aspetti potrà, forse, non rientrare tra i cambiamenti epocali che la nuova Giunta ritiene di stare apportando nella nostra Regione. Ma tra un'eccezionalità e un'altra speriamo ci sia posto anche per qualche intervento ordinario che, come tale, dovrebbe essere più semplice.

30 giugno 2021

- Al Garante regionale diritti della persona

Oggetto: Rette a carico degli utenti nelle residenze sociosanitarie per anziani. Richiesta intervento.

Con la presente si chiede un Suo intervento nei confronti della regione Marche affinché venga rispettata la vigente normativa riguardo le quote di contribuzione a carico degli utenti nelle residenze sociosanitarie per anziani.

Ci riferiamo, in particolare, alle **RSA anziani e demenze** (codifica R2 e R2d), per le quali la Dgr 1331/2014, allegato C, stabilisce che la quota a carico dell'utente e/o del Comune sia pari a 42,50 euro/giorno.

Succede, però, che diversi enti gestori (vedi, ma non solo, Gruppo Kos Care) aggiungano alla quota stabilita ulteriori oneri, ad esempio ma non solo, per il pagamento del lavaggio degli indumenti. Peraltro in alcuni accordi contrattuali tra soggetti gestori e ASUR Marche queste e altre prestazioni sono, giustamente, ricomprese all'interno della quota sociale.

Si chiede, altresì, di intervenire, anche riguardo le **Residenze protette anziani e demenze** (R3 e r3d). In questo caso su due distinte questioni:

a) La possibilità, sempre con riferimento alla DGR 1331/2014 e allo schema di convenzione (DGR 1729/2010) che tra le prestazioni aggiuntive a carico degli utenti possano essere addebitate, oltre ai servizi di confort alberghiero, anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie (infermieristiche, riabilitative, tutelari) con oneri che possono arrivare anche al raddoppio della quota prevista (33 euro/giorno). Ciò determina anche il mancato rispetto della ripartizione, al 50% delle quote, tra settore sanità e sociale (Dpcm 12.1.2017, art. 30).

b) conoscere, ad oggi non siamo riusciti ad avere riscontro, la situazione delle persone in lista di attesa in queste strutture. La vigente normativa stabilisce (art. 5, Dgr 1729/2010) che deve essere approntata una lista di attesa a livello distrettuale. Sapere, quante persone, in ogni Distretto sanitario, sono in lista di attesa per un servizio residenziale che rientra tra i livelli essenziali è importantissimo sia ai fini della trasparenza del sistema di accesso sia per verificare l'adeguatezza dell'offerta rispetto alla domanda.

Confidando in un suo sollecito intervento, disponibili ogni chiarimento, inviamo distinti saluti

Gruppo Solidarietà

2 giugno 2021

L'impatto del coronavirus nelle strutture residenziali

Perché non si deve tornare come prima

I dati regionali (alcuni improbabili, altri da discutere) confermano che siamo in presenza di un settore strutturalmente non governato. Si tratta di una scelta. Se conti poco, non meriti attenzione.

Lo scorso 10 marzo, il Gruppo Solidarietà aveva sottoposto ai Consiglieri regionali una proposta di interrogazione consiliare su **Coronavirus e strutture residenziali**. L'obiettivo era quello di capire l'impatto della pandemia sul complessivo dell'offerta residenziale. Il 29 marzo l'intero gruppo consiliare del Partito democratico, prima firma Mastrovincenzo, ha presentato l'interrogazione **n. 138** che è stata discussa nella seduta del 25 maggio 2021. Nel documento allegato la risposta del vice presidente della regione Marche, Mirco Carloni.

Le domande poste erano le seguenti:

- 1) numero di persone effettivamente presenti oggi all'interno delle strutture residenziali rispetto a quelle presenti nella fase pre pandemica e numero delle persone in lista di attesa;*
- 2) disposizioni regionali riguardo i giorni di isolamento al momento dell'ingresso nelle strutture residenziali;*
- 3) quadro aggiornato ed analitico di contagi e decessi, delle persone ricoverate presso tutte le tipologie di strutture residenziali della regione, luogo nel quale queste persone sono decedute (se nella stessa residenza o in ospedale o in altre strutture destinate a malati Covid).*

Non consideriamo la risposta al punto 2, superata dalle indicazioni dell'[Ordinanza](#) del Ministero della salute dell'8 maggio. Ci concentriamo invece sugli altri punti. Le indicazioni sono importanti e indicatrici della difficoltà regionale di avere un quadro aggiornato del funzionamento del sistema residenziale nel suo complesso. Cerchiamo di andare con ordine.

1) Persone effettivamente presenti oggi all'interno delle strutture residenziali rispetto a quelle presenti nella fase pre pandemica e quante persone sono in lista di attesa.

a) Persone presenti nelle residenze. Il dato presentato riguarda le sole residenze sociosanitarie per anziani (comprendente anche le Cure intermedie che in realtà, così come molte RSA pubbliche, non accolgono solo anziani) convenzionate alla data del **7 aprile 2021**. Il dato fornito non distingue per tipologia di struttura, ma indica il solo numero totale (tabella 1) che è di **4985**. Viene però indicato (tabella 3), il numero di ammissioni per tipologia di residenza nell'anno 2020. Per quanto riguarda la comparazione con la situazione pre pandemica si comunica l'impossibilità del confronto in quanto il sistema informativo è stato implementato a fine 2020.

Proviamo noi, a fare una stima sugli impatti insieme ad una valutazione del dato sulle ammissioni.

Presenze pre pandemiche. Nelle Residenze protette i posti convenzionati (tutti pieni) al 2020, erano **4705**. Per quanto riguarda le **RSA** nel 2020 sono stati attivati un numero considerevole di posti (vedi [qui](#) e [qui](#)). Si può stimare la presenza di **almeno 1000** posti attivi prima della pandemia, cui si possono aggiungere circa **250 posti di Cure intermedie (CI)**. Si può ipotizzare, quindi, la presenza di circa **6.000 posti attivi e convenzionati** (pubblici e privati). La **diminuzione** si assesterebbe al **22%** (ma, va ribadito, si tratta di un dato complessivo e non per singola tipologia di struttura. Va poi ricordato che nelle CI la degenza è temporanea così come per molti posti di RSA e, vedi punto 3, la pandemia ha colpito soprattutto nelle RP).

Il dato (tabella 3) riguardante le **ammissioni**, appare improbabile e non è di facile comprensione.

In totale le ammissioni sono **4785**. Ma sarebbero solo 36 nei posti di CI; una tipologia di struttura a più alto turn over la cui degenza media è in genere 30/45 giorni e quindi con più alto tasso di ingressi. Nelle Residenze protette, residenzialità a carattere permanente, sono 2.421 (circa la metà dei posti convenzionati). Se anche volessimo inserire l'aumento dei posti convenzionati rispetto al 2019, circa 400, difficile capire come si può raggiungere quel numero. Va ricordato, che durante la pandemia per molti mesi c'è stato blocco degli accessi e che l'isolamento all'ingresso ha ridotto il numero dei posti disponibili. Stesso ragionamento vale per le RSA. In totale circa 2300 nuove ammissioni. Se anche volessimo aggiungere un +300 di posti convenzionati nel 2020 e la presenza di alto turn over è difficile giustificare un numero di ingressi (1000) pari al numero complessivo dei posti (vale discorso fatto per le residenze protette per blocco accessi e isolamento).

b) Lista di attesa. La risposta è imbarazzante e conferma che ad oggi nelle Marche non sappiamo quante siano le persone in attesa di un posto. Se non si ha questo dato (bisogno accertato) non si capisce su quali criteri si basa la programmazione dell'offerta (fabbisogno).

"Quaderni Marche". Dossier sulle politiche regionali - 4/2014

Aggiornato al 20 giugno 2024

Anche in questo caso il dato (al 12.4.2021) presentato riguarda le sole residenze sociosanitarie dell'area anziani (RP, RSA, CI). Il numero di persone in lista è complessivo e non suddiviso per tipologia di residenza. Peraltro la distinzione tra pazienti in "graduatoria" e "prenotati" non è del tutto chiara (in tutte queste strutture si può entrare solo dopo valutazione UVI). Riguardo, poi, le RP le norme vigenti dispongono che debba essere approntata una lista di attesa a livello distrettuale (che dovrebbe essere dunque immediatamente disponibile).

Dalla tabella 4, risulterebbero in *graduatoria*, 266 persone, in *prenotazione* 179. **Totale 445**. Dati (vedi, di seguito, tabelle a confronto) forniti dalla stessa Regione (giugno **2018**), Quanti anziani in lista di attesa nelle residenze sociosanitarie delle Marche? indicavano la presenza di **2906 persone in lista di attesa nelle RP (2419) e RSA (487)**. Difficile ipotizzare che la lista sia scesa a 445 con una riduzione dell'85% (tabella 2). Al riguardo basterebbe guardare il dato del distretto di Jesi (al pari di Civitanova Marche e Urbino, a Macerata, 1; Fabriano, 3; Senigallia, 5). Non ci sarebbe nessuna persona valutata dall'UVI in lista. Per la sola Casa di Riposo di Jesi ne risultano, su dato 2019, 79.

Liste di attesa per anziani e demenze nelle Residenze Protette (RP) e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) (Rivelazione puntuale alla data 20/06/2018)			
A.V.	Distretto	N. utenti in lista di attesa RPA RPD	N. utenti in lista di attesa RSA e RSA dem.
1	1 - Pesaro	237	0
1	2 - Urbino	67	0
1	3 - Fano	202	0
2	4 - Senigallia	180	23
2	5 - Jesi	230	0
2	6 - Fabriano	67	0
2	7 - Ancona	484	384
3	8 - Civitanova M	237	10
3	9 - Macerata	281	4
3	10 - Camerino	79	0
4	11 - Fermo	211	0
5	12 - S. Benedetto T.	20	22
5	13 - Ascoli P.	124	44
ASUR -Totale		2419	487

Numero pazienti in graduatoria e prenotati per Distretto strutture LEA anziani (CI, RSA anziani e demenze, RP anziani e demenze, posti letto pubblici e privato convenzionato. (Al 12/4/2021)

Distretto	N. pazienti in graduatoria	N. pazienti prenotati
Pesaro	46	7
Urbino		37
Fano	12	70
Senigallia	5	4
Jesi		16
Fabriano	3	10
Ancona	111	27
Civitanova Marche		2
Macerata	1	3
Camerino	4	2
Fermo	84	1
Totale	266	179

Dato Area Vasta 5 non disponibile

2) Situazione contagi e decessi nelle strutture residenziali.

Dall'inizio della pandemia è la terza volta che, sollecitata da interrogazione, la regione Marche risponde su questo punto. La [prima](#), ha come riferimento il 23 aprile 2020; la [seconda](#), il 1° novembre. Entrambe (vedi analisi), risultano fortemente inesatte. Anche questa risulta incompleta, anche se alcuni dati sono più affidabili rispetto alle precedenti.

In aggiunta alla richiesta viene fornito il dato interessante sui **focolai presenti** nelle strutture nel periodo **3 novembre-7 aprile** (quindi, non quelli nella prima ondata). Sono stati **circa 80**, riferiti alle residenze sanitarie e sociosanitarie per anziani e disabili. La tipologia di struttura più coinvolta risulta la residenza protetta anziani. Viene anche indicato, in 525, il numero delle strutture presenti. Un dato che non può essere riferito, come viene indicato, alle residenze (sanitarie e sociosanitarie) per anziani e disabili, che è di circa 250. Va inoltre tenuto conto che all'interno della stessa struttura possono coesistere (e lo è spessissimo nell'area anziani) posti con differente autorizzazione (anche senza articolazione in moduli distinti) sia con riferimento alla stessa area che ad aree diverse. Il numero complessivo di strutture è, dunque, ancora inferiore. Nella sola "seconda ondata" (novembre/aprile) i **focolai** hanno, quindi, riguardato oltre il **30%** delle residenze per anziani e disabili.

Contagi e decessi. Così come nella risposta alla interrogazione di novembre, **non viene fornito il numero delle persone contagiate** all'interno delle strutture. Al 7 aprile (data di rilevazione), i decessi totali nelle Marche erano 2737 (ad oggi 3018). Il numero delle persone, residenti in strutture, decedute è indicato in **594 (351 in ospedale, 243 in residenze)**. Ma:

a) il dato **ospedaliero** è fornito da ASUR e andrebbe verificato se il numero (**351, pari al 12,8%**) di deceduti si riferisce ai soli ospedali a gestione ASUR e non anche alle Aziende ospedaliere e all'INRCA e quindi agli ospedali di Pesaro, Fano, Ancona (2) e Osimo. La differenza sarebbe notevole.

b) il numero di persone decedute in **residenza** è pari a **243 (8,8 %)**, ma vengono conteggiati anche i decessi nelle residenze Covid che ricoverano anche malati provenienti dal domicilio. il dato andrebbe, dunque, scorporato.

Vanno pertanto chiariti i punti sopra indicati. A) Se i morti in ospedale riguardano quelli a sola gestione ASUR o anche gli altri; B) Quanti dei 243 decessi nelle residenze sono avvenuti in strutture Covid e quanti di questi provengono da altre residenze o dal domicilio.

Una volta chiariti questi aspetti si può avere il dato corretto delle persone ospiti di strutture assistenziali deceduti con Covid accertato (sappiamo poi che nella prima fase ci sono stati molti decessi per infezione ma senza accertamento con tampone).

Considerazioni

Riguardano diversi livelli. Sul dato residenziale (posti, occupati, lista di attesa) i dati forniti confermano, purtroppo, quanta poca attenzione venga prestata al sistema di interventi, in questo caso residenziale, rivolti alle persone che chiedono sostegni.

In tutti questi anni non si è voluto costruire un sistema di rilevazione della domanda di assistenza residenziale. Quanto previsto, come per le residenze protette, poi non lo si rispetta. Continua ad esserci un'area di servizi assolutamente non presidiata (e i dati forniti lo dimostrano). E' un territorio popolato da persone che contano poco e nel quale mantenere un trasparente sistema di accesso non sembra interessare nessuno degli attori in campo. Non solo: si tratta di una situazione funzionale a mantenere un sistema discrezionale e quindi, potenzialmente, clientelare. Una precisa scelta da parte delle Istituzioni nel quale c'è tutto l'interesse, a non far emergere la distanza tra domanda e offerta e non far conoscere alle persone quali sono i loro diritti. Chi ha possibilità lo spieghi, almeno, all'assessore Saltamartini.

Che a tutt'oggi non si abbia un quadro certo della situazione delle liste di attesa è inaccettabile. Non dimentichiamo che parliamo di servizi ricompresi all'interno dei livelli essenziali di assistenza che come tali vanno assicurati. Proviamo a pensare per un momento cosa accadrebbe se in altri ambiti dei servizi sanitari il sistema di accesso fosse così regolamentato.

Riguardo, infine, le problematiche legate alla pandemia, la risposta non chiarisce quanto effettivamente sia stato l'impatto in termini di riduzione dell'offerta. Sembrerebbe di circa il 20%. Oltre ad essere un dato tutto da verificare andrebbe declinato poi per singola tipologia di struttura.

Infine, ancora non abbiamo un dato certo rispetto all'impatto (contagi e decessi) all'interno del sistema residenziale. Non siamo riusciti a conoscere quante sono state le persone contagiate all'interno delle residenze e non abbiamo ancora il dato certo delle persone decedute (nella stessa residenza, in ospedale, in altra residenza). Il quadro dei luoghi in cui si sono sviluppati i focolai dovrebbe indurre a verificarne, in maniera rigorosa, le motivazioni.

Una cosa sembra certa; nell'ambito della cosiddetta “assistenza residenziale”, di tutto abbiamo bisogno meno che a un ritorno della “normalità” pre pandemica.

Con amaro realismo, occorre constatare, che, per tutto quanto sopra, i presupposti non sembrano favorevoli.

20 aprile 2021

Regolamentazione Cure intermedie e RSA anziani. Perdura il disinteresse regionale

Lettera dal Gruppo Solidarietà al presidente della giunta regionale, all'assessore alla sanità e servizi sociali, al direttore dell'ASUR Marche e al Difensore civico regionale.

Lo scorso 11 gennaio⁷ abbiamo documentato alcune problematiche in tema di servizi sociosanitari, con particolare riferimento ai servizi rivolti ad anziani non autosufficienti o con demenza. Ci ritorniamo, anche a seguito di ulteriori segnalazioni ricevute, sperando che l'insistenza provochi attenzione e, cosa ancora più importante, induca finalmente ad intervenire, al fine di correggere alcune evidenti storture.

Ci riferiamo in particolare alla situazione delle **Cure intermedie** e delle **Residenze sanitarie assistenziali**. Problemi sui quali alcuni mesi fa era intervenuto direttamente l'assessore Saltamartini (il riferimento era il caso di una persona ricoverata in un reparto di cure intermedie, presso il quale si è poi contagiata, rimanendo ricoverata oltre i 60 giorni e vedendosi poi addebitata la “quota sociale”), che era intervenuto direttamente, pagando di tasca propria la quota richiesta. Non ci risulta, che dal caso singolo si sia poi passati ad affrontare il problema dal punto di vista strutturale.

Poniamo quindi nuovamente la questione, che riguarda l'addebito automatico della quota sociale dopo i 60 giorni, indipendentemente dalle condizioni di salute della persona e dal fatto che, a prescindere dai motivi del ricovero, i giorni di esenzione sono 60 (e quindi cumulabili) nell'anno solare.

C'è poi il tema della cumulabilità dei giorni di ricovero in CI e RSA. Sul punto va fatto inoltre notare che, con il R.R. 1/2018, le Cure intermedie diventano strutture di livello intensivo (R1) e non più estensivo (R2), come le RSA che avrebbero potuto giustificare la cumulabilità dei giorni di ricovero.

⁷ In, <http://www.grusol.it/apriSocialeN.asp?id=1027>.

Ma vediamo cosa accade a strutture identiche nella nostra Regione:

- **Nell'AV1** le convenzioni stabiliscono che la quota a carico dell'utente (nelle RSA), proveniente dal domicilio, scatti dal primo giorno (benché nessuna norma regionale lo disponga). Sempre in questa AV, la quota alberghiera è di € 42,50 "salvo specificità locali". La formulazione riprende quanto previsto nella Dgr 704/2006 per le residenze protette anziani rendendo, in questo modo, possibile l'aumento della quota a carico degli utenti (il gruppo KOS, ad esempio, fattura come prestazione aggiuntiva il servizio lavanderia aggiungendo, seppur nessuna norma regionale lo stabilisca, questa quota ai 42,50 euro di quota sociale).

- **Nell'AV2** non si specifica che, dopo i 60 giorni, su valutazione UVI, a determinate condizioni (come stabilito dalla DGR 704/2006) possa disporsi il mantenimento della gratuità del ricovero.

- A prescindere dalle motivazione del ricovero, e se esso viene ripetuto nel corso dell'anno, nell'AV1 sono gratuiti i primi 60 giorni dal primo ricovero; nel caso di ricovero ospedaliero nell'AV1 non viene pagata la quota sanitaria, mentre nell'AV2 e AV4 si paga il 50%. Il mantenimento del posto non derivante da ricovero ospedaliero è di massimo 7 giorni all'anno nell'AV2; 15 giorni nell'AV4; 5 giorni nell'AV1. Nell'AV4 l'utente deve pagare per intero la retta, nell'AV1, il 70%, nell'AV2 nulla viene specificato. Nell'AV4, in caso di ricovero ospedaliero, l'utente non è tenuto a versare la retta; nell'AV1 e AV2 non viene specificato nulla. In tutte le strutture l'utente rimane in carico al MMG, ma in alcune l'assistenza medica assicurata con presenza oraria giornaliera da altri medici.

Occorre aggiungere altro per chiedere una regolamentazione, non meramente amministrativa, di questa tipologia di struttura?

Lo sapete, ma vale la pena ricordarlo, che in queste strutture la gran parte dei ricoveri provengono dall'ospedale (dimissione protetta). Si tratta per lo più della cosiddetta fase di "post acuzie". Una fase molto delicata in persone anziane spesso clinicamente instabili. Non sempre il tempo amministrativo coincide con quello terapeutico (qualche volta in eccesso più spesso in difetto) e le Unità valutative, costituite da professionisti, sono state pensate proprio in funzione della valutazione del bisogno e della conseguente appropriatezza dei percorsi. Per fare tutto il resto (a partire dai conteggi) non servono né infermieri, né assistenti sociali, né medici, né tanto meno équipe.

Permanendo i generici criteri regionali, con riferimento ad accesso/permanenza/dimissione, il mantenimento della fase estensiva, e in qualche caso intensiva, può essere fatto conseguentemente, applicando e interpretando il criterio previsto nel Dpcm 14.2.2001, che la Dgr 704/2006 richiama. Oppure per analogia si può far valere il criterio del livello estensivo (RD2) dell'area disabilità.

Per l'ennesima volta ribadiamo la richiesta di:

- rispettare quanto previsto per le RSA (e per analogia alle Cure intermedie) dalla Dgr 704/2006, in tema di esenzione della spesa dopo i 60 giorni;
- non assimilare il ricovero in regime intensivo (CI) a quello estensivo (RSA);
- specificare che i 60 giorni di esenzione non devono essere considerati nell'anno solare, ma vanno riferiti alle condizioni delle persone. Un ricovero successivo, che non ha relazioni con il precedente, non può essere considerato sua continuazione.

Questa lettera viene inviata anche al Difensore Civico regionale, con la richiesta di far rispettare la citata, vigente, normativa regionale. Assessore Saltamartini, saremmo lieti di conoscere il suo pensiero a riguardo.

Gruppo Solidarietà

30 giugno 2020

Perché l’obiettivo non può essere di “tornare come prima” Anziani e servizi residenziali nelle Marche

L’emergenza coronavirus con i suoi tragici effetti (ricordiamo che nelle Marche sono morte circa 1000 persone con età media di 80 anni) può diventare un’occasione per riflettere, analizzare e, in qualche caso, ripensare i nostri servizi? Mentre sperimentavamo fragilità, debolezza e impotenza, abbiamo pensato che dovevamo rivederne alcuni aspetti strutturali ed organizzativi? Non è stato messo in crisi un modello di assistenza e sostegno alla persona in condizione di fragilità? In particolare, rispetto ai servizi residenziali per persone anziane, quali suggerimenti abbiamo sentito necessario accogliere?

Seguendo in questi mesi anche il dibattito a livello nazionale, ho l’impressione che si stia correndo il rischio di derubricare quanto successo come una dolorosa parentesi, da chiudere il prima possibile, così da ritornare alla (precedente) normalità⁸. Ma se gli effetti così disastrosi della pandemia sono da ricondurre anche “al prima”, sono allora necessari ed urgenti cambiamenti, per i quali deve essere profuso tutto l’impegno possibile.

Ambito di questa riflessione

Riguarda le Marche. Non affronta, il tema complessivo degli interventi rivolti alle persone malate e non autosufficienti e dunque quali politiche di sostegno a partire, ad esempio, degli interventi a sostegno della domiciliarità. Si concentra su un pezzo dell’attuale sistema di offerta: l’assistenza residenziale e, nello specifico, gli interventi che in questo momento ricevono gli anziani - in particolare non autosufficienti - che vivono nelle residenze della nostra Regione. Una tipologia di intervento che, entro pochi giorni, sarà oggetto, da parte della Regione stessa, di una revisione dei requisiti di autorizzazione. Perché scegliere di concentrarsi sulla sola assistenza residenziale? Perché penso che alcuni cambiamenti di questo tassello significativo dell’offerta, possono (potrebbero) venire da un’analisi rigorosa di come stanno funzionando questi servizi.

Stiamo uscendo dalla fase dell’emergenza: ora si stanno affrontando le questioni legate agli accessi di nuovi “ospiti”, alla prevenzione del contagio, ecc Ma, dal mio punto di vista, sarebbe un grave errore ed una imperdonabile sottovalutazione, pensare che la sofferenza di questi mesi sia dovuta soltanto alla straordinaria emergenza che abbiamo affrontato⁹. Si può supporre, forse, il contrario¹⁰. Ovvero che la pandemia abbia fatto *esplosione* importanti problemi già presenti, che per una serie di ragioni (non solo di tipo economico) si è sempre scelto di non affrontare. Ci si chiede allora quale sia il livello di governo dell’attuale sistema dei servizi residenziali, dato che ad

⁸ Vedi, N. Dirindin, [Appunti e riflessioni per il dopo](#), Appunti sulle politiche sociali, n. 2/2020.

⁹ Per un approfondimento rimando a due precedenti contributi, [Della dignità e qualità di vita. Prima e dopo. Anziani e servizi residenziali](#) e [Assistenza residenziale anziani al tempo del coronavirus](#). Vedi anche [Sostegni domiciliari e assistenza residenziale. La risposta della Regione](#).

¹⁰ Anche se, forse non per molti attori del sistema, a partire dalla regione Marche, ma anche per gli enti gestori, che hanno partecipato alla stesura, non è così, se sostanzialmente i requisiti di autorizzazione di queste strutture non hanno subito modifiche significative rispetto alle normative di 15 e 20 anni fa.

oggi, nella nostra Regione, non pare si sia neanche abbozzata un’analisi ed una riflessione rispetto a quanto accaduto. Provo ad elencare alcune di queste criticità.

Chi abita le nostre residenze?

Penso che un primo punto irrinunciabile per l’analisi sia questo. Quali sono le condizioni (di salute) delle persone (circa 9.000) che abitano le nostre residenze? Nella nostra Regione si usa (o si usava) il sistema RUG per valutare il bisogno delle persone. Ma paradossalmente non per identificare l’appropriatezza del percorso assistenziale. Infatti, la “misurazione” avveniva (avviene) dopo l’ingresso. Una misurazione che appare, conseguentemente, del tutto inutile. Nonostante ciò, cosa emerge da quei dati? Che, ad esempio, persone malate e con bisogni sanitari rilevanti vengono inviate presso le Residenze Protette che hanno un “minutaggio infermieristico di 20 minuti al giorno/paziente”? Domande come questa potrebbero oggi essere poste anche dall’autorità giudiziaria chiamata a verificare l’adeguatezza dell’assistenza sociosanitaria nelle strutture che hanno avuto contagi e decessi.

O anche, su quale modello è organizzata l’assistenza medica nelle diverse tipologie di residenze? Nelle Case di riposo e nelle residenze protette, la responsabilità medica dell’assistito è dei MMG. Nelle Residenze sanitarie assistenziali la presenza dei MMG o di MCA viene indicata in 4 ore giornaliere per modulo da 20, più reperibilità telefonica (sarebbe utile conoscere quanti medici e di che tipo ruotano settimanalmente all’interno della residenza).

Il punto è che, nelle RSA a gestione diretta ASUR, la maggioranza delle persone ricoverate provengono dall’ospedale e vengono ricoverate per gestire la fase post acuta. Pur essendo classificate come RSA, sono del tutto assimilabili per tipologia di utenza alla post acuzie. E qui si pone un problema analogo a quello delle residenze protette. In questo caso un regime ed uno standard extraospedaliero, definito non per la gestione di pazienti in post acuzie.

Chi autorizza questi ricoveri? Chi dispone le dimissioni e con quale criterio? Chi stabilisce la durata del ricovero? Sono le Unità Valutative Distrettuali (UVI). La durata della degenza, in queste strutture, ha come riferimento un criterio cronologico o si basa sulle condizioni della persona? Si tratta di una questione che le Unità Valutative dovrebbero soppesare con grande attenzione per la responsabilità che si assumono nel momento in cui dispongono ammissioni, permanenze, dimissioni. Non sono cose nuove. Le poniamo pubblicamente all’attenzione da molti anni.

Standard assistenziale e non solo a prescindere dal Covid

Chi sta valutando se lo standard assistenziale di queste strutture è adeguato? Se le figure professionali previste rispondono alle esigenze delle persone ricoverate? Lo standard è un tassello importantissimo di un sistema, che ha bisogno anche di requisiti strutturali e organizzativi pensati e realizzati in base ai bisogni ed al benessere delle persone. E allora sarebbe importante capire, ad esempio, come sono cambiati strutturalmente i “reparti ospedalieri”, che con le disattivazioni iniziate negli anni novanta sono diventati residenze sanitarie assistenziali. Quanti *cameroni* a quattro letti sono rimasti? Quante camere, anche con due letti, permangono con spazi ridottissimi? Quali spazi per una vita di comunità.

Ciò ci porta a riflettere sul modello: un’altra questione, per nulla ideologica, che vede oggi prevalere la cosiddetta “efficienza gestionale”, del modulo su modulo, del ruolo del privato speculativo che tanto spinge in questa direzione. E’ importante riprendere con serietà e consapevolezza il tema della sostenibilità di questo modello, declinandolo innanzitutto in termini inclusivi e di qualità della vita. Un tema sul quale è doveroso ritornare. Troppo spesso la persona è ridotta alla sua patologia.

Quelli evidenziati sono solo alcuni degli aspetti che ci sembrano importanti per il nesso ineliminabile esistente tra qualità della vita e qualità della cura. Sono nodi che necessitavano di analisi, riflessioni e interventi indipendentemente dall'emergenza coronavirus. Ora abbiamo una spinta in più per farlo. Un'opportunità che sarebbe un vero peccato non cogliere.

20 maggio 2020

Della dignità e della qualità di vita. Prima e dopo. Anziani e servizi residenziali nelle Marche

Premessa

Nella nostra Regione sono morte circa 1000 persone con diagnosi di coronavirus. Sappiamo che, come nel resto del Paese, un numero consistente di persone è morto per la stessa causa, ma in assenza di diagnosi. Di questi, un imponente numero di anziani è deceduto nelle residenze di ogni tipo.

Questa enorme tragedia può, o forse più opportunamente deve, essere l'occasione per ripensare le politiche sociali e, all'interno di queste, il sistema degli interventi rivolti agli anziani, spesso con gravi malattie ed in condizione di non autosufficienza.

All'interno di questi interventi ci sono anche quelli che chiamiamo *servizi residenziali*, ma che sarebbe molto bello che fossero chiamati *abitativi*. Perché abitazione richiama la casa, e con essa affetti, familiarità, relazioni significative, attenzione, cura.

Proviamo allora a fare ciò che per troppo tempo abbiamo trascurato. Comprendere davvero cosa chiedono le persone, promuovere benessere relazionale, coniugare qualità di cura con qualità di vita, salvaguardare la dignità delle persone, evitare che il mercato e le sue logiche di profitto entrino con prepotenza nel sistema dei servizi alla persona e condizionino le risposte ai bisogni. Le persone malate vanno curate, ma in contesti che non le riducano a oggetti di procedure standardizzate e spersonalizzanti.

Nella regione Marche

In una precedente scheda [Assistenza residenziale anziani al tempo del coronavirus](#), avevamo cercato di analizzare la situazione dell'offerta residenziale per anziani nella nostra Regione, al fine di capire in quale contesto aveva avuto luogo la pandemia.

Successivamente la regione Marche, in risposta ad alcune [interrogazioni consiliari](#) ha fornito alcuni dati, redatti da ASUR, su contagi e decessi. Dati incompleti e imprecisi.

Allora forse, se vogliamo capire meglio di cosa stiamo parlando, è necessario sapere chi siano le persone che vivono nelle residenze per anziani, quali siano le loro condizioni e quali gli standard di personale previsti in queste strutture. Ci poniamo e poniamo delle domande, che possono aiutarci ad evitare analisi frettolose, superficiali, interessate, autoreferenziali.

1.a) Anziani che vivono nelle Case di Riposo (CR). Sono circa 1800/2000. Quanti di questi sono non autosufficienti e, in questo caso, chi ne ha disposto/autorizzato il ricovero in un [servizio residenziale per autosufficienti](#)? Queste strutture hanno standard di personale (20 minuti di assistenza per ciascuna persona accolta al giorno) pensati per persone autosufficienti. Come viene fatto fronte alle necessità di assistenza delle persone non autosufficienti? Chi dispone quanta ne sia necessaria, non essendovi criteri regionali di riferimento? Chi la paga? Quante sono le persone

con demenza? Riusciamo ad immaginarci come può, dunque, aver impattato, il Covid in contesti così deboli, dal punto di vista strutturale, per una inevitabile carenza di personale, a fronte del bisogno assistenziale e di cura delle persone accolte?

1.b) **Anziani non autosufficienti che vivono nelle residenze protette.** Sono circa 5.500, di cui 4500 usufruiscono di posti convenzionati con Asur. Sono strutture nelle quali l'assistenza infermieristica, è pari a 20 minuti al giorno per persona. Ciò significa, in una residenza di 30 persone, 10 ore di presenza infermieristica su 24. Ma chi sono i “non autosufficienti” ricoverati presso queste strutture? Quanti sono permanentemente allettati? Quanti con nutrizione artificiale? Quanti di loro, con demenza e disturbi comportamentali, sono accolti in nuclei per non autosufficienti? Quanti non hanno realmente bisogno di “prestazioni sanitarie complesse”? Insomma, cosa emerge dalla valutazione delle reali condizioni di vita di queste persone? Non si corre il rischio di ridurre i loro bisogni alla definizione cartacea presente sui requisiti autorizzativi?

1.c) **Anziani non autosufficienti che vivono nelle Residenze sanitarie assistenziali.** Sono circa 1200. Qual è il tempo medio di degenza per singola struttura? Quanti sono inviati da un reparto per acuti e di che tipo (chirurgico/medico)? Quale standard effettivo viene erogato nelle RSA pubbliche? Come si definisce il criterio della *stabilizzazione*, che è condizione per accesso in strutture che non sono deputate a gestire la post acuzie?

1.d) **Demenze.** Quanti sono i nuclei demenze nelle RSA e RP con personale specificamente formato nella gestione dei disturbi del comportamento? Quanti i posti (di qualche unità) riconosciuti per demenza (e dunque con aumento della quota sanitaria da 33,50 a 45 euro) distribuiti nelle residenze per non autosufficienti? Quanti in % sul numero complessivo delle persone con questa tipologia di disturbo?

1.e) **Cure intermedie.** Le inserisco, non perché rientrino nella tipologia dei servizi per anziani, ma perché la regolamentazione regionale le ha inserite nella casella dell'area anziani. Non sono strutture per anziani, ma servizi che gestiscono la post acuzie (assimilabile ad un codice 60/lungodegenza). Prevedono un tempo di degenza medio di 30 giorni, prorogabile. I posti attualmente attivi, circa 250, provengono dalla disattivazione di alcuni presidi ospedalieri.

2) **Aspetti tariffari.** Le residenze protette hanno una cronica sottostima delle tariffe. I gestori di queste strutture sono per lo più ex Ipab, trasformate in Fondazioni, e Comuni, in qualche caso ASP. Il privato for profit, qualora operi nell'area anziani, non si è mai interessato a questa tipologia di servizi (e men che meno a residenze di tipo sociale)¹¹, in quanto più interessato a servizi remunerativi del settore sanitario, se possibile con quote intermedie a carico del SSN, in subordine parziali ma significative¹². Inoltre cerca e sostiene l'aggregazione con posti “riabilitativi” e “psichiatrici”, integrando negli ultimi anni anche le Cure intermedie: ecco quindi la costruzione di

¹¹ La [tariffa](#) della convenzione attualmente in vigore, l'abbiamo già detto, è fortemente sottostimata. Quella per non autosufficienti, ad esempio, è di € 66,50 (Inf., 20m/giorno; Oss., 80 minuto giorno). La quota sanitaria in teoria è del 50% (nel rispetto della normativa LEA), ma difficilmente è superiore al 40% con una riduzione percentuale tanto più rapida quanto più aumentano le prestazioni aggiuntive (non solo alberghiere) a carico degli utenti.

¹² Le RSA anziani sono tariffate € 123 (€ 128 quelle per demenza). La quota sanitaria è di € 80,50, quella sociale di € 42,50 (dopo 60 giorni). In realtà tutti i gestori privati profit aumentano la quota sociale, nonostante le norme regionali non lo prevedano. Vedi in proposito [Quote sociali nei servizi sociosanitari della regione Marche e Residenze sociosanitarie. Contratti di ospitalità e quote sociali](#) L'assistenza alla persona è di 140 minuti (45 inf.; 85 Oss, 10 Fkt).

grandi contenitori, che producono quella magica efficienza gestionale adorata da funzionari, dirigenti, assessori e presidenti regionali.

Negli ultimi anni l'aumento di posti contrattualizzati di RSA anziani ha riguardato soggetti profit e non profit spesso in partnership nella gestione di strutture di grandi dimensioni. Sul versante profit da segnalare in particolare [Kos del Gruppo CIR](#) (già S. Stefano), che negli ultimi anni oltre ad ampliare la propria offerta riabilitativa, ha assorbito nuove strutture residenziali sia nell'area anziani che in quella psichiatrica.

Nelle Marche non è mai stata definita una tariffa sulla base della documentata costruzione dei costi. Le RSA anziani, ad esempio, fino al 2015 non avevano tariffa regionale. Quella che è stata introdotta era, sostanzialmente, quella contrattualizzata dalle ASL prima, e dall'ASUR poi, con i gestori privati.

Va segnalata l'eccezione tariffaria dei posti di RP Covid del [Consorzio Villa Fastiggi](#) (costituito da privato for profit e non profit) a Pesaro. La tariffa è di 85 euro (il 30% in più di quella prevista), senza che ciò sia motivato da maggiori oneri derivanti da aumento degli standard o dai costi per i dispositivi di sicurezza. Due sono le possibilità: a) iper tariffazione di questa struttura (85 euro); b) sotto tariffazione delle altre (66 euro). ASUR dovrebbe spiegarne la ragione.

3) Valutazione, accesso, dimissione. Da ultimo, i criteri con i quali si stabilisce l'accesso in una o nell'altra struttura, insieme alle modalità con cui le Unità di valutazione operano. Quale investimento negli anni si è operato nei riguardi di questi strumenti, nati per assicurare qualità nei percorsi di assistenza e cura? Quante persone vi lavorano, e come? Si ha infatti sempre più l'impressione che siano diventati luoghi amministrativi, volti a collocare le persone che necessitano di continuità assistenziale e/o dimissione protetta, non tanto sulla base della rilevazione del bisogno quanto sullo stato dell'offerta. Un *tradimento* della loro funzione. Eppure alle Unità di valutazione l'ASUR ha affidato il ruolo fondamentale di verificare lo stato dei contagi nelle residenze sociosanitarie, insieme all'identificazione dei supporti da assicurare. Una funzione che richiama competenze multiprofessionali e lavoro d'équipe. Sono realmente presenti?

4) Prima e dopo. Se guardiamo con un minimo di obiettività al sistema regionale di assistenza residenziale, dovremmo chiederci quale sia stato il livello di preoccupazione per assicurare risposte dignitose e in quali condizioni abbiamo permesso funzionassero alcuni servizi. Dobbiamo chiederci se davvero ci siamo interessati delle condizioni di vita delle persone accolte e come ci siamo adoperati per migliorarle.

Una domanda che potrebbe essere evasa attraverso le risposte ad alcune delle questioni, che sopra abbiamo posto.

Possiamo anche riflettere sul fatto che la regione Marche non abbia ritenuto di dover dare disposizioni in merito al contrasto del contagio in **tutte** le strutture residenziali, e che il 3 aprile alcune disposizioni sono state dettate dall'ASUR, rispetto a tre sole tipologie di strutture residenziali: Cure intermedie, Residenze sanitarie assistenziali, Residenze protette. Restando solo nell'area anziani, i circa 2000 ospiti delle Case di riposo non avevano necessità e diritto di indicazioni e disposizioni?

Per tornare da dove siamo partiti

Occorre ripartire dal riconoscimento del valore intangibile di ogni persona. Può probabilmente aiutarci in questo ritornare ai contenuti della nostra Costituzione e darne piena attuazione. Non è una possibilità, ma un dovere.

Articolo 2. La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Articolo 3. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Per approfondire

[Interrogazioni su interventi domiciliari e residenze sociosanitarie. La risposta della Regione](#)

[Assistenza residenziale anziani al tempo del coronavirus](#)

[Sostegni domiciliari e assistenza residenziale](#)

[Coronavirus. Assicurare sostegni alle persone non autosufficienti](#)

[Coronavirus e servizi](#), TG Regione del 22 aprile e 5 maggio 2020

[DOSSIER CORONAVIRUS. Norme, documenti, analisi](#)

2 maggio 2020

Coronavirus e residenze sociosanitarie per anziani nelle Marche

Anche nelle Marche l'emergenza coronavirus ha colpito in maniera estremamente pesante le persone anziane ricoverate presso le residenze sociosanitarie: ad oggi, non abbiamo il dato di quante siano decedute a causa dell'infezione (con diagnosi specifica o con sintomi senza diagnosi)¹³, in una Regione che ha avuto un numero molto alto di contagi e decessi.

Obiettivo di questo lavoro è offrire un quadro dell'offerta e della tipologia dei servizi residenziali rivolti agli anziani non autosufficienti nella nostra Regione e segnalarne alcuni aspetti organizzativi che permettono, forse, di capire in quale contesto si è calata la pandemia.

Tipologie di servizi residenziali

Purtroppo a livello nazionale non esiste una uniforme nomenclatura delle residenze per anziani: ogni regione ne definisce la tipologia, utilizzando denominazioni diverse. Casa di riposo (CR), Residenza sanitaria assistenziale (RSA) e in qualche caso addirittura "ospizio" sono state le definizioni che abbiamo letto e ascoltato in questo periodo. In alcune regioni (vedi Lombardia) le residenze che ospitano anziani non autosufficienti sono denominate e classificate come RSA. Questo ha determinato, anche da parte dei mezzi di comunicazione, l'utilizzo esclusivo di questo termine, provocando però un effetto fuorviante considerato che in altre Regioni esse fanno riferimento a servizi con funzioni diverse. Inoltre, aspetto molto preoccupante, si sono lasciate fuori dall'analisi/raccolta dati altre tipologie di struttura, che fanno invece parte dell'offerta residenziale sociosanitaria rivolta alle persone anziane. Questo problema si è palesato nelle indagini, effettuate dell'Istituto Superiore di Sanità, sul contagio nelle strutture (**[qui il terzo report](#)**

¹³ Al 2 maggio le persone decedute (con diagnosi) sono 927 con età media di 80,4 anni. Nei giorni scorsi il Gruppo Solidarietà ha proposto a consiglieri regionali due interrogazioni **[Interventi domiciliari e residenze sociosanitarie. Due interrogazioni](#)**, presentate da alcuni consiglieri (Busilacchi, Giancarli, Maggi, Pergolesi) e all'odg del Consiglio regionale del 30 aprile.

del 14 aprile). L'indagine ha riguardato, infatti, le tipologie di strutture classificate come RSA¹⁴, che, come si può verificare, rappresenta un campione del tutto non significativo rispetto all'assistenza residenziale nella nostra Regione.

Fatta questa premessa, cerchiamo di capire meglio la caratterizzazione dell'offerta regionale. Due sono le tipologie di residenze sociosanitarie: Residenza sanitaria assistenziale (RSA) e Residenza protetta (RP). Ad esse si affiancano strutture sociali, tra le quali la più diffusa, la Casa di Riposo (CR), si trova ad avere un'utenza che è in gran parte afferibile ad una Residenza Protetta. Tale fenomeno è dovuto ad uno scollamento tra l'autorizzazione e la tipologia reale di utenza accolta e produce incoerenza fra classificazione e funzione (struttura per autosufficienti che accoglie persone non autosufficienti).

Un altro aspetto da tenere in considerazione è quello relativo al cosiddetto "convenzionamento". I posti in una struttura possono essere autorizzati senza essere automaticamente convenzionati: in tal caso l'ente titolare deve rispettare i requisiti di autorizzazione, ma non ha alcun rapporto contrattuale con l'azienda sanitaria. I rapporti con l'utenza sono regolati da contratti diretti ed individuali, in base ai quali essa si assume per intero i costi del servizio. Nella stragrande maggioranza dei casi però all'interno della stessa struttura (quelle di più antica realizzazione, sono denominate, in genere Case di Riposo, mentre per quelle più recenti si utilizzano termini come "Villa" e "Residenza", che, aggettivate, hanno un discreto appeal commerciale) possono convivere posti con autorizzazione diversa, compresi posti di residenza protetta, che non vengono tutti convenzionati.

Fatte queste precisazioni, prendiamo in esame le 3 tipologie di strutture sopra indicate.

Residenze sanitarie assistenziali. Si possono stimare circa 1000-1200 posti attivi (compresi quelli per persone con demenze) e convenzionati. Negli ultimi anni c'è stato un considerevole aumento di posti contrattualizzati a gestione privata (soggetti profit e no profit, a volte anche associati) presso strutture di grandi dimensioni, polifunzionali e con moduli diversi, per poter accogliere nuclei di utenza differenziata (salute mentale, disabilità). Permane significativa l'offerta pubblica derivante dalla disattivazione ospedaliera dei primi anni novanta. La gran parte dei posti gestiti direttamente dall'ASUR accoglie malati in dimissione ospedaliera e molti dei ricoveri sono temporanei (assimilazione a reparto di post acuzie).

Residenze protette. I posti autorizzati e attivi sono circa 5.500; di questi, almeno 4.500 sono convenzionati. Le strutture sono poco più di 130. Dovrebbero accogliere anziani non autosufficienti, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse e persone con demenza senza rilevanti disturbi comportamentali.

Case di riposo. E' un tipologia di struttura per autosufficienti (o parzialmente non autosufficienti), ma si può stimare che il 60-70% delle persone ricoverate siano non autosufficienti. Ricordiamo che dal 2007 nelle CdR possono essere ammessi solo anziani autosufficienti: è dunque illegittimo l'ingresso di un anziano non autosufficiente. Nel caso di persone già ricoverate, per le quali durante la permanenza subentra una condizione di non autosufficienza, è compito delle

¹⁴ Il 12 aprile il Gruppo Solidarietà ha fatto presente questa problematica all'ISS, che il giorno successivo ha dato questa risposta. "L'indagine, rivolta al momento alle circa 2500 strutture censite nella mappa on line dei servizi per le demenze realizzata dall'Osservatorio Demenze dell'ISS (che raccoglie strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali, pubbliche e/o convenzionate o a contratto, che accolgono persone prevalentemente con demenza), si basa sulla compilazione di un questionario finalizzato ad acquisire informazioni sulla gestione di eventuali casi sospetti/confermati di infezione da SARS-CoV2". Questa scelta dipende dalla necessità di avviare il prima possibile una ricerca che potesse essere utile a descrivere il fenomeno. L'intenzione è comunque di estendere l'indagine".

Unità di valutazione distrettuale “definire il profilo assistenziale più adeguato”. In sostanza, se può rimanere e a quali condizioni. I posti attivi sono circa 2000. Altri 300 anziani (anche questi, dovrebbero essere autosufficienti) sono accolti presso Case Albergo e Alloggio¹⁵.

Posti, standard, tariffe

Nelle Residenze protette e nelle Case di riposo (che spesso sono fisicamente nella stessa struttura) sono ospitati la gran parte degli anziani non autosufficienti e persone con demenza della regione Marche. Possiamo stimarne circa 7000. Altri 600/700 sono ricoverati in maniera permanente presso le RSA (soprattutto in quelle private/convenzionate).

Un numero significativo (presumibilmente la maggioranza) delle persone ricoverate nelle residenze protette necessita di prestazioni sanitarie complesse e quindi con standard assistenziali più elevati. Non ci sono, purtroppo, dati regionali a supporto, ma ciò si può desumere dalle prestazioni aggiuntive di assistenza infermieristica e tutelare (indicate nelle convenzioni con Asur), che gli enti gestori addebitano agli utenti (vedi [QUI](#)). Ciò indica chiaramente che lo standard previsto dalla regione Marche nella maggioranza dei casi è inadeguato, perché non risponde ai bisogni reali dell’utenza (approfondisci [QUI](#)).

Lo standard per le residenze protette è infatti di 20 minuti di assistenza infermieristica e 80 minuti di assistenza tutelare (in caso di persone con demenza: assistenza tutelare aumentata di 20 minuti e 10/13 minuti di attività educativa/riabilitativa). E nelle Case di riposo? Lo standard è definito avendo come riferimento persone autosufficienti: almeno 20 minuti al giorno di assistenza tutelare. Ma, come sopra detto, se la maggioranza delle persone ricoverate non è autosufficiente, la necessaria integrazione di assistenza infermieristica e tutelare va in carico all’utente.

Per approfondire le questioni più importanti dell’assistenza residenziale rivolta agli anziani non autosufficienti, rimandiamo al **Quaderno**, [Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione](#). Vedi anche, [Quanti anziani in lista di attesa nelle residenze sociosanitarie delle Marche?](#) e [Requisiti servizi anziani. Tutti i nodi irrisolti della programmazione regionale](#).

Prima dell’emergenza

A fine febbraio 2020 la Regione stava approvando i nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali e sociosanitari diurni e residenziali. L’arrivo dell’emergenza ne ha, ad oggi, bloccato l’emanazione e speriamo ne faccia cambiare molti contenuti. Per quanto riguarda i servizi sopra indicati, non erano previste modifiche di sostanza. Invariati, sostanzialmente, gli standard assistenziali, organizzativi e strutturali. Dimensionamenti da 20/30 posti per “nucleo” con possibilità di accorpamenti¹⁶, di fatto, illimitati (permettendo così la realizzazione di strutture di enormi dimensioni). Le strutture già attive potevano mantenere, per quanto riguarda letti per camera, la regolamentazione previgente che permetteva anche di avere camere a 4 letti con tolleranza della superficie del 20% (Vedi, [Nuovi requisiti dei servizi. Nel segno della istituzionalizzazione](#)). Pensare che nel 2020 si possa prevedere l’esistenza di camere con 4 letti

¹⁵ Si può stimare in circa 2.000-2.200 le persone con disabilità e con disturbi psichici ospiti, in maniera permanente, di strutture residenziali. All’interno di quelle per la salute mentale qualche centinaio di posti accolgono anziani con disturbi psichici.

¹⁶ Per accorpamento si intende che, data la possibilità di strutture composte da “nuclei”, in genere di 20/30 persone, nello stesso edificio possano essere presenti più nuclei, generalmente distribuiti su piani diversi. Da segnalare che per tutte le strutture già attive, o in via di realizzazione, sul tema degli accorpamenti valgono le regole preesistenti che, a parte alcune eccezioni, erano tuttavia del tutto assenti. In proposito, [Quando gli accorpamenti non si vietano si consentono: la dimostrazione](#).

significa non tenere conto della dignità delle persone. E da qualche mese sappiamo anche che vuol dire non garantire condizioni di sicurezza in caso di epidemia.

Il percorso riguardante i nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento è stato oggetto di forte impegno del [Gruppo Solidarietà](#), volto a modificare le proposte regionali. Una proposta priva di un modello di riferimento e sostanzialmente supina e accodata alle richieste degli enti gestori profit, in particolare, ma anche no profit di grandi dimensioni. (vedi in particolare, [Definizione requisiti autorizzazione. L'inquietante indifferenza](#)).

La nuova regolamentazione, in linea con il percorso degli ultimi anni, promuove e potenzia le grandi concentrazioni. Strutture di grandi dimensioni multimodulari (anche con diversa tipologia di utenza) collocate fuori dai normali contesti abitativi, a scapito dei servizi territoriali e comunitari. In pochi mesi [la petizione](#) del Gruppo Solidarietà, contro l'impianto dei provvedimenti, ha raccolto oltre [1200 firme](#) ed è riuscita a far modificare alcuni contenuti del provvedimento, ma non l'impianto generale. Per un approfondimento: [Requisiti servizi sociosanitari. Le questioni in gioco nella proposta della giunta](#).

Dal punto di vista tariffario le strutture, dell'area anziani, più remunerative sono le RSA (tra i gestori profit delle RSA da segnalare [Kos del Gruppo CIR](#) che nelle Marche gestisce servizi riabilitativi ospedalieri ed extraospedalieri per circa 59 milioni di euro, [qui, pag. 2](#)).

Le residenze protette scontano una tariffazione sottostimata, ferma da più di 15 anni¹⁷. La Regione compensa la sottostima, permettendo il recupero sulle quote a carico degli utenti, che possono essere innalzate attraverso l'erogazione delle cosiddette prestazioni aggiuntive, comprensive anche di interventi sanitari e sociosanitari. La Regione non vuole aumentare la tariffazione perché sarebbe costretta ad aumentare le corrispondenti quote sanitarie e conseguentemente la spesa sanitaria; in cambio, di anno in anno, aumenta il numero dei posti convenzionati e i conseguenti budget delle strutture (da ultimo vedi [Dgr 1672/2019](#)). La [convenzione regionale](#) che regola i rapporti tra ASUR e le residenze protette è in proroga dal 2010. La mancata revisione da parte della Regione della convenzione impedisce di affrontare alcuni nodi strutturali di governo (Vedi, [Continuità assistenziale, appropriatezza, offerta](#)).

Per un quadro più dettagliato delle problematiche di questi servizi, vedi, [Autorizzazioni, convenzioni, fabbisogno. Sul "cronoprogramma" regionale](#) e [Residenze sociosanitarie per anziani. Norme, sentenze, tariffe, utenti](#).

L'impatto del coronavirus

In questo contesto¹⁸ impatta la pandemia. Un contesto nel quale, ad oggi, regione Marche non ha emanato alcun atto riguardante prevenzione e gestione del contagio all'interno delle strutture residenziali. Chi può, verifichi se in questo primato la regione Marche è sola o in compagnia. L'unico atto ([determina 162 del 3 aprile](#)), riguardante la gestione del contagio all'interno delle residenze è dell'ASUR Marche (che ... non è la Regione) nel quale stabilisce gli interventi di sostegno a favore di alcune tipologie di strutture per anziani (Cure intermedie¹⁹,

¹⁷ Da segnalare che nel recente [Accordo tra ASUR Marche e Consorzio Villa Fastiggi](#) per pazienti positivi al Covid 19, i posti di RP sono tariffati 85 euro (il 30% in più della tariffa prevista) senza che ciò sia motivato da maggiori oneri derivanti da aumento degli standard o dai costi per i dispositivi di sicurezza. Se la nuova tariffazione, invece, è determinata dall'effettiva analisi dei costi, l'adeguamento deve riguardare tutti e non solo alcuni.

¹⁸ Per approfondimento rimandiamo a nostri ultimi [due libri](#) (*Le politiche necessarie*, 2019 e *Le politiche perdute*, 2017), dedicati alle politiche regionali.

¹⁹ Le Cure intermedie seppur ricondotte nell'area anziani, gestiscono per la gran parte persone, di tutte le età, in post acuzie in dimissione ospedaliera. Addirittura, la regione Marche in fase di applicazione del Dpcm 12.1.2017 l'ha ricondotta all'art. 29 (assistenza residenziale ad elevato impegno sanitario). [QUI](#) abbiamo spiegato perché tale riconducibilità è palesemente errata.

Residenze sanitarie assistenziali, Residenze protette). Quindi, non per tutte le tipologie di strutture nelle quali sono accolti anziani, e men che meno nelle residenze all'area disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche.

Come sempre, le situazioni di forte crisi evidenziano aspetti e problemi che richiamano un *prima*²⁰. La domanda è quanta attenzione si è prestata alla qualità del sistema dei servizi e conseguentemente alla qualità di vita dei fruitori degli interventi (tradotto: quanta assistenza/sostegni e come, condizioni strutturali e dimensioni delle strutture, appropriatezza degli interventi, valutazione dei percorsi, ...). Se ne avevi tanta prima, ne avrai avuta altrettanta dopo. Se te ne sei occupato poco prima, difficile che te ne preoccupi dopo.

Per approfondire

[Interventi domiciliari e residenze sociosanitarie. Due interrogazioni](#)

[Sostegni domiciliari e assistenza residenziale](#)

10 luglio 2019

Residenze sociosanitarie per anziani delle Marche.

Le norme, i Giudici, le tariffe, le quote a carico degli utenti

La nota del Gruppo Solidarietà alla sentenza del TAR Marche, con riferimento alla questione sul quale lo stesso TAR si era pronunciato già nel 2010, riguardante la vicenda delle quote addebitate agli utenti della RSA "Anni Azzurri" di Ancona, ha provocato la scomposta reazione del "Comitato enti gestori strutture assistenza anziani senza scopo di lucro" nei confronti del Gruppo con un lungo elenco di "capi di imputazione"

A seguito di un comunicato del Gruppo Solidarietà (*allegato 1*), nel quale si dava notizia della Sentenza del TAR delle Marche riguardante il ricorso di alcuni utenti della RSA anziani "Anni Azzurri" di Ancona in merito alle rette a carico degli utenti stessi (periodo 2008/10), il "Comitato enti gestori strutture assistenza anziani senza scopo di lucro"²¹, d'ora in poi Comitato (*allegato 2*) ha inviato una lettera di replica al Gruppo Solidarietà e all'Assessorato alla Sanità della regione Marche.

La nota - che si guarda bene dall'analizzare e commentare i contenuti della Sentenza - in modo diffuso e reiterato esprime sbalordimento per quanto scritto dal Gruppo Solidarietà che a parere del Comitato (sintetizziamo) si è fatto oggetto di pericolosissima disinformazione; incapace, inoltre, di rendersi conto delle delicatissime questioni in ballo, si è permesso addirittura di presentare - a cuor leggero - come fuori legge gli enti gestori, attraverso la sottile minaccia del ricorso al giudice. Gruppo, infine, che, informando erroneamente, e fornendo valutazioni azzardate che screditano l'operato degli enti, si rende responsabile anche di un pessimo servizio alla collettività. I *capi di imputazione*, come si può constatare, sono molti e pesanti. Il Comitato, in sostanza, ci accusa di essere degli infami calunniatori.

Ciò premesso, ritenendo inutile e non dignitoso porci allo stesso livello, tentiamo di stare nel merito delle questioni, cercando di evitare la strada percorsa dal Comitato, ovvero sovrapporre piani distinti. Una strategia, in genere, funzionale a creare confusione (e, come in questo caso,

²⁰ In questo senso ha destato una certa impressione l'attacco virulento del presidente della giunta regionale Ceriscioli, nonché assessore alla sanità e servizi sociali, alle residenze per anziani, [vedi qui](#). Quando si ritiene che le responsabilità siano sempre degli altri, è il segno evidente che c'è, in noi, qualcosa che non va.

²¹ D'ora in poi Comitato. Dalla lettera non si evince, peraltro, quali sono le strutture che compongono detto Comitato e dunque a nome di chi si parli.

denigrazione) e volta, attraverso grida e lamenti, ad enfatizzare emotivamente le proprie posizioni. Cerchiamo allora di procedere con un po' d'ordine, tornando soprattutto all'oggetto: le pronunce del TAR Marche.

1) Innanzitutto occorre evitare di considerare la recente sentenza del TAR come atto che riguardi un passato che non ha più nulla a che vedere con l'attuale situazione delle quote sociali delle residenze sociosanitarie. La vicenda risale al 2008 (vedi Ordinanza [n. 189/2010](#)) e riguarda l'accordo tra Regione, ASUR e RSA Anni azzurri. (vedi nel dettaglio Allegato 1). La sentenza del TAR (quindi non una nostra opinione), ripercorrendo nel dettaglio la vicenda, conferma (anche per il 2008) quanto già stabilito per gli anni successivi: la tariffa non poteva derogare a quanto stabilito dalla normativa regionale. Quindi quota sociale pari al massimo a € 41,25 (€ 33 +/-25%) (vedi Dgr [704/2006](#) confermata da Dgr [480/2008](#)²²).

Dette norme non sono più in vigore, ma le pronunce del TAR e del Consiglio di Stato, piaccia o no, hanno richiamato un principio tuttora valido: l'inderogabilità ed il conseguente rispetto della norma regionale che disciplina, in questo caso, l'importo della quota sociale (a carico di utente e/o Comune) in un servizio sociosanitario, come una RSA anziani. Un primato che nel 2008 gli utenti di “Anni Azzurri” hanno fatto valere per la loro specifica situazione. Va da se che nel caso in cui fossero presenti situazioni analoghe, è probabile che un Giudice investito della stessa questione assumerà la stessa posizione.

2) Il secondo aspetto riguarda la normativa vigente delle RSA e RP anziani. La nota del Comitato, nell'affrontare il tema, non presenta in maniera adeguata il quadro normativo regionale riguardante le Residenze protette (RP) e le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) anziani. Occorre invece conoscere nel dettaglio i termini della questione:

a) **RSA anziani**: non esiste alcuna convenzione approvata a livello regionale, che disciplini il rapporto fra queste strutture e l'ASUR, che dovrebbe applicarla. Fino alle dgr 1011/2013 e 1331/2014 (Vedi [RSA anziani: l'improcastinabile regolamentazione](#)), la regione Marche non aveva definito nemmeno standard assistenziali e tariffa, ma soltanto la quota a carico degli utenti (€ 33 +/- 25%). Gli accordi tra soggetti privati ed ASUR ([vedi qui](#)) venivano quindi stipulati caso per caso, in assenza di specifiche norme regionali. Con la Dgr 1331 (vedi [qui](#) e [qui](#)) si è giunti alla definizione degli standard (all. b), delle tariffe e delle relative quote sanitarie e sociali (all. C), avendo, sostanzialmente a riferimento quanto contenuto negli accordi fra ASUR e strutture private (vedi [qui, pag. 24](#)):

- RSA anziani: standard 140 minuti/ospite (Infermiere, Oss, Fkt); tariffa: 123 euro (80.50 + 42,50);
- RSA demenze: standard 150 minuti/ospite (Infermiere, Oss, Fkt/animazione); tariffa 128 euro: 85.50 + 42.50.

La quota sociale, che precedentemente poteva raggiungere al massimo € 41.50 (€ 33 + a determinate condizioni 25%), veniva sostanzialmente confermata ed anzi leggermente aumentata. Ed infatti non si sono levate proteste da parte degli enti gestori.

Quindi, sulla base della vigente legislazione e della sentenza del Tar sopra illustrata, il Gruppo Solidarietà, sperando che non venga considerato un delitto, ritiene che la quota a carico dell'utente non possa eccedere i € 42,50, e debba comprendere anche le spese che alcune strutture considerano aggiuntive, assoggettandone il costo agli utenti (come ad esempio il lavaggio degli indumenti).

²² Ricordiamo che l'allegato A) della Dgr 704 riguarda la convenzione allora vigente per le “RP o nuclei di RP in Case di riposo”, a differenza dell'allegato B) riguardante invece criteri tariffari per RSA e RP.

b) **Rp anziani:** In questo caso, il rapporto tra enti gestori ed ASUR è disciplinato da una convenzione del 2010 (dgr 1729) che, purtroppo, nonostante le evidenti problematiche applicative, la regione Marche non ha più modificato (vedi [qui](#) e [qui](#)). Gli articoli 15 e 16 disciplinano tariffa, quota sanitaria e quota sociale.

Su un punto è però necessario sgombrare subito il campo da ogni dubbio. Ovvero che il Gruppo Solidarietà ritenga o abbia ritenuta congrua la tariffa di 66 € per le RP anziani (minutaggio 100 minuti). Adombrare questo, come vorrebbe far supporre il Comitato, dimostra, nel migliore dei casi, una gravissima disonestà intellettuale. Basti ricordare [questo appello](#), promosso nel 2009 dal Gruppo e da Anoss, cui ha aderito anche il Comitato, nel quale si chiedeva alla regione Marche di adeguare le tariffe agli standard delle RP. Non solo: il Gruppo Solidarietà ([vedi qui da pag. 5](#)) ha sempre sostenuto che il mantenimento della tariffa a 66 € non calмира la quota sociale. La sottostima della tariffa, rispetto agli standard organizzativi necessari, ha determinato, attraverso il meccanismo perverso ed incontrollato delle prestazioni aggiuntive, una contribuzione degli utenti superiore al 50% della tariffa previsto dalla normativa LEA. È importante sottolineare come tali prestazioni non riguardino solo il comfort alberghiero, ma anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie (infermieristiche, riabilitative, tutelari). A dimostrazione, in moltissimi casi, dell'inadeguatezza dello standard assistenziale previsto dalla regione Marche che nemmeno i nuovi requisiti di autorizzazione prevedono di modificare!

Invitiamo quindi il Comitato a leggere, capire e *ricordare* i termini della questione, prima di mettere in bocca, a qualcun altro, affermazioni inesistenti. Potrebbe anche accorgersi che è grazie alla spinta dei molti che hanno a cuore i diritti delle persone e la qualità dei servizi, e che hanno saputo tematizzarli al di fuori dei propri interessi, che il numero dei posti convenzionati (come da standard di legge 20/2002) è più che raddoppiato in un decennio. Si rifletta su quanto sia dannosa un'autoreferenzialità incapace di vedere oltre il proprio interesse specifico.

Tornando alla questione dell'entità della quota sociale, per quale ragione nella nostra nota di commento alla sentenza del TAR, abbiamo definito “ambiguissima” la regolamentazione tariffaria delle RP? Perché nell'allegato C, [pag. 15](#) della DGR 1331/2014, che disciplina tariffe e ripartizione degli oneri, solo nelle RP (anziani e demenze) non è riportata la quota a carico degli utenti, rimandando al contenuto delle Dgr 704/2006 e 1729/2010. Cosa stabiliscono queste norme? La possibilità di mettere in carico agli utenti prestazioni aggiuntive (ad esempio [qui da pag. 12](#) [quelle riguardanti l'anno 2017 nell'AV 2 di Ancona](#)) rispetto alla quota sociale che deve essere, secondo la normativa sui Livelli essenziali, pari al 50% del costo della tariffa.

Ma quali sono le prestazioni aggiuntive che possono essere messe in carico agli utenti? E se i LEA prevedono, per la lungoassistenza/mantenimento, che la tariffa sia ripartita al 50% tra quota sanitaria e quota sociale, come può essere giustificato un disequilibrio tra le due quote?

La Regione Marche ha deciso di non decidere. O meglio ha deciso di bloccare la tariffa pur ritenendola inadeguata ed ha finanziato, nei fatti (nei soli posti convenzionati), una quota sanitaria svincolata dalla percentuale prevista nei LEA, dando al contempo la possibilità agli enti gestori di poter mettere in carico agli utenti prestazioni aggiuntive di ogni tipo (per un dettaglio vedi [qui da pag. 12](#)). Il motivo è semplice: aumentare la tariffa comporterebbe l'aumento automatico della quota sanitaria (che deve essere pari al 50%) e quindi, dato il numero dei posti convenzionati, una maggior spesa di diversi milioni di euro. E questo è ciò che la Regione vuole evitare ad ogni costo.

Nel contempo la stessa Regione è intervenuta: a) con un decreto (19/2012), nel quale ha stabilito che le prestazioni aggiuntive debbano essere erogate su richiesta formale dell'utente ([qui pag. 13](#)); e poi b) con nota del 23.2.2011 del direttore del Dipartimento servizi alla persona, ([qui da pag. 16](#)), in cui ha comunicato all'ASUR che la quota massima aggiuntiva non può comunque superare il 50% della quota utente: quindi €33 + €16,50, pari a € 49,50. Facciamo notare che L'ASUR, nelle convenzioni con le residenze protette, **non** ha mai rispettato tale indicazione (per

maggior dettagli rimandiamo al Quaderno del Gruppo Solidarietà: [Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione](#)).

Il Gruppo Solidarietà ha sempre sostenuto l'irragionevolezza dell'indicazione regionale circa la possibilità di prevedere fino al 50% di aumento della quota sociale, ed ha indicato un altro percorso: 1) procedere ad un calcolo della tariffa sulla base degli standard organizzativi effettivi, così che, qualora si rilevi la necessità di maggiore assistenza sociosanitaria, si possa pensare o ad una struttura diversa oppure ad una maggior partecipazione economica della sanità, se si voglia rimanere in RP; 2) stipulare una nuova convenzione che indichi nel dettaglio le prestazioni che debbano essere assicurate perché incluse nella tariffa. Un percorso di trasparenza che si è rinunciato in questi anni a percorrere.

Altre questioni sono state già sollevate in passato, e per chi fosse interessato a farsi un'idea più "ampia", rimandiamo al documento: [ASP "Grimani Buttari" risponde al difensore civico](#).

Ognuno è evidentemente libero di pensarla come crede e di battersi per ciò che ritiene. Noi pensiamo che le Istituzioni debbano garantire servizi di qualità e renderli accessibili ad ogni persona, a prescindere dalle sue condizioni economiche ed in base ai suoi bisogni. Ciò significa standard adeguati, tariffe corrispondenti agli standard, integrazione delle rette da parte degli enti locali quando i redditi degli utenti sono insufficienti. In democrazia poi il conflitto tra interessi divergenti è non solo fisiologico, ma vitale. Può essere utile per tutti farsene una ragione, e la vicenda di "Anni Azzurri" qualcosa forse può insegnarla.

Allegato 1

9 giugno 2019

Cosa suggerisce la nuova sentenza del TAR Marche su quota utenti RSA "Anni azzurri" di Ancona

La **recente sentenza del TAR delle Marche** riguardante la vicenda delle quote a carico degli utenti presso la RSA Anni Azzurri (gruppo KOS-CARE) non aggiunge ulteriori novità rispetto alla **ordinanza del TAR n. 189/2010**, confermata poi dal Consiglio di Stato (ordinanza 3061/2010). La nuova Sentenza, riconosce anche nel secondo semestre 2008, la restituzione agli utenti delle cifre indebitamente versate già riconosciute con decorrenza 2009.

Il ricorso (vedi gli approfondimenti in nota) nasce a seguito della richiesta da parte della RSA di una quota a carico degli utenti superiore a quella fissata dalla normativa regionale (50 euro contro un massimo, a determinate condizioni di 41,25).

La nuova sentenza è importante perché ricorda - a quanti continuano a non intendere - che le norme disciplinanti, come in questo caso, la quota di contribuzione a carico degli utenti non sono indicazioni generiche ma vincolanti che ogni soggetto è chiamato a rispettare. Cosa dispongono le attuali norme riguardo le quote a carico degli utenti nelle residenze sociosanitarie e nello specifico quelle per anziani?

- nelle **RSA anziani e demenze** la quota quota sociale a carico degli utenti (e/o Comune) determinata dalla dgr 1331/2014 è pari a **42.50 euro** giorno. Una cifra che la norma non prevede suscettibile di aumenti. Ciononostante RSA sia pubbliche che private chiedono (e nella sostanza obbligano) quote superiori a 42.50 euro.

- l'ambiguissima normativa riguardante le **RP anziani e demenze** stabilisce in **33 euro** la quota a carico dell'utente, "ampliabile" fino a 49 ma a condizione che le prestazioni "extra accreditamento" **siano richieste dagli utenti**. Anche in questo caso molte strutture (e per ragioni diverse) assoggettano agli utenti quote superiori.

Dunque, sia per le RSA che per le RP, se le quote a carico degli utenti sono superiori a quelle stabilite dalla vigente normativa non ricorre una situazione diversa da quella riguardante la RSA Anni Azzurri per la quale TAR e Consiglio di Stato hanno disposto la restituzione delle somme indebitamente percepite.

Sarebbe opportuno non costringere le persone a ricorrere al giudice per far rispettare le norme; così come sarebbe auspicabile che regione Marche smettesse di guardare dall'altra parte e richiamasse al rispetto delle norme che essa stessa ha emanato.

Gruppo Solidarietà

Per approfondire:

- **RSA "Anni Azzurri" di Ancona. Sulla sospensiva del TAR Marche**
- **RSA "Anni Azzurri", non convince la risposta della Regione**
- **A proposito dell'Accordo tra Regione - Asur e RSA "Anni Azzurri"**
- **RSA "Anni Azzurri" Dove sono i forti, dove i deboli**
- **Marche. Residenze sociosanitarie. Contratti di ospitalità e quote sociali**
- **Le prestazioni extra accreditamento nelle Residenze protette anziani delle Marche**

Allegato 2

Senigallia, 21 giugno 2019

c.a. GRUPPO SOLIDARIETA'

c.a. - Dirigente alla Sanità Regione Marche, D.ssa Lucia Di Furia

e p.c. - Presidente della Regione Marche, Prof. Luca Ceriscioli

Oggetto: questione prestazioni aggiuntive - RSA

Abbiamo letto la *newsletter del 9 giugno 2019 dal titolo "Cosa suggerisce la nuova sentenza del TAR Marche su quota utenti RSA "Anni Azzurri" di Ancona e siamo rimasti sbalorditi da ciò che viene affermato dal Gruppo Solidarietà.*

Il concetto di fondo che viene trasmesso, in modo fuorviante ed inaccettabile, è che le quote a carico degli Ospiti delle RSA o delle RP non possono superare le cifre stabilite dalla DGRM n. 1331/2014 e che, pertanto, le eventuali somme eccedenti dovranno essere restituite perché indebitamente percepite.

Non vogliamo e non possiamo entrare nella specifica questione legale che ha interessato la RSA "Anni Azzurri" ma intendiamo con forza e con la massima chiarezza intervenire sulla questione in quanto riteniamo che questa disinformazione sia pericolosissima.

La Regione Marche, con delibera della Giunta Regionale n. 1729 del 29/11/2010, ha approvato il modello di convenzione da utilizzare per Residenze Protette per anziani e dal quale si evince, altresì, che le strutture devono garantire uno standard minimo di assistenza.

Va osservato un aspetto importante della questione e cioè che, prima dell'emanazione della suddetta delibera regionale, molte strutture per anziani (RP o RSA) avevano già implementato un'organizzazione con prestazioni superiori allo standard regionale in quanto del tutto indispensabili a garantire un servizio appropriato e di alta qualità.

Questi servizi aggiuntivi vengono erogati con tanto di lavoratori assunti a tempo indeterminato e questi servizi sono stati organizzati in modo indiviso e per tutti gli anziani ospitati.

La Regione Marche ha fissato con la deliberazione di Giunta n. 1729/2010 un principio secondo il quale gli Enti Gestori devono garantire a tutti i cittadini marchigiani un livello minimo di assistenza; ma d'altro canto, ha anche fissato il principio secondo il quale possono essere erogati servizi aggiuntivi o possono essere erogati confort alberghieri extra rispetto allo standard regionale i cui costi, ovviamente, saranno da porre a carico dei singoli cittadini (*vedi punto 6.1 dello schema di convenzione*).

Quant'ultimo aspetto va a tutelare il diritto costituzionale alla libera iniziativa economica, nella fattispecie degli Enti Gestori (art. 41 della Costituzione) e, contestualmente, **il diritto di libera scelta da parte dei Cittadini (art. 2 Costituzione e art. 3, comma 4 Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali")**. Di conseguenza, se da un verso la Regione Marche ha fissato standard di assistenza minimi, è basilare che un Ente Gestore possa offrire e erogare un pacchetto di servizi aggiuntivi a tali standard ed è altrettanto fondamentale che un **cittadino possa scegliere** la Struttura per Anziani più consona alle sue aspettative e in base ai servizi offerti.

Riguardo agli standard di assistenza indicati dalla citata DGRM 1331/2014, va inoltre ricordato che questi sono da considerare **minimi** e che la presenza di rette a carico degli ospiti con importi superiori a quelli indicati dalla citata deliberazione regionale derivano dalla presenza di prestazioni aggiuntive, cioè di maggior personale e/o di maggiori confort alberghieri. Siamo nel 2019 e le famiglie vogliono servizi all'altezza dei tempi e quindi gli enti gestori che si sono mostrati sensibili a queste richieste hanno da sempre praticato un'assistenza che oggi risulta superiore allo standard regionale e hanno liste d'attesa lunghe; non sempre questo accade quanto le prestazioni rese sono quelle minime dello standard.

Se solo per ipotesi accadesse quello che sostiene il Gruppo Solidarietà e cioè che il costo della retta a carico dell'ospite non può essere superiore a quanto indicato nella delibera DGRM 1331/2014, si avrebbe come effetto **deleterio e paradossale** la riduzione delle prestazioni aggiuntive rese e, a cascata, si avrebbe il licenziamento di una parte del personale in servizio e la conseguente inevitabile protesta dei familiari, **che già oggi chiedono che il personale venga aumentato**. Si ribadisce, a scanso di equivoci, che nelle prestazioni aggiuntive vengono inserite attività all'insegna della qualità di vita degli anziani (*es. maggiori confort alberghieri, animazione, fisioterapia, sostegno psicologico, maggiore assistenza socio sanitaria, maggiore presenza infermieristica, e tante altre prestazioni non coperte dalla tariffa sanitaria*).

In particolare, non va dimenticato che i costi medi delle Residenze Protette per anziani per la gestione di un anziano non autosufficiente è pari a circa 90 euro al giorno. Come si fa quindi a pensare di considerare congrua la cifra di 66 euro al giorno e come si fa a sostenere, nell'ottica della tutela dell'utente come sembra fare il Gruppo Solidarietà, che si debba praticare una retta di 33 euro al giorno!!!. La tariffa dei 66 euro al giorno è stata concepita nel 2002 e messa a sistema nel 2005 e da allora ad oggi gli enti gestori hanno riscontrato aumenti sui costi sia per i rinnovi dei Contratti di lavoro sia per l'aumento dei prezzi al consumo.

Ancora più grave è la circostanza che una buona parte gli enti gestori marchigiani si trovano ancora con una percentuale di convenzionamento di posti letto di RP, rispetto ai posti letto autorizzati, pari al 66% (su 100 posti letto autorizzati solo 66 sono convenzionati) e questa gravissima anomalia sta creando grossissimi problemi di tenuta contabile e pesanti perdite economiche sui Bilanci degli enti gestori, che vogliamo ricordare sono enti senza scopo di lucro.

A breve la Regione Marche emanerà i nuovi manuali di accreditamento e questi avranno un impatto pesantissimo sulla gestione operativa degli enti: si avrà un **impressionante** aggravio degli adempimenti gestionali e una inevitabile crescita dei costi di gestione, quindi una conseguente crescita delle rette di ospitalità.

Se le risorse economiche concesse dal sistema regionale sono queste (66 euro al giorno) e ci sono enti gestori che intendono dare un servizio adeguato ai tempi e quindi erogano prestazioni aggiuntive non coperte dalla tariffa sanitaria, non è corretto impostare la questione come fa il Gruppo Solidarietà che, ignorando le delicatissime questioni in ballo, **si permette a cuor leggero di presentare alla pubblica opinione gli enti gestori come dei "fuori legge" e addirittura li richiama all'ordine con la sottile minaccia del ricorso al giudice**. A ben guardare non vengono nemmeno ben riportate le argomentazioni del giudice visto che si omette di chiarire che è lo stesso TAR Marche che afferma che la deroga ai limiti tariffari non è giustificabile non tanto in se e per se, quanto perché *"l'erogazione di standard assistenziali superiori da parte della RSA non risulta essere stata accertata dall'Amministrazione sulla base di una compiuta istruttoria svolta ad un controllo della spesa effettivamente sostenuta dalla struttura"* (cfr. punto 16.3).

Il Gruppo Solidarietà al contrario da una informazione erronea per la quale le rette di ospitalità non possono superare la cifra indicati dagli atti regionali e questa, come si può comprendere da quanto sopra illustrato, non è un buon servizio alla collettività.

Si chiede pertanto alla Regione Marche di intervenire su questa materia ponendo chiarezza sulla questione delle **spese aggiuntive** come già più volte richiamato da noi enti gestori e che, anche in questo caso, dobbiamo registrare un mancato rispetto degli impegni presi. Su un tema così delicato non si può scherzare, lasciando nell'indeterminatezza le cose, e soprattutto esponendo chi quotidianamente opera in balia di valutazioni azzardate e che screditano l'operato degli enti stessi.

In attesa di un cortese ed urgente riscontro da parte della Regione Marche, si saluta cordialmente.

p. il Consiglio del Comitato
il Presidente, dr. Mario Vichi

9 maggio 2018

Residenze protette per anziani non autosufficienti e persone con demenza

Modalità di accesso, tipologia di utenza, liste di attesa

Tra prassi sbagliate e comportamenti illegittimi

Chi sono, o dovrebbero essere, gli ospiti delle residenze protette per anziani e demenze? Quale lo standard di personale? Chi dispone l'accesso e con quali modalità?

Le modalità di “funzionamento” delle residenze protette per anziani non autosufficienti sono regolamentate dalla legge 20/2002 in materia di autorizzazione delle strutture sociali e sociosanitarie, dai successivi **Regolamenti** e dalla Convenzione (**Dgr 1729/2010**) tra le stesse e l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR).

Offerta, regolamentazione, convenzionamento

Nel **2017** sono stati **convenzionati** complessivamente **3957 posti**. Di questi **3702** sono rivolti ad anziani non autosufficienti; **255** a persone con demenza. Poiché al gennaio 2018 i posti autorizzati risultano essere **5287** (4487 per anziani e 400 per demenze), i posti autorizzati, ma non convenzionati, sono **1330** (dati ripresi dalla **risposta** ad una **interrogazione consiliare** dello scorso 27 marzo²³). A questi posti vanno aggiunti quelli delle Case di Riposo, che, seppur destinate ad anziani autosufficienti o parzialmente tali, in realtà sono occupate per la massima parte da anziani non autosufficienti e persone con demenza. Sono circa **2250** posti.

Ciò significa che l'accoglienza nelle Residenze Protette non è uguale per tutti, perché è diversa la valenza dei diversi posti disponibili. Ciò genera, inevitabilmente, situazioni di disuguaglianza tra utenti che hanno il medesimo bisogno. Per i posti convenzionati, parte del costo è assunto dall'ASUR attraverso la cosiddetta *quota sanitaria*. Di conseguenza, la quota a carico dell'utente o del Comune è più bassa.

Nei posti autorizzati, ma non convenzionati, l'utente paga per intero il costo del servizio, in quanto non c'è quota sanitaria e il rapporto tra strutture e utente è di tipo privatistico (anche se in molte strutture, al fine di non fare differenze tra persone in identiche condizioni, la quota utente non varia. Si danno allora due possibilità: a) qualcun altro mette la quota sanitaria; b) la quota sanitaria, ad insaputa degli aventi diritto, viene spalmata su tutti i ricoverati, con conseguente aumento della quota a carico dell'utente nei posti convenzionati).

Un anziano non autosufficiente o con demenza non dovrebbe invece essere ricoverato in una Casa di Riposo, in quanto non è una struttura autorizzata per l'accoglienza di persone non autosufficienti. Quando questo accade ci sono precise responsabilità: a) della struttura che accoglie una persona in un servizio non deputato ad accoglierla, b) del Distretto sanitario e delle Unità valutative distrettuali, che hanno la responsabilità della valutazione della persona e della definizione del percorso assistenziale. Distretto che dovrebbe diffidare la residenza che compie un atto illegittimo. Per un approfondimento vedi la **[Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.](#)**

²³ Il numero riportato nella risposta alla interrogazione è minore (1230), ma abbiamo ritenuto opportuno prendere come riferimento il dato riportato nelle convenzioni tra ASUR e residenze protette.

Infatti, quando un anziano non autosufficiente o una persona con demenza è ricoverato in una Casa di riposo, quale e quanta "assistenza riceve"? Quella che la struttura ritiene necessaria: e se 20 minuti di assistenza/giorno alla persona è lo standard della CdR, tutto il "minutaggio" aggiuntivo, necessario a raggiungere una assistenza dignitosa, sarà a carico dell'utente. In alcuni casi, una parte di questi "minuti" viene rimborsata forfetariamente dal Distretto Sanitario come Assistenza Domiciliare Integrata.

Utenza e modalità di accesso

Se questo è il quadro dell'offerta, qui ci interessa analizzare quale sia la "tipologia di utenza" e quali le modalità di accesso. Per meglio capire a quali persone siano destinate queste residenze, pare opportuno indicare quale sia lo standard di personale previsto.

Tabella 1, Standard di personale RP anziani e demenze

RP anziani: Totale: 100 minuti. Oss: 80m; Infermiere: 20
RP demenze: Totale: 130 minuti. Oss: 100m; Infermiere: 20; FKT/attività educativa: 10m

I destinatari del servizio

Riprendiamo dalla Convenzione tra ASUR e residenze (Dgr 1729/2010) e dai requisiti di autorizzazione (RR 3/2016) la tipologia di utenza.

Art. 2 - Oggetto

1. L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, le cui problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale che necessitano di un livello elevato di assistenza tutelare e di un livello di tutela sanitaria comunque inferiore a quello erogato dalle RSA.

L'assistenza, offerta presso la Residenza Protetta, è rivolta a soggetti di norma ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza misurabile con le scale di valutazione previste dai vigenti atti regionali che disciplinano l'accesso al sistema delle cure domiciliari. Si tratta di soggetti soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo ai quali va garantita una adeguata assistenza da parte di equipe multiprofessionali attraverso interventi multidisciplinari sanitari e sociali non attuabili a domicilio.

L'assistenza è offerta, ad esaurimento, anche a soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura purché compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

Regolamento 3/2016

Definizione. La Residenza Protetta è una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

Tipologia dell'utenza. L'utenza anziana non autosufficiente a cui è destinata la Residenza Protetta può essere suddivisa in due tipologie:

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.

La valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di medesime scale di valutazione multidimensionali individuate dalla regione Marche.

Non dovrebbe essere necessario ribadire dunque che le residenze protette possono ospitare persone non autosufficienti le cui condizioni sono compatibili con lo standard assistenziale sopra indicato (per esemplificare, ricordiamo che *20 minuti/persona di assistenza infermieristica* per un nucleo di 20 utenti, sono equivalenti ad una presenza giornaliera dell'infermiere inferiore alle 7 ore). Quindi dovrà essere compito dell'Unità valutativa (vedi punto successivo) verificare la compatibilità del ricovero in una residenza protetta di una persona con necessità sanitarie complesse e comunque incompatibili con lo standard previsto.

Vediamo ora come si accede alla residenza protetta. Riprendiamo dall'articolo 5 della Convenzione.

Art. 5 - Modalità di accesso alla Residenza Protetta

1. L'accesso alla Residenza Protetta avviene solo a seguito di parere favorevole dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) secondo la seguente procedura:
 - a) Richiesta dell'interessato o di chi è civilmente obbligato o del Medico di Medicina Generale, delle strutture ospedaliere o dei Servizi sociali del Comune corredata da scheda compilata dal sanitario utilizzando la modulistica regionale destinata all'accesso al sistema delle cure domiciliari. La richiesta o la segnalazione va presentata presso le strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA - o, laddove non presente, Segreteria delle cure domiciliari);
 - b) Valutazione della domanda da parte dell'UVI sulla base delle modalità previste dalle norme vigenti ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
 - c) Inserimento del cittadino con i requisiti per l'accesso alla Residenza Protetta nella lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale;
 - d) Domanda di ricovero del cittadino alla Residenza Protetta scelta che procede all'accoglienza nel rispetto della lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale e della disponibilità di Posti Letto (PL) della Residenza Protetta.
2. In caso di assenza di PL disponibili il cittadino verrà collocato in una lista d'attesa la cui trasparenza è garantita dal responsabile dell'UVI.

Su questo aspetto intendiamo porre ora l'attenzione. Su funzioni e modalità organizzativa dell'Unità Valutativa Integrata (UVI), rimandiamo ai contenuti della [Dgr 111/2015](#) (in particolare da pag. 14). Vale la pena riportarne alcuni contenuti.

Processi, percorsi e procedure

L'UVI è un gruppo di lavoro multidisciplinare con attività di valutazione multidimensionale e di avvio della presa in carico, coinvolgendo le figure professionali del "Nucleo fisso" ove necessario integrata da professionisti con competenze specialistiche per garantire, attraverso strumenti specifici di valutazione, una corretta analisi del bisogno per l'individuazione dei possibili interventi da attuare nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari integrati.

Le attività svolte sono principalmente: predisposizione di documentazione, visite finalizzate alla valutazione, incontri, riunioni multidisciplinari, raccolta degli indicatori dei bisogni e comunicazione delle ipotesi di trattamento funzionali alla stesura del piano di intervento per chi ha in carico il soggetto, verifiche e aggiornamenti del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In particolare:

- L'UVI acquisisce le informazioni socio sanitarie sulla persona e avvia il processo valutativo multidimensionale, attivando i professionisti e i servizi necessari; in caso di soggetti non autosufficienti e/o con gravi problematiche, l'UVI può effettuare visite domiciliari.
- Dalla valutazione multidimensionale deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, l'eventuale patologia emergente, acuta e/o cronica, le condizioni di disabilità che condizionano i processi di sviluppo in età evolutiva e di autonomia nelle attività della vita quotidiana nell'età adulta, la rete delle relazioni sociali del soggetto, le sue risorse familiari, ambientali ed economiche.
- Nella fase di valutazione, l'UVI definisce le necessità assistenziali, individua i soggetti e i servizi più appropriati per il percorso terapeutico più idoneo, indica il case manager (MMG, PLS, Ass. Sociale o altro) ove presente, coinvolge il care giver (familiare o congiunto) anche mediante l'inserimento in percorsi di *family learning*, individua il setting assistenziale appropriato.
- Le indicazioni emerse forniscono la base del PAI che viene opportunamente definito e dettagliato dall'equipe che prende in carico l'utente e concordato con l'assistito e (ove possibile) con la famiglia.

La valutazione non comporta alcun costo / ticket a carico dell'assistito.

Quindi l'articolo 5 della convenzione stabilisce che:

- Si entra in RP solo a seguito di valutazione da parte dell'UVI;
- Una volta accertata idoneità la persona, che può indicare la residenza scelta, viene inserita in lista di attesa distrettuale. Nel caso di assenza di posti disponibili, la trasparenza della lista di attesa è garantita dal responsabile dell'UVI (nominato da direttore Distretto e Coordinatore Ambito).

Sulla base di quanto sopra riportato, si può affermare che:

- la residenza protetta non è destinata genericamente ~~non~~ a tutti gli anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio. E precisamente non a quelli con problematiche sanitarie complesse, la cui assistenza e cura è incompatibile con lo standard stabilito. Questi devono accedere ad altro livello assistenziale (vedi Residenza sanitaria assistenziale).

- l'UVI al momento della valutazione, accertata l'idoneità della persona ad un ricovero in RP, deve attivarlo utilizzando i posti convenzionati. Nel caso risultino tutti occupati, e siano disponibili solo posti autorizzati, questo deve essere esplicitamente comunicato all'utente. Non può proporre ricoveri presso posti autorizzati per Casa di Riposo, in quanto sono destinati a persone non autosufficienti o parzialmente tali.

- Contestualmente deve essere attivata la lista di attesa di livello distrettuale per tutti coloro che sono idonei alla residenza protetta, ma: a) attendono al domicilio o presso altra struttura la liberazione del posto; b) hanno scelto il ricovero presso un posto autorizzato, ma non convenzionato. Conseguentemente non compete ai familiari la ricerca del posto, ma solo quella della scelta della residenza. Ovviamente, nel momento in cui a livello distrettuale si libera un posto convenzionato, seppur non scelto, e la persona stia attendendo il posto mentre è ricoverata presso altra struttura (ad esempio RSA) deve accettare quella destinazione.

Cosa accade nella realtà?

Le segnalazioni che giungono alla nostra associazione ed indicano prassi molto diverse. Ad esempio:

a) non viene fatta differenza tra posto autorizzato e posto convenzionato in Residenza Protetta, e spesso tra questi e posti di Casa di Riposo;

b) la RP, con il suo standard, è il luogo di destinazione finale della gran parte delle persone malate e non autosufficienti. A dimostrazione, basti vedere il minutaggio aggiuntivo di assistenza infermieristica e tutelare posto come *prestazione aggiuntiva* a carico dell'utente. Il periodo di permanenza nella RSA viene comunque considerato a termine e spesso utilizzato alla stregua di un posto di lungodegenza ospedaliera;

c) I familiari "sono invitati" (soprattutto quando sono ricoverati presso altre strutture) a fare domanda nelle diverse residenze (a prescindere dalla autorizzazione ricevuta) così da avere "maggiori possibilità di trovare il posto".

L'enorme responsabilità della regione Marche

In molti casi, come abbiamo visto, si tratta di prassi illegittime in contrasto con le norme vigenti. Una situazione nella quale è enorme la responsabilità della regione Marche, che ha rinunciato ad ogni forma di programmazione e controllo. Su tutte, il permanere di indicazioni del tutto generiche in merito ai criteri di accesso alle varie tipologie di residenze sociosanitarie. Ha così preso il sopravvento un sostanziale *fai da te*, sia in termini di organizzazione che di applicazione o

interpretazione delle norme. Con sempre più operatori che si sono autoridotti a funzionari. Un quadro grave e tanto più preoccupante quando a subirne gli effetti sono persone e nuclei familiari deboli, fragili e indifesi.

Per approfondire

- [Continuità assistenziale, appropriatezza, offerta](#)
- [Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)
- [Aggiornata Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie](#)
- [Marche. Convenzioni 2017 e prestazioni aggiuntive a carico utenti nelle RP anziani AV1 Pesaro](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#)
- [Il ridisegno dell'offerta dei servizi sociosanitari nelle Marche](#)

27 settembre 2017

Alcune riflessioni sull'attività riabilitativa nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e protette (RP) per anziani della regione Marche

Cosa prevede la normativa della regionale riguardo le attività di riabilitazione in questi servizi? E' da considerarsi adeguata e rispondente ai bisogni delle persone? A quale concezione di riabilitazione si ispira?

Nelle RSA e RP anziani e demenze della Regione Marche sono ricoverate circa 6.300 persone ([Dgr 557/2017](#)). Circa 1200 nelle RSA, 5100 nelle RP (nell'anno 2016 i posti convenzionati risultavano essere sono 3960).

Standard e tipologia di utenza

Le RSA rientrano nel livello estensivo, le RP in quello della lungoassistenza. Gli standard assistenziali sono riportati nella tabella 1 (per un approfondimento vedi, [La regolamentazione dei servizi per anziani non autosufficienti e persone con demenza nelle Marche](#)). Per completezza si aggiunge anche quello delle "cure intermedie".

Tabella 1 Standard assistenziali

- RP anziani: 100 m. (80m Operatore sociosanitario; 20m Infermiere) + medico mg
- Rp demenze: 130 m. (100m Oss; 20m Inf., 10 Fisiot. o "attività educativa") + mmg
- RSA anziani: 140 m. (Inf. 45 (h24) Oss, 85, (h24), Fkt 10 m., Ass medica: MMG + coord 100m/giorno, ogni 20 p.l.
- RSA demenze: 150 m. (Inf 40, Oss, 100, h24, Fkt/educatore, 10 m. e/o animazione 13 minuti). Ass medica: MMG + coord 120m/giorno, ogni 20 p.l., IP presenza struttura h12.
- Cure intermedie: tot. sup. a 160m (IP e Oss); Fkt 15m, medico 15m.

Per quanto riguarda la tipologia di utenza, riprendiamo (tabella 2) la definizione della Dgr [1331/2014](#) (rispetto alle RP, altre definizioni sono contenute nei requisiti d'autorizzazione e nella convenzione tra residenze protette e ASUR).

Tabella 2. RSA e RP anziani. Tipologia di utenza

- RSA Anziani. 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.

- **RP anziani.** Prestazioni di lungoassistenza e mantenimento 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.

L'attività riabilitativa

Per quanto riguarda l'attività riabilitativa:

- nelle RSA la previsione è di 10 minuti giorno per ciascun paziente. Per un modulo di 20 persone sono dunque previste 3,20 ore²⁴;
- nelle RP anziani non è previsto minutaggio; l'intervento si attiva solo su prescrizione specialistica. Per quelle che accolgono persone con demenza è prevista la presenza del terapeuta della riabilitazione o di attività educativa per 10 minuti al giorno a paziente.

Occorre a questo punto chiedersi quale sia la tipologia di persone ricoverate in queste strutture e, successivamente, se e a quale concezione dell'intervento riabilitativo si ispirino le norme regionali.

Le **RSA anziani** (i posti effettivamente attivi sono probabilmente inferiori a 1000), continuano ad operare, nonostante la definizione degli standard, con modalità molto differenziate. Alcune (soprattutto quelle pubbliche) ospitano malati che per la maggior parte hanno i requisiti per accedere al sistema della post acuzie. La grandissima parte dei ricoveri è a termine (sono gratuiti i primi 60 giorni). Per chi non rientra a domicilio, tranne situazioni di estrema gravità, la destinazione finale è quella delle RP (convenzionate e no).

Rispetto alle RSA private, la situazione è probabilmente un po' differente. Ad oggi non esiste un dato regionale che indichi i tempi medi di ricovero, così come non è stato stabilito un criterio (utilizzo di strumenti di valutazione e consequenzialità del percorso sulla base del risultato raggiunto) che definisca i criteri di inclusione/esclusione per tipologia di servizio (per approfondire vedi: **Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi**).

Le **Residenze Protette** (circa 4.900 anziani) diventano nei fatti, salvo poche eccezioni, il "contenitore" finale del sistema residenziale rivolto agli anziani non autosufficienti. Un cospicuo numero di persone ricoverate, ritengo la maggioranza, non risponde però alla tipologia di utenza indicata nella normativa regionale. Infatti (per un approfondimento vedi [qui](#) e [qui](#)), la gran parte delle residenze eroga un'assistenza tutelare e infermieristica maggiore di quella prevista dalle norme regionali. Allo stesso modo, diverse residenze prevedono anche la presenza del fisioterapista nella struttura. Prestazioni, va ricordato, che non rientrano nella convenzione e sono considerate aggiuntive ed a carico delle persone ricoverate.

Ritornando all'oggetto di questa analisi ci chiediamo se sia **adeguato, opportuno e corretto non prevedere un minutaggio individuale di attività riabilitativa all'interno delle residenze protette**. Pare opportuno porre l'attenzione sul significato dell'intervento riabilitativo quando siamo in presenza di anziani cronici non autosufficienti. Nella concezione regionale, la previsione di "trattamento" su prescrizione specialistica richiama un intervento specifico per una determinata

²⁴ Per le cure intermedie: 15 minuti e trattamenti su 6 giorni.

situazione (ad esempio, una riattivazione a seguito di prolungata immobilizzazione; oppure la gestione riabilitativa per esiti di traumi, fratture, ecc ..). Non prevede (e dunque non lo ritiene necessario) la presenza di una specifica competenza professionale all'interno della residenza. Una competenza che interviene, oltre che per situazione specifiche, anche su altri aspetti strutturali che richiamano non tanto la rieducazione funzionale, quanto un concetto più ampio di riabilitazione. Si tratta di una funzione che potremmo definire consulenziale. Ad esempio: corretto utilizzo degli ausili (che quasi tutti i ricoverati utilizzano), prevenzione di complicanze dettate da posture scorrette, supporto e formazione del personale presente; indicazioni ai familiari; interventi su specifiche situazioni che richiedono riattivazioni; deambulazione in sicurezza, ecc.... Una figura professionale e dunque una competenza significativa all'interno della struttura.

E' evidente che si tratta di una attività che richiede - non necessiterebbe neanche specificarlo - una concezione dell'attività riabilitativa non intesa come mero recupero funzionale, come invece purtroppo suggerisce la logica di "assegnazione di sedute" con uno specifico obiettivo di recupero. Dunque una presenza non solo opportuna, ma preziosa.

Riguardo alle RSA occorrerebbe, intanto, avere il dato dell'attività riabilitativa svolta: presenza effettiva del fisioterapista, organizzazione e modalità di lavoro: presenza e intervento su prescrizione specialistica? Intervento prestazionale? Quale rapporto ha con le altre figure professionali: partecipa alle riunioni di équipe, ecc.... Esiste un locale (la "palestra") all'interno della struttura, per attività specifiche? La concezione della norma, in linea con quella della gran parte delle Regioni, è infatti quella di una specifica competenza professionale che è parte del gruppo di lavoro (Oss, infermieri). Il suo intervento è fortemente integrato con quello degli altri operatori, al fine di un intervento unitario e coordinato che abbia come riferimento la qualità di vita della persona. Il progetto sul singolo non può prescindere da quello di struttura. E' però evidente che se la RSA è di fatto assimilabile ad una post acuzie, dunque rivolta a "pazienti" che si ricoverano per uno specifico intervento riabilitativo, la questione - non in termini di approccio, ma di standard - si presenta del tutto diversa e richiede l'assicurazione di uno standard adeguato ai bisogni delle persone, che non può essere quello previsto.

La regione Marche sta ridefinendo i requisiti di autorizzazione e accreditamento dei servizi. E' auspicabile che una riflessione su questi aspetti non venga meno.

20 aprile 2017

Persone con demenza e servizi residenziali nelle Marche

La scheda ha per obiettivo di verificare l'entità e la tipologia di offerta residenziale rivolta a persone con demenza e malattia di Alzheimer nella regione Marche. Se è palese che si tratti di un'offerta sottodimensionata rispetto alle esigenze, non appare meno necessaria una programmazione complessiva degli interventi (dalla promozione della domiciliarità fino alla residenzialità) a sostegno delle persone e delle loro famiglie

Quanti sono

Secondo stime della regione Marche, sono circa 30.000 gli anziani ultra65enni affetti da demenza ([DGR 107/2014, Linee indirizzo regionali](#)). Una stima di tipo diagnostico, che se poco ci dice in termini di condizioni e dunque di bisogni, offre comunque una indicazione significativa da raccogliere in termini programmatici. Queste indicazioni si possono collocare su dati più generali: nelle Marche sono circa 370.000 gli ultrasessantacinquenni. L'Istat stima in circa 63.000 il numero

di anziani non autosufficienti. Sono, invece, beneficiari dell'indennità di accompagnamento (2014) circa 47.500 ultrasessantacinquenni.

Premesso che ogni ragionamento in termini di offerta e fabbisogno, non può prescindere dal sostegno che le persone e le famiglie ricevono in termini di assistenza e cure domiciliari, centri diurni, assegni di cura e che tanto più forte è questo sostegno tanto minore sarà il ricorso alla residenzialità, ci concentriamo sull'attuale offerta residenziale presente nella regione Marche.

L'offerta residenziale. Caratteristiche, tipologie, posti

L'offerta residenziale specificatamente rivolta alle persone con demenza e Alzheimer è costituita da due tipologie di residenze: le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le Residenze protette (RP).

Quanti posti? Non sappiamo quanti siano quelli di **RSA**, in quanto la normativa fino al 2014 faceva riferimento genericamente alle RSA anziani. Con le dgr 1011/2013 e 1331/2014 si stabiliscono standard specifici per questa tipologia. Su 900/1000 posti di RSA anziani attivi se ne possono stimare **120/150** (in 4/5 residenze) specifici e già operanti a seguito di accordi tra Azienda sanitaria e gestori privati (per un approfondimento vedi [Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)). Il Piano di [fabbisogno regionale](#) prevede un massimo di **204 posti** contrattualizzabili. Quanto alle **RP** nel **2016** ne sono [stati convenzionati](#) **235** (61-AV1; 132-AV2; 12-AV3; 10-AV4; 20-AV5) in 16 residenze. Non è previsto un numero minimo di **posti da convenzionare che vanno da 2 a 46** (seppur è ipotizzabile che si tratti, in questo caso, di nuclei all'interno della stessa struttura). Questa il quadro dei convenzionamenti.

- Pari o superiore a 20 posti: 5 strutture per 143 posti
- Da 10 a 20: 6 strutture per 73 posti
- Da 2 a 9: 5 strutture per 19 posti.

Se dunque in totale il numero è pari a 235, sembra più corretto affermare che 235 sono i posti con quota sanitaria di 45 euro (contro i 33,5 euro per le RP anziani), perché è evidente che avere qualche letto convenzionato per la demenza non significa essere automaticamente attrezzati per l'accoglienza di problematiche come quelle poste da queste persone. Il Piano di fabbisogno regionale indica in questo caso in 410 il numero dei posti contrattualizzabili.

Si può pertanto verosimilmente stimare a livello regionale in **300/350**, in circa **15 residenze**, il numero di posti specificatamente dedicati a persone con demenze. Va, inoltre, tenuto conto che le RP si rivolgono a persone con “basso livello di disturbo comportamentale” o “senza rilevanti disturbi comportamentali” (vedi tabella 1).

Tabella 1 – Standard assistenziali RSA e RP demenze (dgr 1331/2014 e R.R. 3/2006 e sue modificazioni)

RP: Totale: 130 minuti. Oss: 100m; IP 20, FKT/attività educativa 10m)

Definizione. Pazienti con bassa necessità di tutela sanitaria (..), con basso livello di disturbo comportamentale.

RSA: Totale: 150 minuti. IP 40 (h12), Oss, 100 (h24), Fkt/animazione, 10/13 minuti) + coord medico psicologico 120 min/giorno ogni 20 posti

Definizione. Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" rivolti a persone con demenza senile/Alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale.

L’offerta complessiva residenziale, stimata sul dato regionale (30.000 persone con demenza) è dunque stimabile in poco più del 1%. Non esistono inoltre criteri (se non quelli generici sopra richiamati) che definiscono l’inclusione/esclusione dal ricovero in una RSA/RP.

Se dunque solo 300/350 persone con demenza sono ricoverate presso strutture dedicate, andrebbe verificato quante invece vengono accolte in RSA, RP o Case riposo anziani (vedi tabella 2 per dato complessivo RP).

Tabella 2 - RP anziani e demenze. Posti autorizzati e convenzionati. Determine ASUR 761/2016 e 56/2017

Ricordiamo che per quanto riguarda le RP anziani nel 2016 a fronte di 5019 posti autorizzati, ne risultano convenzionati 3960 (3725 per anziani non autosufficienti e 230 per demenze). Da segnalare, inoltre, che nelle RP sono 128 le persone con disturbi psichici inserite [dai Dipartimenti di Salute Mentale](#).

Come detto l’entità dell’offerta residenziale è in relazione sia con gli interventi di sostegno alla domiciliarità che con la possibilità di un effettivo accesso alla residenzialità. Non va sottovalutato come il crescente aumento delle rette a carico degli utenti pone importanti ostacoli all’accesso del servizio fino alla rinuncia o a scelte di residenzialità più economica ma non aderente ai bisogni (qui dovrebbe aprirsi sia il tema del ruolo delle Unità Valutative che delle integrazioni delle rette da parte dei Comuni). Sostegno alla domiciliarità (vedi scheda 3 riferita agli anziani che ricomprendono anche quelli con demenza) che risulta fortemente carente.

Si pongono pertanto questioni che attengono a più livelli. Appropriatezza, sostenibilità ed entità dell’offerta residenziale da mettere in relazione con un forte investimento sul sostegno alla domiciliarità nelle sue diverse forme. Questioni che richiamano programmazione e scelte di politica sociale.

Scheda 1

ITALIA. Anziani non autosufficienti e persone con demenza.

Beneficiari indennità accompagnamento. Anno 2014: totale 2.128.440 (Fonte Istat)

1.520.688, sopra 65 anni, circa 75%

L’ISTAT stima circa 3,1 milioni con grave limitazione autonomia. Gli ultra65 non autonomi sono molti di più dei percettori IA. Circa 2.5 milioni

Scheda 2

MARCHE

Popolazione ultra65 anni: circa 370.000 persone (2015).

Circa 63.000 (su dati Istat) gli anziani non autosufficienti (17,3% ultra65)

Indennità accompagnamento (2014)

61.552 beneficiari (circa 14% ultra65): 14.303 (sotto 65 anni); 47.249 (sopra 65 anni)

Stima persone con demenza: 30.000

Scheda 3

MARCHE. Non autosufficienza e servizi. Su beneficiari indennità accompagnamento

A casa. Circa 40./42000 ultra 65 (con IA)

Assegno di cura (ultra 65): circa 2.000 (5%)

Centri diurni (circa 500). 50% circa rivolto a persone con demenza

SAD: 2466 utenti - circa 0.7% ultra 65; Fonte NNA

ADI: circa 7.157 escluso prestazionali (circa 2% ultra 65) media 25 ore/anno Fonte NNA

Assistenti familiari/badanti: circa 12.000 regolari

Oltre il 70% non riceve alcun sostegno in termini di servizi

30 gennaio 2017

Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi

Quando le persone ci chiedono informazioni sui loro diritti, sui servizi cui possono accedere, sulla base di quali motivazioni sono state decise alcuni percorsi, quando per altri in condizioni simili se ne sono indicati altri, non sempre è facile dare risposta adeguata. La ragione risiede in una situazione di strutturale indeterminatezza nella definizione dei percorsi e nei criteri di accesso. Indefinizione, che diventa funzionale al mantenimento di un inadeguato esistente, che produce diffusa discrezionalità. Un sistema che per mantenersi in vita non può essere trasparente. A riprova basterebbe prendere un campione di utenti su tutto il territorio regionale e chiedere, in riferimento ad un identico servizio, quali informazioni sono state loro fornite dai servizi territoriali (comunali e distrettuali) rispetto all'accesso.

Alcuni esempi

Quali sono i criteri per cui si può accedere ad un **Centro diurno demenze (SRD)**? Sulla base di quale criterio e con quali strumenti si stabilisce la *prevalenza* di disturbi cognitivi che impedisce l'accesso ad un **Centro diurno anziani (SR, ex legge 20/2000)**, mentre lo prevede in uno per demenze (SRD)?

Cosa distingue un ricovero presso una RP o RSA demenze? Quando può ritenersi dimissibile un malato da una RSA anziani e appropriato un ricovero in una RP? Come va interpretata la condizione di intensività/estensività (ai sensi del DPCM 14.2.2001) tale da determinare nelle RSA anziani la prosecuzione gratuita del ricovero? Sulla base di quali criteri si differenzia un ricovero tra lungodegenza post acuzie e cure intermedie e tra queste ultime e residenza sanitaria assistenziale anziani? Quando è appropriato un ricovero in una Unità speciale (Rd.1.4)?

Quali criteri e strumenti utilizzano le Unità valutative distrettuali (UVI) al fine di individuare percorsi appropriati ai bisogni di cura e assistenza delle persone rispettosi dei loro diritti?

La vigente normativa regionale è capace di dare una risposta a queste domande? Se la risposta è negativa il rischio evidente è che ogni scelta nel migliore dei casi possa considerarsi discrezionale (nel peggiore clientelare), che non ci sia chiarezza riguardo percorsi e diritti, che l'offerta di servizi presenti in un territorio sia comunque adeguata rispetto al bisogno. Un sistema dunque che per mantenersi ha necessità di essere opaco, non trasparente.

Se così è, come può essere programmabile un percorso di offerta che abbia come riferimento il bisogno espresso e valutato? Se solo dovessimo prendere a riferimento le liste di attesa presenti, in molti casi dovremmo affermare che la risposta non solo è garantita ma è superiore alle esigenze.

Ad esempio quante persone sono in lista di attesa per un Centro diurno demenze nelle Marche? Quante per un posto di residenza protetta? Si potrebbe, purtroppo, continuare a lungo.

A cosa serve il sistema di valutazione RUG che la regione Marche "ritiene" di utilizzare, al fine della definizione dei percorsi assistenziali?

Domande retoriche?

Lo sono. Ma vale la pena continuare a porle. Soprattutto per due motivi.

- Le persone più deboli, meno informate, con meno capacità di tutela hanno altissime possibilità di essere ostaggio di un sistema che non solo non li tutela ma li espone a risposte rischiose perché del tutto inadeguate ai propri bisogni di salute.
- Quando gli operatori, in particolare quelli deputati alla funzione di valutazione, crescono in un sistema strutturalmente deregolamentato, sono sufficientemente inconsapevoli delle esigenze e diritti delle persone. Divengono così collocatori, avendo soprattutto come riferimento valutazioni di tipo cronologico. Operano in contesti nei quali le indicazioni aziendali che spingono a dare le risposte "con quello che c'è", sono, spesso, pressanti.. Un sistema che cerca semplificazione laddove c'è complessità.

Fino a che punto può essere accettabile un sistema imperniato in una ridondante genericità di definizioni? Un sistema sempre più autoreferenziale che si muove esclusivamente su *quello che c'è* e non tenta in alcun modo di munirsi di strumenti adeguati per la lettura del bisogno?

Chiedere l'utilizzo di strumenti di valutazione, definizione dei criteri, in un tempo come quello che viviamo, può essere foriero di rischi? Ribadire l'esigenza, in tempi di razionamento, di utilizzare strumenti e griglie di valutazione al fine della valutazione delle esigenze, può determinare la definizione di percorsi non mirati alla maggior adeguatezza, ma all'abbassamento di tutele? Ma non è già forse oggi così per tutti coloro che non hanno strumenti di difesa e tutela? Chi paga, oggi, il prezzo più alto in un sistema così deregolamentato che diventa funzionale a perpetuare una discrezionalità a tutto danno degli ultimi della fila? Non sono, forse, i forti quelli che traggono beneficio da questa situazione?

O forse delle regole (ovviamente adeguate e intelligenti e definite da persone capaci e competenti) non hanno paura tutti coloro che sanno che con quelle il sistema di offerta, strutturalmente inadeguato, deve radicalmente cambiare?

Qui da pag. 17, la tipologia di utenza indicata per alcuni dei servizi sopra indicati e quale sia la loro caratterizzazione in termini di standard di personale

Qui a pag. 11 e 12, la definizione di servizi residenziali e diurni per anziani non autosufficienti (e non solo).

9 agosto 2016

Le prestazioni aggiuntive a carico degli utenti nelle residenze protette anziani non autosufficienti e demenze nelle convenzioni 2015. Analisi e commento

A conclusione del percorso di convenzionamento delle Residenze protette anziani e demenze (R3.2 e 1) per il 2015, si possono proporre alcune riflessioni, a partire dalle indicazioni che emergono dai prospetti delle prestazioni aggiuntive (allegati A.2) a carico degli utenti (nota 1).

Considerazioni che confermano, quanto già emerso dall'analisi delle prestazioni aggiuntive delle convenzioni 2013-2014 ([Vedi qui, da pag. 1 a 4](#)). Quelle del 2015 sono infatti la sostanziale riproposizione di quelle dell'anno precedente.

Non pare, pertanto, utile, dilungarsi nell'esame analitico già proposto per le convenzioni 2013-2014. Il quadro macro offre, dunque non da ora, chiare indicazioni ai fini programmatori. Per quanto riguarda il dato numerico [il convenzionamento 2015 \(vedi allegati\)](#), ha riguardato **3.387 posti**. 3197 di RP anziani e 190 di RP demenze. Su un totale di posti autorizzati pari a 4.621 ([DGR 289/2015](#)). Di seguito mettiamo all'attenzione alcuni aspetti.

a) In un numero cospicuo di residenze le prestazioni aggiuntive riguardano interventi di natura sanitaria e socio sanitaria (Infermiere, OSS, fisioterapista, educatore). In particolare nelle Aree Vaste 1 e 2, in molti posti lo standard assistenziale complessivo è assimilabile o addirittura superiore a quello delle RSA. Che tale standard aggiuntivo venga addebitato agli utenti è chiaramente non solo ingiusto ed iniquo, ma chiaramente illegittimo. Utenti che, nel caso, dovrebbero afferire a servizi con standard assistenziali superiori o veder riconosciuta la quota sanitaria aggiuntiva corrispondente. Peraltro, a seguito della definizione dello standard assistenziale delle RSA anziani e demenze; non appare rinviabile la definizione di criteri che definiscano inclusione/esclusione. Un problema questo che ovviamente non riguarda solo questa tipologia di servizio. Si pensi, ad esempio, ai Centri diurni demenze (SRD). Esiste una sola generica indicazione nella dgr 1331/2014, “pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento”. Quali sono i criteri di accesso? Oggi nelle Marche ogni CD, al quale dovrebbe corrispondere identico standard, disciplina in maniera autonoma l’accesso.

b) La tariffa complessiva di 66 euro (Rp anziani) giornaliera viene praticata in pochissime strutture; la quota sanitaria è sempre più lontana dal 50% della tariffa così come previsto nei LEA. Si va configurando sempre più come un finanziamento sanitario forfettario sganciato dalla tariffa. Una quota che di fatto, copre posti convenzionati e no; se è vero come è vero che sostanzialmente in nessuna RP la quota a carico degli utenti differisce tra i posti convenzionati e non convenzionati. Se ciò a una prima valutazione appare come scelta di buon senso (non si possono fare parti disuguali tra uguali), in realtà - attraverso il meccanismo dello spalmamento - impedisce di evidenziare con chiarezza la differenza tra posti convenzionati e autorizzati e dunque la distanza tra chi, seppur in maniera inadeguata, è coperto da convenzione e riceve quota sanitaria e chi no. In questo modo non emerge e dunque non si prende sufficientemente coscienza dello scarto tra posti coperti da convenzione e no. E dunque l’esigenza di corrispondere a ciascuno secondo bisogno e diritto.

c) Non esiste, di fatto, alcun tetto alle prestazioni aggiuntive, così come alcuna limitazione delle loro tipologie (basta scorrerne l’elenco). Un considerevole numero di posti supera il tetto massimo previsto del 50% della quota sociale (33 + 16,50), così come l’elenco tipologico va molto al di là del miglioramento del “comfort alberghiero”. Pare del tutto evidente la rinuncia a qualsiasi governo delle prestazioni aggiuntive. A fronte dell’inadeguatezza della tariffa, si è scelto di andare incontro alle esigenze delle residenze, permettendo l’estensione senza limiti delle prestazioni aggiuntive a pagamento. Non è un caso che nella [DGR 1331/2014](#) le residenze protette sono le uniche strutture per le quali la tariffa è stata derubricata in sola quota sanitaria. Il messaggio è il seguente: “non ti riconosco (tariffa) quello che dovrei ma ti permetto di andare a prenderlo nelle quote a carico degli utenti (quote aggiuntive)”. Un meccanismo che potrebbe e dovrebbe trovare un argine se l’aumentare delle quote a carico degli utenti determinasse un maggior onere a carico dei comuni attraverso le integrazioni delle rette per gli utenti che non hanno oneri sufficienti. Ma siccome nella gran parte dei territori della regione Marche la quota sociale viene intesa tout court come quota utente, il problema se lo deve gestire l’utente e i suoi familiari e dunque, sostanzialmente, non si pone.

Sarebbe a questo proposito utile e interessante una ricerca che analizzasse quanto ogni Comune spende per integrazione delle rette residenziali di anziani non autosufficienti, insieme alla verifica dei regolamenti comunali che disciplinano tale aspetto.

d) La strategia regionale, che credo non dispiaccia alla gran parte degli enti gestori, è quella di far fronte a tali problemi attraverso l'adeguamento dei budget. “Non rivedo le tariffe perché non “posso” aumentare le quote sanitarie”, ma ti aumento, per quello che posso, la quota dei posti convenzionati, così aumenta complessivamente il budget sanitario cui puoi attingere”. Vedi, a questo proposito, la recente [DGR \(851/2016\) che contrattualizza nuovi posti](#). Non sembra, davvero, ci sia volontà di affrontare le questioni che la convenzione pone. E d'altra parte se, da parte regionale, ci fosse stato desiderio di cambiamento non si sarebbe lasciata ingessata una convenzione da quattro anni. Si cercherebbe di affrontare e intervenire sulle questioni chiaramente critiche. La mancanza di volontà di intervenire si è, peraltro, mostrata plasticamente rispetto alle questioni riguardanti i rimborsi delle quote sanitarie anticipate, nel 2013-2014, da gran parte degli utenti. Non risulta alcun effettivo lavoro, da parte di Regione e ASUR, volto a garantire [tali rimborsi](#).

e) Chi ritiene che adeguare le tariffe agli standard, ovvero calcolarle sulla base dei costi effettivamente stimati, determini di conseguenza (quote al 50%) l'aumento delle quote sociali, fa finta di non vedere che tale quota da tempo è di gran lunga superiore al 50%. Ma rendere corrispondente e trasparente la tariffazione dovrebbe porre un argine ad un sistema nel quale non si includono molte prestazioni specifiche di una residenza all'interno della tariffa e come detto si caricano per intero sugli utenti prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

f) Da ultimo un accenno al quadro complessivo anche con riferimento alla DGR 851 dello scorso 1° agosto che prevede il convenzionamento di ulteriori 400 posti (previsti, come riconosciuto dalla stessa Regione, dal 2014), portando dunque il numero dei posti convenzionati nel 2016 a 3787: circa l'82% dei posti autorizzati. Si tratta certamente di un aspetto positivo. Ma vanno ricordati anche altri aspetti.

- Il numero complessivo di anziani non autosufficienti all'interno delle residenze (sociali e sociosanitarie) delle Marche si può stimare in 5.550/6.000. Ai 4.621 presenti nei posti di RP, vanno aggiunti quelli ricoverati nelle Case di Riposo. Sul totale di 2.259 posti attivi, appare verosimile una stima di anziani non autosufficienti del 50/60%.
- l'indicazione del Piano di fabbisogno (dgr 289/2015) di contrattualizzare nel triennio complessivi 4.670 posti di RP (ovvero tutti quelli autorizzati).
- l'offerta estremamente bassa di posti dedicate alle demenze compreso Alzheimer. Sono 190 i posti di RP, cui se aggiungono un numero non definito (i posti attivi hanno riferimento indistinto alle RSA) ma sicuramente inferiore a quello delle RP.

La scheda, come premesso, si è posta l'obiettivo di offrire alcune riflessioni sulla base delle convenzioni 2015 stipulate dalle Area Vaste, analizzando le tabelle in cui sono indicate le prestazioni aggiuntive a carico degli utenti. Nella nota 1, che segue, oltre alle singole tabelle 2015, riportiamo anche la scheda di analisi delle prestazioni aggiuntive 2014, che come detto sono in sostanziale fotocopia. Nella nota 2, le disposizioni regionali citate - largamente disattese e non applicate - in merito alle prestazioni aggiuntive. [Per approfondimento vedi qui](#).

Nota 1, Prestazioni aggiuntive convenzioni per Area Vasta (all'interno gli allegati A.2 per singola convenzione).

- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 1](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 2](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 3](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 5](#) - [Commento](#)

Nota 2, Riferimenti normativi e regolamentari citati

- Decreto direttore Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, n. 19 del 26.3.2012, *Convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e Residenze Protette per anziani – interpretazione utilizzo allegato A.2*
- Nota del Direttore Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, del 23.2.2011, al direttore ASUR, *“Residenze Protette per anziani non autosufficienti - nota esplicativa relativa all'applicazione della DGR 1729/10”*.

[Qui il testo delle note citate insieme alla risposta dell'assessore alla salute il 26.4.2014 ad una interrogazione consiliare.](#)

Per approfondire rimandiamo anche al ***Quaderno Marche n. 4, [Della norma e della sua elusione. Le residenze protette per anziani nelle Marche.](#)***

Vedi anche, sul tema, la recente **[nota inviata alla regione Marche](#)**

24 maggio 2015

Convenzioni Area Vasta 4 (Fermo) e 3 (Macerata) e residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti con demenza (2013-14). Tipologia ed entità delle prestazioni aggiuntive

Riportiamo, **[le determine ASUR](#)**, 305/2015 (24 aprile) e 340 (11 maggio) nella quale vengono pubblicate le convenzioni (insieme alla parte degli allegati riguardanti le prestazioni aggiuntive a pagamento a carico degli utenti) per gli anni 2013/2014 riguardanti le Aree Vaste 4 (Fermo) e 3 (Macerata). Riguardano complessivamente 41 residenze (12 + 29). Con queste ultime si conclude la pubblicazione delle convenzioni ASUR nelle 5 Aree Vaste (nella nota finale il riferimento alle altre tre).

Le tipologie di prestazioni aggiuntive per ogni singola convenzione sono visibili nella scheda dell'allegato A2 che riportiamo estrapolandola da ogni singola Convenzione. Per ricondurla alla residenza di riferimento occorre correrarla all'elenco presente nella determina nella quale sono riportati anche gli importi riferiti agli anni 2013-2014.

Si confermano le indicazioni emerse nell'analisi delle altre convenzioni. Complessivamente, se il dato riportato è corretto, sono 5 le residenze che non chiedono oneri aggiuntivi agli utenti, oltre i 33 euro previsti. Nella gran parte le prestazioni sono costituite da interventi sanitari, sociosanitari (infermiere, oss, fisioterapista) e di animazione. Nell'AV 4 la quota aggiuntiva massima è di 20,61 euro, nell'AV 3, di 16,87. In linea generale le prestazioni aggiuntive e le tariffe sono più basse rispetto a quelle delle aree vaste 1 e 2 (Pesaro e Ancona). Non sembrano essere presenti residenze gestite dal privato profit. Prevalgono gestioni comunali e di ex IPAB (Fondazioni e ASP).

Il quadro delle convenzioni è ora completo per tutte le AA.VV., e, come abbiamo già avuto modo di analizzare e commentare, le indicazioni che emergono sono abbastanza chiare rispetto alle tipologie di prestazioni aggiuntive a partire da quelle attinenti all'assistenza sanitaria e sociosanitaria. C'è da augurarsi che la nuova Convenzione sia capace di tenerne conto e di mettere sulla bilancia non le sole esigenze di bilancio ma ... anche quelle delle persone.

Rimane poi irrisolto il nodo dei rimborsi 2013/2014, sui quali il Comitato Associazioni Tutela è ritornato recentemente rivolgendosi all'Asur e al Difensore civico regionale. E' auspicabile che nel palleggio delle competenze e responsabilità (Regione/ASUR/Aree Vaste), dopo tanto parlare e scrivere; alla fine ritorni nelle tasche degli utenti le quote sanitarie che sono state anticipate.

Le resistenze, appaiono, essere molto forti. Sembra, venga riposta speranza sulla possibilità che il tempo e lo sfinimento giochi a favore della distrazione e della dimenticanza. Tanto più che, moltissimi non sanno di aver anticipato e di essere a ... credito.

Per approfondire

- [Le prestazioni aggiuntive nelle convenzioni RP anziani AV2 Ancona 2013/14](#)
- [Analisi e riflessioni sulle convenzioni RP anziani 2013/14 AV1 Pesaro](#)
- [La nuova convenzione sulle RP anziani e le ineludibili scelte regionali](#)
- [Le prestazioni extra accreditamento nelle Residenze protette anziani delle Marche](#)
- [Quali prestazioni devono essere assicurate nelle RSA anziani delle Marche?](#)
- [Servizi sociosanitari nelle Marche. Chiesto intervento difensore civico](#)

27 marzo 2015

Convenzioni AV 2 Ancona e residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti con demenza (2013-14). La tipologia delle prestazioni aggiuntive

Riportiamo, [determina ASUR](#) 199 del 20 marzo 2015 (qui, [qui con gli allegati](#)) nella quale vengono pubblicate le convenzioni per gli anni 2013/2014 riguardanti 36 residenze protette per anziani e demenze dell'Area Vasta 2 (Ancona). In due precedenti schede, [La nuova convenzione sulle RP anziani e le ineludibili scelte regionali](#) e [Analisi e riflessioni sulle convenzioni RP anziani 2013/14 AV1 Pesaro](#) _abbiamo pubblicato quelle stipulate dall'Area vasta 1 e 5. Oltre a ripercorrere il quadro normativo regionale riguardante le residenze protette, avevamo proposto, sulla base dei contenuti delle convenzioni, alcune riflessioni, sullo specifico delle prestazioni aggiuntive extra accreditamento poste a carico degli utenti. Un approfondimento necessario, visto l'imminente rinnovo della convenzione scaduta il 31 dicembre 2014.

Il Piano di convenzionamento dell'AV2 riguarda 36 residenze (nei fatti 40). Le tipologie di prestazioni aggiuntive per ogni singola convenzione sono visibili nella scheda dell'allegato A2 che riportiamo di seguito, estrapolandola da ogni singola Convenzione. Per ricondurla alla residenza di riferimento occorre correrla all'elenco presente nella delibera nella quale sono riportati anche gli importi riferiti agli anni 2013-2014.

Soltanto in due casi (residenze protette del Comune di Ancona) non si prevedono oneri aggiuntivi ai 33 euro (o 40 nel caso di Rp demenze) previsti a carico degli utenti. La media della quota giornaliera aggiuntiva è di 13,8 euro, pari ad una retta media di circa 47 euro giorno. La quota massima praticata (in tutte e 3 le strutture della società Zaffiro) è pari a 29 euro/giorno. Complessivamente **otto** sono quelle sopra 20 euro (oltre alle afferenti al Gruppo Zaffiro, due RP all'interno della Grimani Buttari, Osimo, Fondazione Recanataesi, Osimo, Fondazione Ceci, Camerano, Mastai Ferretti, Senigallia). **Sei**, superano i 16 euro. In 29, parte delle prestazioni aggiuntive riguardano attività di animazione, educative, sociosanitarie e sanitarie (educatore, animazione, Oss, infermiere, fisioterapista, psicologo, medico). Anche in questo caso sarebbe utile studiare la tipologia delle prestazioni aggiuntive, la ragione sociale degli enti, il rapporto capacità recettiva/tipologia di prestazioni aggiuntive. Si conferma, con effetto moltiplicatore nell'Area Vasta 2, che nelle prestazioni aggiuntive si può mettere, senza limite, davvero di tutto (fino a messe e preghiere). Peraltra, ma a questo punto non è neanche il problema maggiore, anche

l'inaccettabile possibilità contenuta nella [nota](#), del Direttore dell'ex Dipartimento Salute e servizi sociali, che la quota aggiuntiva a carico dell'utente può superare il 50% della quota sociale (33 euro), viene ignorata.

Nell'invitare a scorrere l'allegato A2 delle Convenzioni, non possiamo che ribadire quanto già osservato nelle precedenti sue schede alle quali rimandiamo.

15 marzo 2015

Convenzioni Area Vasta 1 residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti con demenza (2013/2014). Dati e riflessioni utili per la nuova Convenzione

Riportiamo, la [determina ASUR](#) 165 del 6 marzo 2015 nella quale vengono pubblicate le convenzioni per gli anni 2013/2014 riguardanti 24 residenze protette per anziani e demenze dell'Area Vasta 1 (Pesaro). In una precedente scheda, cui rimandiamo, [La nuova convenzione sulle RP anziani e le ineludibili scelte regionali](#), avevamo pubblicato le convenzioni stipulate dall'Area vasta 5 di Ascoli Piceno. Nell'occasione, oltre a ripercorrere il quadro normativo regionale riguardante le residenze protette, avevamo proposto, sulla base dei contenuti delle convenzioni, alcune riflessioni, sullo specifico delle prestazioni aggiuntive extra accreditamento poste a carico degli utenti. Un approfondimento necessario, visto l'imminente rinnovo della convenzione scaduta il 31 dicembre 2014.

Il Piano di convenzionamento dell'AV1 riguarda 24 residenze, per 727 posti (676 Rp anziani, 51, Rp demenze). La tipologia di prestazioni aggiuntive per ogni singola convenzione sono visibili nella scheda dell'allegato A2. Dall'analisi si segnalano, in via generale, alcuni aspetti, che riteniamo significativi e che potrebbero essere meglio approfonditi, sovrapponendo gli allegati A2 delle 24 convenzioni. Sarebbe, anzi, auspicabile un'approfondita analisi a livello regionale con la messa in relazione delle prestazioni aggiuntive anche per tipologia di soggetti gestori (profit, no profit, ex lpab, enti locali). Ad ogni modo:

- tutte (forse ad eccezione di una) prevedono prestazioni di miglioramento del confort alberghiero o extra accreditamento;
- 19, prevedono quote aggiuntive per prestazioni sociosanitarie di operatore sociosanitario: da poco più di 1 a 17,94 (pari a poco meno di 55 minuti) euro; 4 di assistenza infermieristica; 3 di fisioterapia.
- 8, prevedono una quota complessiva pari o superiore ai 16 euro. 4, pari o superiore a 19 euro.
- nella gran parte vengono assoggettate prestazioni riguardanti il lavaggio degli indumenti, i pasti, le pulizie.
- in alcune, costi (anche di entità significativa) riguardanti: portineria, reception, amministrazione;
- il trasporto, in alcune, figura come voce fissa aggiuntiva.

Si conferma che una quota consistente (anche di entità significativa) di prestazioni aggiuntive a carico dell'utente riguarda l'assistenza sociosanitaria; altre di servizi base quali: lavaggio indumenti, pulizie. In alcune casi vengono aggiunte prestazioni personalizzate (trasporto, farmaci). Appare evidente la necessità che con la nuova convenzione cessi l'attuale sistema discrezionale e che nessuna prestazione attinente il livello assistenziale (compatibilità di struttura) venga aggiunta a carico dell'utente.

Un problema, quello delle prestazioni aggiuntive a pagamento, vista anche la [nuova bozza di convenzione](#), che rischia, come diciamo da tempo, di essere trasferito in aree (disabilità e salute mentale) rispetto alle quali non è stato mai pensabile che venissero addebitati agli utenti oneri aggiuntivi rispetto a quelli previsti nella retta. Se passa l'idea, mercantile, che tutto ciò che non è scritto o scritto male può essere addebitato (abbiamo visto nell'AV5 anche la certificazione

ISO), è già saltata ogni regola di “pacifica convivenza”. Alle Istituzioni, in questo caso regione Marche, è chiesto di assicurare alle fasce più deboli della popolazione, certezza rispetto a prestazioni e oneri. Se, come in questo caso, lo standard e la tariffa di 66 euro è inadeguata, si verifichi rigorosamente, ed eventualmente si cambi e la si allinei, ma non si crei le condizioni per aumentarla senza regole. Se invece così non è si blocchi definitivamente questa situazione. Non pare, peraltro, che i Tavoli regionali di monitoraggio abbiano prodotto, sul punto, risultati apprezzabili. All’obiezione che aumentando la tariffa aumenta anche la quota sociale, è facile rispondere che le quote sociali sono, come dimostrano le convenzioni, *aumentate* da sempre. E dunque inutile far finta che non sia così. Si renda trasparente il sistema tariffario (una verifica dovrà riguardare anche le quote a carico degli utenti delle RSA private aumentate del 30% ed ora con possibilità ancora di prestazioni aggiuntive), così come i criteri di compartecipazione, sapendo che se i redditi dell’utente sono insufficienti al Comune tocca integrare la retta. Per verificare se lo sono bisogna che ci siano i regolamenti e che siano trasparenti. Un punto, come dimostra la vicenda del fondo solidarietà, che non sembra trovare grande disponibilità da parte comunale.

29 gennaio 2015

La prossima, nuova, convenzione Residenze protette anziani. Mantenimento della attuale discrezionalità o garanzie per gli utenti? Le scelte che la regione Marche non può più eludere. Alcune considerazioni sui dati delle convenzioni 2013/2014

La pubblicazione [delle convenzioni](#) stipulate dall’ASUR con le residenze protette per anziani non autosufficienti dell’Area Vasta 5 (Ascoli Piceno), relative agli anni 2013/14, conferma, ancora una volta, l’indispensabilità di una radicale modifica della convenzione. La [Convenzione](#), scaduta il 31 dicembre 2014, è stata approvata nel 2010 (dgr 1729) con scadenza 2012. E’ stata successivamente prorogata (dgr 282) per il [biennio 2013-14](#). Una delle questioni ripetutamente denunciate riguarda l’ambiguità della stessa riguardo le cosiddette prestazioni extra accreditamento, che permettono alle strutture di erogare prestazioni aggiuntive a pagamento. Tra queste non solo quelle riguardanti il confort alberghiero ma anche attinenti ad interventi sanitari e sociosanitari. Rimandiamo, in proposito all’approfondimento, [Le prestazioni extra accreditamento nelle Residenze protette anziani delle Marche](#), e [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#) Una scheda più approfondita dell’evoluzione della normativa regionale si può consultare in questo quaderno, [“Quaderni Marche”. Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione.](#)

La questione è abbastanza nota e può essere sinteticamente ricordata. La regione Marche aveva fissato come termine 2012 il percorso di allineamento delle quote sanitarie (fino ai 33 euro corrispondenti al 50% della tariffa prevista, pari a 66 euro) nelle RP convenzionate (circa 3200 posti). Per questo motivo, seppur evidentemente non dichiarato, nel periodo 2010-2012 aveva permesso alle residenze di poter prevedere un aumento della quota a carico degli utenti, fino al 25% (41,25). All’aumento della quota sanitaria doveva corrispondere la diminuzione di quella a carico di utenti. Nella convenzione però si prevedeva una ulteriore possibilità di aumento della quota a loro carico (allegato A2) indicata come prestazioni aggiuntive per intervento di miglioramento alberghiero, prestazioni extra accreditamento, o su richiesta del paziente. Di fatto, dall’analisi delle Convenzioni, ciò ha legittimato la messa a carico degli utenti delle più varie prestazioni. Con la determina 34/2014 dell’Azienda sanitaria unica regionale, è iniziata la pubblicazione delle convenzioni (in questo caso AV5 di Ascoli Pieno) relative agli anni 2013/2014. Dovranno essere pubblicate anche quelle delle altre 4 Aree Vaste ed ampiamente probabile - considerato entità e forma giuridica di molte strutture operanti negli altri territori regionali – una

forte amplificazione delle problematiche che emergono dalle Convenzioni riportate nell'atto. Ad ogni modo, si possono facilmente evidenziare aspetti che richiedono la modifica delle Convenzioni che dovrà essere approvata a breve in quanto la precedente è scaduta nel 2014. Ovvero la precisa indicazione delle prestazioni che devono essere assicurate, insieme alla impossibilità di conteggiare anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie. In quasi tutte le Convenzioni, tra le prestazioni aggiuntive:

- a) viene conteggiato anche il **lavaggio degli indumenti** dei ricoverati. Prevedere, tra le prestazioni a carico degli utenti, anche una "base", come il lavaggio degli indumenti appare inverosimile.
- b) la possibilità di prevederne anche attinenti al **livello assistenziale**.
- c) anche le più improbabili, come, ad esempio, la certificazione ISO 9001.

Con la nuova convenzione la Regione dovrà decidere cosa fare e da che parte stare. Se continuare, dopo 5 anni, a legittimare l'esistente attraverso un sistema discrezionale a tutto danno delle persone più deboli. Oppure finalmente cambiare orizzonte. Saranno i prossimi atti a dimostrarlo.

30 giugno 2014

Residenze protette anziani non autosufficienti. Prestazioni extra accreditamento e quote e carico degli utenti. Le evasive risposte dell'assessore Mezzolani

Nella seduta del Consiglio regionale del 24 giugno 2014, è stata discussa (allegato 1) l'interrogazione presentata il 24 marzo dal consigliere Massimo Binci (SEL), successiva alla delibera [282/2014](#), riguardante le residenze protette rivolte ad anziani non autosufficienti, nella quale viene definito il percorso di allineamento dell'assistenza e delle tariffe anno 2013, insieme alle "indicazioni operative all'ASUR per il piano di convenzionamento anno 2013-2014".

La nuova delibera non apporta modifiche al modello di Convenzione previsto nella delibera 1729/2010, [1729/2010](#), eccetto che per l'allegato A.1 (prestazioni aggiuntive supplementari alla tariffa di riferimento, inerenti il livello assistenziale) considerato che al 31 dicembre 2013 per tutti i posti convenzionati (3179) è stata riconosciuta per intero la quota sanitaria di 33 e 40 euro alle residenze che hanno erogato il minutaggio previsto (100 e 120 minuti). Per una ricostruzione della vicenda si rimanda a: [La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani](#) e [Residenze protette anziani e quote sanitarie. La trepidazione regionale](#).

Arrivati, per i posti convenzionati, al pagamento per intero delle quote sanitarie, continua a rimanere invece purtroppo aperta la questione delle quote a carico degli utenti (e in qualche caso dei Comuni). Confermata, infatti, la tariffa complessiva di 66 euro e rispettato il pagamento del 50% da parte dell'ASUR, in base a quali criteri e disposizioni si assoggettano quote aggiuntive che arrivano fino ad un aumento del 100% della quota prevista? Ma andiamo con ordine e vediamo la risposta dell'assessore Mezzolani alle tre questioni che pone l'interrogazione.

1) Con il riconoscimento dell'intera quota sanitaria di 33 euro per l'anno 2013 (contro i 29,11 del 2012) per tutti i posti convenzionati a 100 minuti (circa 3079), ad ogni utente – ad eccezione dei casi in cui la somma sia stata anticipata da ente gestore o dal Comune di residenza - deve essere rimborsata la cifra corrispondente pari a 3,89 euro. Non dovrebbe volerci molto a fare conti e l'assessore Mezzolani dovrebbe impegnarsi fattivamente in tal senso. Arrivati a fine giugno, a circa 3 mesi dall'emanazione della delibera, c'è stato tutto il tempo per effettuare ogni verifica e procedere conseguentemente.

2) Da gennaio 2013, dunque non è più possibile assoggettare all'utente alcun aumento del 25% (in relazione, alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità di carattere locali) sulla retta giornaliera di 33 euro. La corresponsione dell'intera quota sanitaria, determina in automatico l'abrogazione dell'allegato A.1 della dgr 1729/2010, considerato che vi si poteva conteggiare

la differenza economica tra minutaggio massimo (100 minuti) e minutaggio effettivamente pagato dall'ASUR (63m/2010; 72m/2011; 88m/2012). Come noto la maggiorazione prevista del 25% permetteva, furtivamente, di caricare sull'utente, anche oneri di tipo sanitario data la mancata assunzione della quota sanitaria da parte dell'ASUR. La delibera 282/2014, mantiene l'allegato A2 e permette di caricarvi eventuali prestazioni aggiuntive.

3) L'interrogazione chiedeva fosse esplicitata la formulazione presente nell'allegato A.2 riguardo le "prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento", ovvero quali prestazioni comprendono questa formulazione. L'assessore non risponde, rimanda solo ad una nota (*allegato 2*) del 23 febbraio 2011 della regione all'ASUR, sulla quale poi ritorneremo.

Il chiarimento su questo punto è importantissimo in quanto è proprio sulla base dell'allegato A.2 (mantenuto anche nella dgr 282) che vengono conteggiate le prestazioni "extraccredito" che determinano (insieme a quelle di confort alberghiero) quote a carico degli utenti anche di 60 euro (per un dettaglio, vedi il dato ASUR per gli anni 2010-12, [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)). Il punto è che qui possono essere conteggiate sia prestazioni di tipo infermieristico che di assistenza tutelare. Dunque prestazioni attinenti al livello assistenziale (sanitarie e sociosanitarie). Ricordiamo che la residenza protetta prevede l'accoglienza di persone non autosufficienti che "non necessitano di prestazioni sanitarie complesse". Se la persona richiede un livello assistenziale più alto di quello di una residenza protetta è evidente che deve essere ricoverata in una struttura con un più alto livello assistenziale (RSA). Il mantenimento dell'allegato A.2, senza alcuna modifica permette il perpetuarsi delle situazioni più volte denunciate. Il richiamo al fatto che dette prestazioni possono essere erogate solo su richiesta formale dell'utente (così come specificato dal decreto della Regione 19/12 "in ordine alla interpretazione della convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e le Residenze protette, come da schema approvato con DGR 1729 del 29.11.2010, le prestazioni di cui all'allegato A2 vanno erogate, e di conseguenza contabilizzate, soltanto su richiesta formale dell'utente, trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazione fuori dai requisiti di accreditamento"), è - visto quanto successo in questi anni - alquanto ridicolo. Ma forse sufficiente per mettere l'anima in pace all'assessore e ai dirigenti regionali. Lo scorso 20 marzo il Comitato Associazioni Tutela (CAT), chiedeva alla Regione e all'ASUR se "può essere nella facoltà di una struttura rifiutare un ricovero nel caso in cui l'utente non chieda prestazioni aggiuntive". La risposta non è mai arrivata.

Dunque, al quesito non viene data alcuna risposta se non ricordare che la quota a carico dell'utente non può superare comunque il 50% della quota di compartecipazione (quindi 33 + 16,50 euro).

Diverse sono le questioni che l'interrogazione ripropone. Ne segnaliamo alcune

- Restituzione (vedi sopra) agli utenti dei 3,89 euro giornalieri per l'anno 2013,
- Per l'anno 2014 definizione delle prestazioni aggiuntive indicate nell'extra accreditamento,
- Per l'anno 2015 rivedere il contenuto della convenzione indicando con chiarezza quali prestazioni sono ricomprese nella tariffa e quali, confort alberghiero, possono essere aggiuntive,
- Definire gli strumenti di valutazione (previsti dalla Regione, ma mai realizzati) che definiscono i criteri di accesso alle strutture
- Fornire il dato delle persone in lista di attesa (art. 5, dgr 1729/2010)
- Aumentare il numero dei posti convenzionati. Sono circa 2.000 gli anziani non autosufficienti ricoverati in posti non convenzionati o in Case di Riposo per autosufficienti.

C'è da augurarsi che la Regione, a differenza del passato, voglia, in vista del rinnovo della Convenzione, davvero confrontarsi con tutti i "portatori di interesse", a partire dalle criticità emerse in questi anni.

Gruppo Solidarietà

Allegato 1

Interrogazione n. 1645, presentata in data 24 marzo 2014, a iniziativa del Consigliere Binci "Quote a carico degli utenti", a risposta orale urgente

Premesso che:

- con dgr 282/2014 sono state fornite indicazioni all'ASUR in merito al convenzionamento per il biennio 2013-2014, confermando i contenuti della convenzione di cui alla dgr 1729/2010, ad eccezione del modello A1;
- per tutti i posti convenzionati a 100 minuti è prevista la corresponsione dell'intera quota sanitaria pari a 33 euro;

Considerato che:

- con la dgr 282/2014 si conferma, per i posti convenzionati a 100 minuti, la quota a carico degli utenti pari a 33 euro con la possibilità di una quota aggiuntiva entro il 25% (41.25 euro);
- l'allegato A2 prevede su richiesta dell'utente la possibilità di prestazioni aggiuntive per il miglioramento del comfort alberghiero e per prestazioni extra accreditamento;
- in molte situazioni (oltre il 25% dei posti), attraverso l'allegato A2 della convenzione all'utente vengono assoggettate quote che arrivano fino a 60 euro al giorno comprendenti anche prestazioni aggiuntive di tipo sanitario;
- nel caso in cui la persona malata e non autosufficiente necessiti di una assistenza sociosanitaria superiore a quella fornita dalla residenza protetta è compito dell'Unità Valutativa distrettuale indicare la struttura residenziale più adeguata in risposta ai bisogni di salute dell'utente;
- all'interno della residenzialità sociosanitaria solo in questa tipologia di struttura si permette di addebitare agli utenti quote aggiuntive rispetto a quelle stabilite;
- la normativa riguardante i livelli essenziali di assistenza prevede che la quota sociale non possa superare il 50% della tariffa complessiva;

Tutto ciò premesso il sottoscritto consigliere regionale

INTERROGA

il Presidente della Giunta per conoscere:

1. il dato quantitativo della riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013 considerata la corresponsione dei 33 euro di quota sanitaria rispetto ai 29,11 del 2012;
2. quali sono le particolari condizioni che permettono alle residenze protette di aumentare la quota a carico degli utenti fino al 25% passando da 33 a 41,25 euro;
3. cosa si intenda per "prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento" dell'allegato A2.

La risposta dell'assessore alla Salute, seduta Consiglio regionale 24 giugno 2014

Almerino MEZZOLANI. E' una interrogazione divisa in più punti, tre per l'esattezza.

Al **punto 1** il dato quantitativo della riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013 non è ancora disponibile perché solo il 13 dicembre 2013 - questa, Consigliere Binci, è una interrogazione datata - a seguito della sottoscrizione del verbale d'intesa con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil «sulle politiche di bilancio 2014 a sostegno del lavoro e della coesione sociale», recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 217/2014, si è deciso di dare seguito alle indicazioni riportate nell'Accordo sul percorso di riallineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente (2010-2013)" sottoscritto con le organizzazioni sindacali il 2 agosto 2010 e recepito lo stesso giorno con atto di Giunta n. 1230, modificandone però la tempistica. Infatti la conclusione del percorso di riallineamento veniva prolungato di un anno stabilendo che venissero assicurati 3.000.000 di euro per l'anno 2013 e 4.500.000 di euro per l'anno 2014, "al fine di procedere agli adempimenti necessari per garantire la compartecipazione sanitaria alle rette per accedere alle Residenze protette per anziani".

Sono quindi in corso tutte le procedure di convenzionamento per il biennio 2013-2014 da parte dell'Asur che utilizzerà lo stesso modello approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 ad esclusione dell'allegato A.1 confermando per l'anno 2014 la tariffa giornaliera di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 a fronte dei requisiti assistenziali di cui al regolamento regionale 1/2004 e della legge regionale 20/2002. Solo a conclusione di tale percorso l'Asur sarà nelle condizioni di comunicare esattamente il dato quantitativo richiesto relativo alla riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013.

Per quanto riguarda i punti 2 e 3 occorre riepilogare un po' la situazione come si è sviluppata dal 2006 ad oggi.

La quota aggiuntiva del 25% dei 33,00 euro (fino a 41,25 euro) veniva prevista all'art. 18 della deliberazione di Giunta regionale n. 704/2006 con la quale veniva approvato il "modello di convenzione per Residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA" il quale prevedeva che "rispetto alla retta giornaliera si permette una variazione contenuta in +/- 25% in relazione, alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità di carattere locali".

Tale indicazione viene ripresa nella deliberazione di Giunta regionale n. 1230/2010 relativa allo "schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente" sottoscritto con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil, il 2 agosto 2010, articolando il percorso di riallineamento tenendo conto delle tre classi di quota di compartecipazione del cittadino e cioè:

- a. strutture con quota di partecipazione del cittadino fino a 33 euro;
- b. strutture con quota di partecipazione del cittadino da 33 euro a 41,25 euro;
- c. strutture con quota di partecipazione del cittadino superiore a 41,25 euro, concordando però, in quest'ultimo caso, in fase di stipula della convenzione, le modalità con cui graduare il rientro nel tetto di 33 euro, fatte salve eventuali indicazioni regionali su prestazioni aggiuntive fuori tariffa, comunque entro il tempo di riallineamento previsto.

Con l'approvazione del modello di convenzione tra Asur e residenze protette per anziani, successivo all'accordo del 2 agosto 2009, avvenuto con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010, l'indicazione del possibile incremento della tariffa del +/- 25% è stata sostituita con l'inserimento nello schema, dell'allegato A.2 con il quale si prevede la possibilità di "Prestazioni aggiuntive, in quanto costituiscono intervento esclusivo di miglioramento del confort alberghiero" concedibili a "particolari condizioni" poi indicate con note e atti successivi:

1. devono essere erogate, e quindi contabilizzate, solo su richiesta formale dell'utente trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento (secondo quello che è il decreto del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali n. 19/2012), prestazioni che sono quelle che non rientrano nella tabella delle Prestazioni assistenziali inserita nell'art. 14 della Convenzione;
2. non devono superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente (anche questo previsto dalla nota del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali al Direttore Asur del 23 febbraio 2011).

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Premetto che non sono soddisfatto della risposta dell'Assessore perché di fatto la risposta dimostra una cosa, che ancora non si è affrontato il governo delle residenze protette, delle case di riposo e delle Rsa.

Rispetto al dato quantitativo, cioè l'impegno della Regione di aumentare il minutaggio inserendo 3 milioni di euro per il 2013, e 4 milioni e cinquecentomila di euro per il 2014 e quanto questo abbia inciso sulla diminuzione delle rette per gli utenti, questo manca. L'unica cosa certa è che di fatto potrebbe anche essere stato un contributo di 3 milioni di euro alle residenze da parte della Regione senza nessun beneficio per gli utenti.

In merito alla seconda questione: a quali condizioni e come viene regolamentato il possibile aumento del 25%, l'Assessore ha elencato le classi di compartecipazione delle quote da parte degli utenti e di fatto per la classe c), quella che dai 41 euro può arrivare fino a 60, la certificazione delle prestazioni dovrebbe essere elencata in un allegato della Regione, non è possibile salvarsi l'anima dicendo che vengono erogate solo su richiesta formale dell'utente, cioè la Regione se ne lava le mani e dice "se qualcuno paga 60 euro è per le prestazioni accessorie che ha accettato di ricevere o ha richiesto di ricevere". Allora noi non sappiamo che i nostri anziani o le persone in difficoltà che devono andare presso le case di riposo, presso le residenze protette che non hanno i posti sufficienti rispetto alla domanda, non si tiene conto che siamo in una situazione in cui la domanda è superiore all'offerta e quindi chi è in difficoltà e non può essere seguito a casa e va presso una casa di riposo o una residenza protetta o una Rsa per chiedere di essere accolto, si sente dire: "C'è solo il posto a 60 euro, firma qui". E chi non ne può fare a meno, chi non è in grado di gestire una persona a casa deve semplicemente firmare e in quel caso non è una firma consapevole, è una firma obbligatoria.

Cosa c'è da fare? Prima di tutto coprire gli oltre 1.500 posti che mancano rispetto alla richiesta di residenzialità in questi servizi socio sanitari e coprire con le convenzioni regionali tutte le richieste dei cittadini marchigiani che vanno presso le residenze protette o le residenze sanitarie.

Questo è quello che c'è da fare. Poi regolamentare le modalità con cui si possono dare servizi aggiuntivi. Ci deve essere una reale possibilità per l'utente di scegliere tra avere un servizio fino a 40 euro oppure avere la pedicure, avere la visita dello psicologo, avere servizi che poi neanche vengono dati. Sono messi solamente lì per aumentare la retta agli utenti obbligati a pagare se vogliono un posto.

L'altra questione ancora più importante da risolvere, ed è uno dei motivi per cui la sanità marchigiana è tra le meno trasparenti, è che non ci sono le liste di attesa. Nel momento in cui non ci sono le liste di attesa trasparenti, un cittadino che ha una persona anziana che non riesce a gestire e che deve assolutamente appoggiare presso una Rsa, deve, se vuole il posto, andare direttamente presso la residenza protetta o presso la Rsa, quindi tutta quella funzione che nella legge è prevista: l'unità di valutazione, spesso è inutile perché l'unità di valutazione funziona solo per i posti convenzionati e i posti convenzionati non sono sufficienti al bisogno.

Bisogna aumentare questa capacità, aumentare la convenzione, rendere trasparenti e pubbliche le liste d'attesa perché questo dice la legge sulla trasparenza. E' una legge dello Stato e questo è necessario anche per i nostri ospedali e dopo affronteremo la questione delle liste d'attesa, ma l'uovo di Colombo delle liste d'attesa è che le liste d'attesa devono essere pubbliche, allora si vede dove si fermano, chi le fa fermare e chi viene favorito dal fatto che ci siano le liste d'attesa.

Allegato 2

REGIONE MARCHE GIUNTA REGIONALE

Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali

Il Direttore

23/02/2011

Al Direttore Generale ASUR
Dr. Piero Ciccarelli
Via Caduti del Lavoro, 40
60131 ANCONA

Oggetto: Residenze Protette per anziani non autosufficienti - nota esplicativa relativa all'applicazione della DGR 1729/10

Con l'approvazione del modello di convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale e residenze protette per anziani ha preso avvio il processo di allineamento delle tariffe delle residenze protette per anziani alla normativa vigente.

Nell'ultimo incontro con le organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo del 2 agosto scorso è stato definito un percorso attuativo le cui tappe fondamentali si riportano di seguito:

- Predisposizione da parte dell' ASUR, entro il 7.02.2011, del Piano di convenzionamento con l'elenco analitico delle strutture da convenzionare (comprensivo di importo economico attribuito a ciascuna struttura unitamente al n. dei posti convenzionati);
- Adozione da parte dell' ASUR del relativo atto deliberativo che recepisca la DGRM 1729/10 e apporvi il Piano di Convenzionamento e le schede riferite ad ogni singola struttura;
- Sottoscrizione, da parte delle Zone Territoriali, delle convenzioni con gli Enti gestori sulla base della delibera ASUR;
- Assunzione, da parte della direzione generale ASUR, di una determina complessiva per il recepimento di tutte le convenzioni.

Al fine di arrivare nel modo più veloce e preciso alla sottoscrizione delle convenzioni si riportano, di seguito, alcune brevi note esplicative emerse da un confronto con gli Enti gestori, pubblici e privati, utili ad una corretta ed omogenea interpretazione dello schema di convenzione da trasferire ai Direttori di Zona:

1. La convenzione ha validità dal 1/10/2010 al 31.12.2012 (art. 23); per gli anni successivi, si prevede sempre in convenzione, si procederà con atti separati. Dato che la sottoscrizione della stessa avverrà nel corso dell'anno 2011 l'indicazione è quella di mantenere inalterata la decorrenza e di applicare i benefici

previsti da quella data in relazione al corrispettivo di euro 1.425.000 trasferiti all' ASUR con Decreto del Dirigente del servizio salute n. 50 del 28.12.2010. Atteso ciò le Zone Territoriali, successivamente alla sottoscrizione delle convenzioni, potranno procedere all'erogazione prevista per l'ammontare di € 4,82 pro capite pro die relativa agli ultimi mesi dell'anno 2010 a fronte del rimborso all'utente, o, in caso di decesso, ai loro eredi titolati richiedenti, della quota parte della retta a carico del cittadino effettivamente applicata e pagata dallo stesso nell' anno 2009, tenendo conto delle tre classi di quota di compartecipazione previste dalla DGR 1230 del 2/8/201. Il rimborso viene effettuato dall' ente gestore a seguito dell' avvenuto trasferimento allo stesso da parte dell' ASUR della quota parte di spettanza.

2. Le "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" sanitarie o socio-sanitarie sono quelle previste e regolamentate dal comma 6 dell' art. 14 del modello di convenzione ed evidenziate negli appositi allegati A1 e A2;

· Nel caso dell'allegato "A1" vanno riportate unicamente le prestazioni effettivamente erogate dall'Ente gestore nel caso siano aggiuntive rispetto a quelle indicate e finanziate per l'annualità in corso (alcuni enti gestori offrono già i 100' di assistenza). In questo caso è ammissibile solo la quantificazione economica della differenza tra il minutaggio effettivamente offerto pro capite pro die (al massimo 100') e il minutaggio effettivamente pagato dal SSR per l'anno di riferimento. La tabella A1 quindi vale unicamente per il periodo complessivo di vigenza della convenzione e serve a verificare la quota effettiva (in caso di offerta superiore di assistenza rispetto a quella richiesta) ancora a carico del cittadino fino al raggiungimento dell'allineamento indicato nell'accordo sindacale del 2 agosto 2010. Si fa presente inoltre che non sono previste tra le "prestazioni assistenziali" quelle offerte da eventuali figure mediche messe a disposizione dalla struttura le quali non rientrano tra quelle richieste dal regolamento 1/04. L'assistenza medica va garantita dai MMG o dalla guardia medica o dal 118 già a carico del SSN. In sede di sottoscrizione dell'atto le modalità per garantire questo tipo di intervento vanno quindi esplicitate agli Enti gestori.

· Nel caso dell'allegato A2 vanno riportate le prestazioni aggiuntive di esclusivo miglioramento del confort alberghiero o prestazioni extra accreditamento o su richiesta del paziente. In questo caso va contrattato un tetto massimo che, nel caso dell' assistenza socio-sanitaria infermieristica e OSS non dovrà superare il 120' pro die pro capite trattandosi del livello massimo previsto, dal Regolamento 1/04 anche in caso di demenze. La quantificazione economica delle prestazioni aggiuntive inserite nell'allegato A2 non può superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente.

Cordiali saluti

Carmine Ruta

5 febbraio 2014

Quote sanitarie e Convenzione delle Residenze protette anziani non autosufficienti. La Regione risponde ad una interrogazione consiliare

Riportiamo di seguito l'interrogazione di Massimo Binci (SEL) presentata il 7 giugno 2013 insieme al testo della risposta (seduta del 4 febbraio 2014) dell'Assessore Mezzolani (in Aula la risposta orale è stata data dall'Assessore al Bilancio, Pietro Marcolini) in tema di quote sanitarie, convenzione e deducibilità delle rette. Occorre far presente che alla data della presentazione della interrogazione (giugno 2013) ancora nessuna risposta era stata data circa l'incremento della quota sanitaria per il 2013 previsto dalle dgr 1230 e 1729/2010). Solo a dicembre 2013 la Regione, con accordo sindacale, ha stanziato 3.000.000 di Euro che non copre la quota necessaria per l'adeguamento delle quote previsto dalle delibere regionali. Su ognuno dei punti oggetto della interrogazione rimandiamo a nostre schede che chiariscono l'effettivo stato delle cose.

Ognuno potrà, così, farsi un'idea e tirare le proprie conclusioni.

E' da augurarsi che il *lavoro intenso* (vedi punto 3) dell'assessore Mezzolani porti nel breve tempo alla definizione della nuova Convenzione - scaduta da oltre 13 mesi - nel rispetto dei diritti degli utenti. Quanto alla "trepidazione"²⁵, riferita dall'assessore Marcolini, con cui [la regione Marche](#), avrebbe cercato di pagare

²⁵ "Sono tutti problemi che abbiamo risolto in bilancio, Consigliere Binci, se vuole ... la convenzione verrà riformulata secondo l'integrazione finanziaria indicata nel bilancio 2014 che assorbe l'integrazione del 2013, proiettandola per tutto l'anno 2014, se vuole c'è un resoconto più dettagliato che le posso dare in forma scritta, ma è un po' la discussione

le quote sanitarie come di spettanza, non pare che sia stata granché percepita da nessuno degli *attori*: dagli utenti ai gestori. Considerato inoltre che la questione riferita al 2013 non è ancora risolta (vedi, [La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani](#)) ci auguriamo che ancora maggiore *trepidazione* venga provata al fine di garantire per i 3179 anziani non autosufficienti ricoverati la quota sanitaria dovuta. Non dimenticando che è tempo di superare "il tetto non valicabile" degli attuali posti convenzionati. Il presidente Spacca e gli assessori Marcolini e Mezzolani è opportuno che ricordino che sono più di 2.000 gli anziani non autosufficienti in lista di attesa (occulta) per un posto di residenza protetta convenzionata (Gruppo Solidarietà)

Sui punti specifici oggetto della interrogazione rimandiamo ai seguenti approfondimenti:

- [La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani](#)
- [Quote sanitarie nelle residenze protette anziani. Le interpretazioni dell'ASUR](#)
- [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)
- [Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico](#)

Interrogazione n. 1253, presentata in data **7 giugno 2013** a iniziativa del Consigliere Binci, "**Residenze protette anziani legge 20/2002. Quote sanitarie 2013 e convenzione**", a risposta orale urgente

Premesso

che con dgr 1230/2010 la Regione Marche si è impegnata, per il periodo 2010-2013, per tutti i posti convenzionati di residenza protetta a finanziare il minutaggio di 100/120 minuti di assistenza così come previsto dalla vigente normativa regionale;

che a partire dal 1 gennaio 2013 la quota sanitaria nei posti convenzionati è stabilita 33 euro al giorno, pari a quella a carico degli utenti;

che al 31 dicembre 2012 è scaduta la convenzione tra ASUR e residenze protette per anziani;

che in tema di deducibilità fiscale delle quote a carico degli utenti ci sono comportamenti differenti da parte degli enti gestori nel rilascio della certificazione necessaria;

Considerato

che ad oggi non sembra rispettato l'impegno assunto nelle dgr 1279 e 1230/2010 di assicurare nel 2013 la quota sanitaria di 33 euro, pari al 50% della tariffa;

che la Convenzione scaduta nel 2012 non è stata ancora rinnovata e le strutture agiscono in assenza di definizione normativa;

che continuano, come dimostrano i dati ASUR del 2012, ad essere richieste agli utenti compartecipazioni che arrivano oltre i 50 euro, con punte addirittura di 60; più del 25% dei ricoverati assume oneri superiori a quelli previsti dalla vigente normativa regionale;

che per quanto riguarda la deducibilità fiscale delle rette a carico degli utenti ci sono comportamenti differenti da parte degli enti gestori nel rilascio delle certificazioni che penalizzano nella gran quantità dei casi gli utenti nel recupero delle quote oggetto deduzione;

Tutto ciò premesso;

Interroga

il Presidente della Giunta regionale per conoscere:

1. un chiarimento circa il rispetto delle vigente normativa regionale riguardo le quote sanitarie 2013, pari a 33 euro al giorno;
2. entro quali tempi verrà rinnovata la convenzione tra ASUR e residenze protette;
3. se intende sciogliere le ambiguità presenti nella convenzione ex dgr 1729/2010 che ha permesso di assoggettare a carico degli utenti anche prestazioni di tipo sanitario;

4. il tema della uniformità della certificazioni rilasciate dalle strutture ai fini della deducibilità delle rette a loro carico, così da dare certezze ai cittadini utenti dei servizi in questione.

**REGIONE
MARCHE**



GIUNTA REGIONALE

*Assessorato Tutela della Salute, Veterinaria,
Volontariato, Acque minerali termali e di
sorgente*

L'Assessore

60125 ANCONA
Via Cesare da Forlino, 3
Tel. 071.8064124-4310-4311
Fax 071.8964131
anm150.usc@regione.marche.it

Prot. N.

Ancona li,

**AL PRESIDENTE DELLA
GIUNTA REGIONALE
S E D E**

Oggetto: *Interrogazione n. 1253 a iniziativa del Consigliere Binci relativa a
"Residenze protette anziani legge 20/2002. Quote sanitarie 2013 e convenzione"*

A risposta orale urgente.

Risposta

Punto 1) Un chiarimento circa il rispetto della vigente normativa regionale riguardo le quote sanitarie, pari a 33 euro al giorno.

Riepilogo brevemente il percorso seguito in questi finalizzato al raggiungimento del livello assistenziale minimo previsto dalla l.r. 20/2002 e regolamento 1/2004 relativamente alle RP anziani.

In applicazione di quanto concordato in un Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione con le OO.SS. del 2009, raccogliendo alcune delle richieste degli enti gestori, venne approvato nel 2010 un ulteriore accordo con le OO.SS. - siglato il 2 agosto con il quale veniva stabilito il seguente percorso:

Posto letto finanziabili: In forza della DGR 1493/08 i posti letto delle Residenze Protette convenzionabili a partire dal novembre 2008 sono stati indicati in 3.411 numero che rappresenta il punto di equilibrio tra necessità e sostenibilità nel settore delle Residenze Protette. Per il periodo di vigenza dell'accordo questo numero costituiva il "tetto" non valicabile dei posti letto delle Residenze Protette convenzionabili con l'ASUR.

Tariffe: Fino alla approvazione di un nuovo tariffario regionale la tariffa giornaliera di riferimento per le Residenze Protette era fissata in 66,00 € per l'erogazione di 100 minuti di assistenza giornaliera ad ospite. La tariffa rappresentava la quantificazione economica delle "prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale" a favore di anziani, previste dal DPCM 29/11/01, per le quali è prevista la percentuale del 50% di "costi a carico dell'utente o del Comune".

Percorso: sempre in base all'accordo la Regione Marche si impegnava a predisporre un piano di finanziamento che avrebbe permesso, tra il 2010 e il 2013, la stabilizzazione della "tariffa giornaliera" a 66,00 € e la garanzia agli Enti Gestori dell'intera quota a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di 33,00 € per tutti i posti convenzionati a 100 minuti di assistenza pro capite pro die. Al progressivo incremento della quota a carico del SSR doveva corrispondere la diminuzione della quota di compartecipazione a carico degli ospiti, per riallinearsi ai 33,00 € al giorno. A ciò si sarebbe dato seguito con la predisposizione del modello di convenzione per il 2010-2013; la predisposizione del piano di convenzionamento con le strutture; la firma delle convenzioni tra ASUR e Enti Gestori.

Verifica: l'accordo prevedeva infine una fase di verifica circa l'attuazione dell'accordo da imputare a un Tavolo regionale permanente di monitoraggio" e a "Tavoli zionali permanenti di monitoraggio".

Riallineamento: il percorso prevedeva il seguente allineamento della tariffa nei quattro anni di vigenza dell'accordo:

anno 2010: tariffa complessiva a € 57,25

anno 2011: tariffa complessiva a € 60,24

anno 2012: tariffa complessiva a € 63,39

anno 2013: tariffa complessiva a € 66,00

In termini di compartecipazione sanitaria il riallineamento complessivo avrebbe comportato un incremento della quota sanitaria in carico alla Regione della tariffa così come segue:

anno 2010: quota sanitaria da € 16,00 a € 20,82

anno 2011: quota sanitaria da € 20,82 a € 23,85

anno 2012: quota sanitaria da € 23,85 a € 29,11

anno 2013: quota sanitaria da € 29,11 a € 33,00.

Punto 2) entro quali tempi verrà rinnovata la convenzione tra ASUR e RP.

Con DGR 1729/2010 venne approvato il modello di convenzione tra ASUR e RP Anziani poi utilizzato per le convenzioni con le 109 strutture coinvolte nel percorso. All'art. 23 veniva precisata la durata della convenzione che avrebbe avuto termine il 31.12.2012 rinviando ad atti successivi al 2012 la prosecuzione del percorso convenzionale.

A tutt'oggi, per motivi legati, ai tagli al fondo sanitario operati dal governo in maniera drastica e al limite della sostenibilità del sistema, non è stato possibile

procedere alla stipula della nuova convenzione che avrebbe dovuto confermare i criteri di riallineamento già indicati nella precedente fino al raggiungimento dell'impegno di finanziare i 33 euro di retta previsti dal piano finanziario per il quale sarebbero stati necessari ulteriori 4 milioni e 200 mila euro non più disponibili. Stiamo però lavorando intensamente per reperire, nell'ambito dei fondi LEA la cifra necessaria per procedere al completamento della manovra data l'importanza che attribuiamo alle politiche social di sostegno alla non autosufficienza.

Punto 3) Se intende sciogliere le ambiguità presenti nella convenzione ex DGR 1729/2012 che ha permesso di assoggettare a carico degli utenti anche prestazioni di tipo sanitario.

La DGR 1729/2012, con la quale veniva approvato lo schema di convenzione tra RP e ASUR, prevedeva la possibilità di eventuali prestazioni aggiuntive supplementari alla tariffa di riferimento inerenti il livello assistenziale (allegato A.1) e prestazioni aggiuntive di miglioramento del confort alberghiero o prestazioni extra accreditamento su richiesta del paziente (allegato A.2).

Nel primo caso non si tratta di prestazioni sanitarie impropriamente a carico del cittadino perché riguardano i dati di riallineamento necessari per verificare se, laddove l'assistenza è data nei 100' previsti, si è proceduto o meno alla graduale riduzione della tariffa per la quota impropriamente a carico del cittadino così come previsto al comma 3 dell'art. 16 dello schema di convenzione (All. A1) o perché si tratta di prestazioni aggiuntive rispetto al minimo da garantire per legge da erogare soltanto su richiesta formale dell'utente trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazione fuori dai requisiti di accreditamento come specificato nella interpretazione data con decreto del Direttore del Dipartimento Salute e servizi sociali n. 19 del 26.03.2012 (All. A2).

Punto 4) Il tema della uniformità delle certificazioni rilasciate dalle certificazioni rilasciate dalle strutture ai fini della deducibilità delle rette a loro carico, così da dare certezze ai cittadini utenti dei servizi in questione.

Stiamo valutando la questione per arrivare a dare tutti i chiarimenti necessari in materia, in considerazione della necessità di dare corretta interpretazione alla norma sulla deducibilità.

19 gennaio 2014

Quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani non autosufficienti. Una vicenda istruttiva

Quando le Istituzioni ignorano, disattendono e violano le norme

Si è chiuso il 2013 ma ancora non si è chiusa la penosa vicenda riguardante il finanziamento delle quote sanitarie nei posti convenzionati di residenza protetta per anziani non autosufficienti.

Norme e fatti

Nel 2010, con le delibere [1230](#) e [1729](#) la Regione, dopo un accordo con le segreterie regionali dei sindacati confederali, definiva il cosiddetto percorso di riallineamento delle tariffe. Veniva stabilito che in poco più di 3 anni (2010-2013) per il totale dei posti convenzionati di residenza protetta per anziani non autosufficienti si doveva arrivare all'assunzione da parte del settore sanitario (rappresentato dall'ASUR e dalle sue articolazioni territoriali) all'intero pagamento della quota sanitaria, pari al 50% della tariffa, stabilita in 66 euro per il minutaggio giornaliero di 100 minuti e in 80 euro per quello di 120 minuti.

Periodo	Quota a carico SSR	Quota inflazione programmata
Da 01/10/2010 a 31/12/2010	€ 20,82	€ 0,26
Da 01/01/2011 a 31/12/2011	€ 23,85	€ 0,36
Da 01/01/2012 a 31/12/2012	€ 29,11	€ 0,45
Da 01/01/2013 a 31/12/2013	€ 33,00	€ 0,51

Art. 15, dgr 1729/2010

Ciò al fine di assicurare agli utenti il completo minutaggio previsto dalla normativa regionale (requisiti previsti in attuazione della legge 20/2002).

Da 01/10/2010 a 31/12/2010	63' assistenza pro capite pro die	13' ass. inf. + 50'OSS
Da 01/01/2011 a 31/12/2011	72' assistenza pro capite pro die	15' ass. inf. + 57'OSS
Da 01/01/2012 a 31/12/2012	88' assistenza pro capite pro die	18' ass. inf. + 70'OSS
Da 01/01/2013 a 31/12/2013	100' assistenza pro capite pro die	20' ass. inf. + 80'OSS

Art. 14, dgr 1729/2010

In realtà i pochi posti (circa 100) con minutaggio 120 minuti sembra fossero già *allineati*, così come alcuni di quelli a 100 (determina ASUR, n. 143 del 25 febbraio 2011). Dunque l'adeguamento riguarderebbe i soli posti e non tutti a 100 minuti. Ciò peraltro sarebbe confermato anche dai dati forniti dall'ASUR, 16 gennaio 2013, al Comitato Associazioni Tutela nei quali oltre ai cosiddetti posti in allineamento si forniva anche il dato delle quote richieste, dalle singole residenze, agli utenti (per dati e commento vedi, [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)). Se interpretiamo correttamente i dati e gli stessi sono esatti, gli unici posti in allineamento sono parte di quelli a 100 minuti (quindi quota aggiuntiva 2013 di 3,89 euro per persona ricoverata) che sarebbero in totale 2.775. La quota aggiuntiva per il 2013 sarebbe di circa 3,9 milioni di euro. Se invece, tutti i posti da 100 minuti dovessero essere in allineamento (ma ripetiamo che non sembrerebbe stando ai dati regionali), la quota aggiuntiva sarebbe di poco meno 4,4 milioni di euro.

Ma starà alla Regione e all'ASUR fornire i dati corretti. Un compito che finora ha adempiuto con poco impegno.

Dunque con il 2013 si sarebbe dovuta chiudere la pagina, durata molti, troppi, anni dell'adeguamento dei posti convenzionati (3179) che in realtà rappresentano circa il 60-65% dei posti occupati (nelle residenze protette autorizzate o nella Case di riposo per autosufficienti) da anziani non autosufficienti. In più come abbiamo ripetutamente [dimostrato](#) anche in questi posti le quote a carico degli utenti sono ben più alte di quelle previste

(massimo 41,25 euro/giorno), fino ad arrivare a punte di quasi 60 euro al giorno. Esemplificativo in proposito, **Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico.** Rarissimamente corrispondono al 50% della tariffa. Un tema che abbiamo affrontato in diverse occasioni e sul quale qui ora non torniamo.

Alla base ci sono diverse ragioni, tra queste sicuramente una tariffazione bassa rispetto al minutaggio, ma anche una convenzione che si è mostrata del tutto inadeguata. A partire dalla possibilità di prevedere, oltre alle quote aggiuntive per particolare confort alberghiero, anche il corrispettivo per oneri sanitari (assistenza infermieristica e tutelare) aggiuntivi a quelli finanziati quando questi ultimi si fossero rilevati insufficienti.

Intanto la Convenzione è scaduta il 31 dicembre 2012 e a distanza di 13 mesi non pare esserci alcuna intenzione di rinnovarla.

L'ineffabile silenzio

Nonostante le previsioni normative, l'ASUR nel 2013, con la complicità regionale, ha deciso di non rispettare quanto stabilito dalle delibere regionali ed ha cominciato a prendere tempo liquidando, in successivi acconti, agli enti gestori la stessa quota sanitaria del 2012. Un esempio encomiabile per istituzioni cui i cittadini dovrebbero guardare come garanti del rispetto delle norme. Un penoso balletto di comunicati e dichiarazioni. Straordinaria, ad esempio, **la nota** dell'Area Vasta 2 del 1 ottobre 2013, nella quale, a nove mesi dalla scadenza della Convenzione, si cerca una motivazione normativa del mancato rispetto della delibera 1729/2010. Il contenuto della delibera a riguardo degli oneri non viene più considerato (impegno delle residenze ad assicurare da gennaio 100 minuti al giorno, contestuale adeguamento della quota sanitaria a 33 euro) e si ricorre alla motivazione del mancato rinnovo della convenzione per giustificare l'impossibilità di adeguamento tariffario.

Per quanto riguarda la Regione ed il suo assessore alla salute, Almerino Mezzolani, ripetutamente chiamato a rispondere da gestori e Comitato associazioni tutela, un silenzio assoluto. La reazione dei sindacati, nonostante fossero i firmatari dell'Accordo non rispettato, decisamente debole, più come risposta alle prese di posizione degli altri soggetti che per propria autonoma iniziativa. Di fronte alla situazione di stallo i gestori delle residenze promuovono una manifestazione davanti la sede della Regione, **Quote sanitarie nelle RP anziani delle Marche. La protesta delle strutture**, che ha il merito di riaprire il confronto e di portare a conoscenza dell'opinione pubblica la situazione. In realtà anche nei giorni e mesi successivi la questione non si sblocca con il continuo balletto di promesse e smentite.

La parola fine rispetto al finanziamento 2013 viene messa il 13 dicembre giorno in cui i sindacati, questa volta forse più determinati, firmano l'accordo con la Regione riguardo il bilancio 2014. Nell'accordo si sancisce l'impegno regionale ad assicurare "al fine di procedere agli adempimenti necessari per garantire la compartecipazione sanitaria alle rette per accedere alle residenze protette per anziani: -per l'anno 2013 la disponibilità di Euro 3.000.000; -per l'anno 2014 la disponibilità di Euro 4.500.000".

Ad oggi?

Cerchiamo di riassumere:

- L'ASUR, in accordo con la Regione (in molti pensano che nella sanità marchigiana il gestore abbia di fatto assunto anche le funzioni in capo alla Regione) non ha rispettato la normativa; la quota sanitaria nelle residenze protette è stata considerata come una sorta di beneficenza che si poteva elargire o togliere.
- La regione, ad anno concluso, ha stabilito di mettere sul bilancio una quota (3 milioni di euro) che non si sa quanti posti coprirà (l'indicazione che bisogna dare l'intera quota a chi ha effettivamente erogato 100 minuti è almeno bizzarra. Tutte le residenze dal primo gennaio, se non interpretavano le norme come le ha interpretate la Regione (che le ha deliberate) e l'ASUR, dovevano assicurare 100 minuti. A meno che non fosse così certa di avere a che fare con un contraente inaffidabile.
- Gli utenti da gennaio 2013 dovevano vedersi ridotte di 3,89 euro le quote a loro carico rispetto al 2012. Questo l'andamento previsto dall'articolo 16, comma 3 della Convenzione.

Nel caso la Residenza Protetta già eroghi assistenza per 100' pro capite pro die per i PL convenzionati per 50' pro capite pro die, il cittadino pagherà la quota di partecipazione dovuta per il 2009 diminuita, progressivamente, degli importi di incremento della quota sanitaria (€ 4,82 al giorno per gli ultimi due mesi del 2010, € 3,03 al giorno per il 2011, € 5,26 al giorno per il 2012, € 3,89 al giorno per il 2013).

- Sono oltre 2.000 gli anziani non autosufficienti ricoverati in posti non convenzionati, per i quali l'ASUR dovrebbe assumere la quota sanitaria, costretti a pagare anche prestazioni di tipo sanitario. Oltre 1500, rilevazione di oltre 10 anni fa certamente in difetto, i malati ricoverati in RP, le cui condizioni richiederebbero un ricovero in una struttura a più alta intensità di assistenza (RSA).

Vedremo nei prossimi giorni cosa accadrà e in quante situazioni gli utenti si vedranno restituite le quote indebitamente versate. E' tempo peraltro, di aprire in maniera seria, il tema delle compartecipazioni comunali alle quote a carico degli utenti. Informazioni scorrette sui criteri di compartecipazione, mancanza o genericità dei regolamenti, determinano, tranne situazioni particolarmente evidenti, la mancata assunzione dei Comuni delle responsabilità che gli competono quando i redditi dell'utente sono insufficienti. La (vecchia) normativa sull'Isee è stata, di fatto, non applicata nel migliore dei casi ricorrendo a improbabili soglie o ai "tenuti agli alimenti" (cosa non permessa) o appellandosi ad altri espedienti. Vedremo se qualcosa cambierà con la nuova normativa o se prima di qualsiasi applicazione se ne vorrà verificare la convenienza. Chiamati in causa, come ad esempio accade per i servizi rivolti alle persone con disabilità, forse cominceranno ad interessarsi un po' di più delle politiche sociosanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti.

Quali insegnamenti lasciano questa vicenda? Molti; alcuni li abbiamo già accennati. Quello che certamente fa più riflettere è che neanche la presenza della norma sembra bastare a garantire diritti. Ma, qui, ci occupiamo di quelli che non contano che sembrano tornati ad essere considerati i "miseri" di un tempo, oggetto soltanto di qualche compassionevole sostegno. Ma se è così la responsabilità riguarda tutti noi e abbiamo bisogno di un severo esame di coscienza.

Per approfondire

- [Residenze anziani non autosufficienti. L'Asur continua a non pagare quanto deve](#)
- [Quote sanitarie nelle residenze protette anziani. Le interpretazioni dell'ASUR](#)
- [Marche. Residenze protette anziani e adeguamento quote sanitarie 2013](#)
- [Marche. Residenze protette anziani. Oltre il 25% paga più del dovuto](#)
- [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)
- [Un commento sulla nuova Convezione tra Asur Marche e residenze protette anziani](#)
- [I dati negati delle residenze protette per anziani nelle Marche](#)
- [Marche. Rette degli utenti nelle RP anziani. Basta imbrogli](#)
- [Marche. Caparre per l'accesso alle strutture. Richiesta intervento normativo](#)
- [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)

6 ottobre 2013

Standard assistenziali e quote sanitarie nelle residenze protette per anziani non autosufficienti

Come interpretare la nota del 1 ottobre 2013 dell'Area Vasta 2?

Nella nota sopra richiamata avente ad oggetto "Residenze protette per anziani", si afferma, tra l'altro: *"Relativamente alla richiesta di precisare gli standard assistenziali che debbono essere garantiti dalla residenza protetta si deve confermare quanto precedentemente comunicato in merito alla prosecuzione dei rapporti contrattuali per la disciplina delle prestazioni stesse, già conclusi tra l'ASUR e le varie residenzialità fino al 31.12.2012. Si evidenzia infatti, che lo schema di convenzione quadro recepito ed approvato con DGRM 1729/2010 prevedeva la data del 31.12.2012 come termine ultimo di efficacia della*

convenzione, con la riserva che si sarebbe in seguito provveduto con specifici e separati atti al completamento del processo di riallineamento delle rette e degli standard assistenziali programmato per l'anno 2013. Pertanto, fino a nuove disposizioni regionali/aziendali che dovessero eventualmente intervenire in merito e che potrebbero indurre ad una nuova formulazione delle disposizioni già note, ci si atterrà a quanto disciplinato negli accordi sottoscritti".

Interpretazioni

Se non si può pretendere che le istituzioni si attengano al precetto evangelico (anche se in genere i nostri governanti si mostrano alquanto devoti) , *"il vostro parlare sia: sì, sì, no, no"*; perché *"il di più viene dal Maligno"*; sarebbe al contempo auspicabile l'utilizzo di un linguaggio accessibile, tale da non richiedere consulenze interpretative.

Se, però vogliamo abbandonare gli intollerabili giri di parole e cercare di capire cosa si cela dietro la risposta, essa dal mio punto di vista è chiara se non nella formulazione, negli esiti: Alle strutture che chiedono a quali standard devono attenersi (richiesta peraltro eufemistica se la gran parte delle stesse ha sempre affermato e dichiarato che già fornivano 100 minuti) e dunque quale rimborso devono ricevere (ritenendo che dal primo gennaio 2013 hanno diritto al 50% del costo di 100 minuti di assistenza), l'ASUR risponde (art. 23) che la convenzione è scaduta nel 2012 e che per gli anni successivi si procederà con atti separati. Dunque: fino a nuove disposizioni vale quanto previsto nel 2012: minutaggio complessivo 88, quota sanitaria 29,11 euro.

Se la nota non è così interpretabile questo parlare criptico che senso avrebbe? Non può sfuggire che il solo riferimento al minutaggio è funzionale a non specificare l'entità della quota sanitaria, che è il vero oggetto del contendere. Ricordando a tutti gli attori che, tranne rarissime eccezioni, l'eccedenza dello standard assicurato rispetto a quello finanziato è stato sempre pagato da utenti e familiari. Per questo con ogni probabilità si dice per "non dire o per far capire", ma anche per poter sempre affermare che "l'avevamo scritto".

Se dunque è così come interpreto:

- a) perché l'interpretazione ASUR della norma non è stata data ad inizio anno?
- b) perché fino ad ora tutta la vicenda è stata caratterizzata da un inspiegabile silenzio formale (perché, invece, informalmente come sempre accade, piace molto conversare e nessuno ha mai posto il problema normativa ma solo quello economico)?
- c) che valore hanno gli articoli 15 e 14 della dgr 1729?
- d) non era dunque vero che per i soli (pochi) posti convenzionati si sarebbe andati a regime nel 2013?

Se così fosse dopo il danno (di non aver riscosso) anche la beffa (di non averne diritto). E' da sperare che chi ha firmato i contratti si adoperi per farli rispettare.

Se invece non è così è tempo di abbandonare indecifrabili e insopportabili formulazioni

Ma c'è un ultimo aspetto che riguarda gli **utenti**. Per loro da quando è iniziato il percorso di riallineamento (ma a dire il vero da molto prima) le norme hanno avuto sempre un valore relativo. O meglio si sono dovuti adattare al valore relativo che gli altri hanno dato: a) Regione, b) ASUR, c) la maggioranza delle strutture.

Si sono visti in questi anni assoggettare attraverso anche i più fantasiosi sistemi, oneri previsti da nessuna norma. Se dunque per l'ASUR a valere è la durata del rapporto contrattuale, per gli utenti vale invece il contenuto della delibera 1729 a prescindere dalla durata della convenzione. E la norma dice che se già la struttura eroga 100 minuti, come la maggior parte affermano, nel 2013, la quota dovrà diminuire di 3,89 euro rispetto al 2012. Se l'Asur, con il conforto regionale, si rifiuta di pagare l'onere, così come previsto nella citata delibera a partire dal 1 gennaio 2013, le strutture agiscono per via legale come spesso fanno con gli utenti quando non rispettano i contratti pattuiti (su molti dei quali peraltro ci sarebbe tanto da discutere, ma questo è un altro discorso).

Per fare memoria

Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?

Marche. Interrogazione su anziani non autosufficienti. Le imprecise risposte regionali
Marche. Residenze protette anziani e adeguamento quote sanitarie 2013
Marche. Residenze protette anziani. Oltre il 25% paga più del dovuto
Marche. Problematiche Residenze protette anziani
Regione e ASUR Marche fanno cassa con gli anziani non autosufficienti
Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico
I dati negati delle residenze protette per anziani nelle Marche

14 febbraio 2013

Interrogazione consiliare sulle rette a carico degli anziani non autosufficienti ricoverati nelle residenze protette della regione Marche. Omissioni ed imprecisioni nella risposta dell'Assessore alla salute

Riportiamo, di seguito, la risposta dell'Assessore alla salute della regione Marche, Amerino Mezzolani alla interrogazione del Consigliere Massimo Binci (Sel) in merito alla situazione riguardante alcuni aspetti (vedi parte evidenziata della interrogazione) della situazione delle residenze protette per anziani non autosufficienti e soggetti con forme di demenza della regione Marche.

Successivamente alla presentazione della interrogazione sono pervenuti al Comitato associazioni tutela (CAT), anche grazie alle sollecitazioni del Difensore Civico regionale, i dati che l'assessore alla salute, ha fornito, nella risposta.

Il riepilogo delle quote a carico degli utenti praticato da ogni struttura convenzionata, insieme ad un nostro commento, sono disponibili in questa scheda, [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#). La scheda analizza oltre il dato delle rette praticate anche altri aspetti, a partire dal numero dei posti convenzionati ed al numero degli anziani ricoverati in quelli solo autorizzati e nelle strutture per autosufficienti (Case Riposo).

Rispetto alle risposte dell'assessore alle quattro richieste del consigliere Binci, si osserva quanto segue:

1) la diminuzione di 232 posti convenzionati, segnalati nella nostra scheda, insieme all'errore del numero dei posti nella tabella allegata (63 in più), che secondo l'assessore non sono tali - in quanto gestiti, ora, direttamente dall'Asur - sarebbe opportuno fossero forniti, anche per capire come in poco meno di due anni l'Asur abbia deciso di gestire in proprio un così cospicuo numero di posti. Dal [sito](#), risulterebbero autorizzati 10 posti a gestione diretta, all'intero della RSA di Offida. In ogni caso, attendiamo il dato.

2) I dati richiesti, come attesta la documentazione, sono stati inviati al Comitato associazioni tutela (CAT) il 16 gennaio 2013 a seguito, come già detto, delle ripetute richieste del Comitato, del Difensore Civico regionale e ... della stessa Regione all'ASUR. Vedi in proposito, [I dati negati delle residenze protette per anziani nelle Marche](#) e [Marche. Problematiche Residenze protette anziani](#), nella quale la Regione in data 7 dicembre chiede all'Asur la trasmissione delle informazioni. Come si evince dalla documentazione allegata il dato è stato presentato al tavolo di monitoraggio (Regione, Asur, sindacati) il 25 ottobre 2012.

3 e 4) L'assessore non risponde alla richiesta di conoscere il numero di anziani non autosufficienti ricoverati presso residenze protette autorizzate, ma non convenzionate, e Case di Riposo (per autosufficienti). Indica solo quanti sono questi posti, insieme al calcolo matematico (sottrazione) di quanti sono nelle Rp non convenzionate. Il dato numerico dei posti [è noto](#). Quello che invece si chiede di conoscere è un altro dato: il numero di anziani non autosufficienti, ricoverati nei posti non convenzionati e nella Case di Riposo per autosufficienti. L'assessore e gli uffici, dovrebbero infatti sapere che all'interno dei 2.220 posti aventi autorizzazione come Casa di Riposo, sono ricoverati un gran numero di persone che sono nelle stesse condizioni (di non autosufficienza) di quelli che stanno nelle Rp convenzionate. Gli stessi, come quelli ricoverati nelle RP solo autorizzate, hanno gli stessi diritti (non solo i bisogni) degli anziani ricoverati nei posti convenzionati. E invece devono pagarsi la retta per intero (fatto salvo qualche euro riconosciuto in regime ADI), comprese le prestazioni sanitarie che per legge sono gratuite. Il blocco del convenzionamento (anzi, come visto, la riduzione)

determina che – presumibilmente – 2.000 anziani non autosufficienti debbano pagarsi per intero la retta (comprese le prestazioni sanitarie).

In questo senso, è grave ed imbarazzante la motivazione con cui l'assessore giustifica il mancato adempimento di una norma emanata dalla stessa Regione: il numero degli utenti in lista di attesa per entrare in una RP convenzionata. Tale indicazione è stabilita dalla stessa normativa regionale: art. 5, Dgr [1729-2010](#).

c) Inserimento del cittadino con i requisiti per l'accesso alla Residenza Protetta nella lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale;
In caso di assenza di PL disponibili il cittadino verrà collocato in una lista d'attesa la cui trasparenza è garantita dal responsabile dell'UVI.

Difficile non giudicare ridicola la motivazione apportata: *Trattandosi di strutture per la grandissima parte private, non esiste un dato raccolto a livello distrettuale di anziani non autosufficienti in liste d'attesa. Questo sistema potrà andare in funzione in una fase in cui, a livello di Ambito Territoriale Sociale, si attuerà la gestione associata dei servizi con una unica stazione appaltante, un unico regolamento di accesso, criteri unificati di compartecipazione e, quindi, anche uniche liste di attesa. Stiamo predisponendo una normativa regionale che vada appunto in questa direzione.* Il dato non esiste, perché continua a non essere volutamente rilevato. Si ricorda che la normativa vigente prevede (impone) che solo dopo valutazione dell'UVI (che poi in molte parti della Regione questa diventi una formalità, dovrebbe rappresentare un serio problema per l'amministrazione regionale), si può entrare in Rp convenzionata. Si tratta, quindi, di un dato che deve essere in possesso del distretto, all'interno del quale operano le Unità di valutazione.

Questo, forse accade, perché in questo caso al cittadino si dovrebbe dire che ha un diritto, ma non c'è posto e che quindi deve pagare più di quello che gli spetta. Ma, sapere che ci sono circa 2.000 persone in lista di attesa, significa dover essere chiamati a dare delle risposte. Ecco allora tutta l'ipocrisia. Ecco spiegato il tentativo di non fornire i dati. Ecco spiegata la mancanza di trasparenza. Un sistema che funziona alla perfezione, ovviamente, solo per chi non conta e per chi non sa.

Per tutti gli altri, ci si trova, con tutta certezza da subito, al primo posto della lista di attesa. Per far rispettare le norme a cambiare questa situazione è necessaria una forte pressione dal basso; non può, certo, bastare quella di un Comitato di associazioni (che, ovviamente, continuerà a fare la propria parte). C'è da augurarsi che in tanti si adoperino in questa direzione. Tra questi, ci auguriamo, che facciano sentire tutta la loro forza anche i sindacati di categoria e confederali sottoscrittori dell'accordo con la Regione.

Interrogazione n. 1058, presentata in data 6 dicembre 2012 a iniziativa del Consigliere **Binci**

"Residenze protette anziani L.R. 20/2002. Richiesta di informazione sulle rette a carico degli utenti"

a risposta orale urgente

Premesso:

che con d.g.r. 1230/2010 la Regione Marche si è impegnata, per il periodo 2010-2013, per tutti i posti convenzionati di residenza protetta a finanziare il minutaggio di 100/120 minuti di assistenza così come previsto dalla vigente normativa regionale;

che la tariffa fissata dalla Regione è pari a 66 euro al giorno per 100 minuti di assistenza ed a 80 euro al giorno per 120 minuti di assistenza;

che la quota a carico dell'utente presso la struttura convenzionata è prevista in 33 euro al giorno e solo a determinate condizioni può subire un aumento del 25%;

che un cospicuo numero di anziani non autosufficienti e soggetti con demenze sono ricoverati presso strutture non convenzionate;

Considerato:

che risultano in molte strutture convenzionate rette a carico dell'utente più alte di quelle previste fino ad arrivare a 60 euro al giorno;

che ripetutamente le associazioni degli utenti hanno chiesto alla Regione sulla scorta delle convenzioni firmate dall'ASUR di conoscere le quote che le strutture richiedono agli anziani ricoverati;

che in risposta alle richieste del Comitato Associazioni Tutela e del Difensore Civico regionale, il direttore dell'ASUR Marche in data 23 novembre 2012 ha comunicato che tali dati sono in possesso della Regione;

che l'articolo 5 della Convenzione prevede, inoltre, l'istituzione di una lista di attesa distrettuale;

Tutto ciò premesso,

INTERROGA

Il Presidente della Giunta regionale per conoscere:

- 1) Il dato per ogni struttura convenzionata, della quota messa a carico degli utenti;
- 2) per quali motivi i dati richiesti ripetutamente dalle associazioni non sono mai stati forniti, nonostante le ripetute rassicurazioni al riguardo;
- 3) quanti sono gli anziani non autosufficienti ricoverati in case di riposo o residenze protette non convenzionate;
- 4) quanti sono gli anziani non autosufficienti inseriti nelle liste di attesa distrettuali per un posto di Residenza protetta, così come previsto dall'articolo 5 della Convenzione sottoscritta tra ASUR e Residenze.

Consiglio regionale, 12 febbraio 2013

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 1058 del Consigliere Binci. Ha la parola, per la risposta, l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Consigliere Binci, poi le do tutte le tabelle allegate che mi hanno fornito. Il Consigliere fa una serie di domande alle quali si risponde, la prima è la conoscenza del dato per ogni struttura convenzionata, della quota messa a carico degli utenti.

II dato richiesto è stato appunto riepilogato nella tabella elaborata dall'ASUR, che ovviamente allego a questa interrogazione, la quale ha analizzato la situazione struttura per struttura, relativamente al periodo 2009, 2010, 2011, 2012 nella colonna relativa alla "compartecipazione applicata". Dai dati si evince che il percorso di riallineamento sta andando avanti nelle modalità indicate fino ad oggi dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1230/2012. Il totale dei posti letto al 2012 è pari a 3.179 rispetto ai 3.411 indicati nell'atto. La differenza di 232 posti letto corrisponde ai posti letto gestiti direttamente dall'ASUR e non tramite convenzione (per questo non sono stati rilevati) per cui in quel caso l'incremento è avvenuto con fondi propri in capo all'ASUR utilizzando il proprio personale dipendente.

Nel **quesito numero due** si chiede per quali motivi i dati richiesti ripetutamente dalle associazioni non sono mai stati forniti, nonostante le ripetute rassicurazioni al riguardo. I dati richiesti sono stati trasmessi all'associazione Comitato Associazioni di Tutela dal direttore generale dell'ASUR non appena disponibili, data l'enorme complessità della raccolta che ha riguardato oltre cento strutture. La nota di invio al responsabile del CAT, pervenuta per conoscenza anche alle nostre strutture regionali, è del 29 gennaio scorso. Ci risulta addirittura che l'associazione CAT abbia già prodotto una sua rielaborazione dei dati ricevuti con allegata la tabella ASUR.

Nel **quesito numero tre** si chiede quanti sono gli anziani non autosufficienti ricoverati in case di riposo o residenze protette. I posti letti in "Residenza Protetta" autorizzati dai Comuni ai sensi della legge regionale 20/2002 sono, allo stato attuale 4.490, articolati su 133 strutture, mentre i posti letto autorizzati nelle "Case di Riposo" sono invece 2.200. Il totale, quindi, dei posti letto autorizzati presso strutture sociali e socio-sanitarie (ad esclusione quindi delle R.S.A. che seguono altre procedure di autorizzazione) è di 6.690 posti letto sottraendo ai 4.490 posti letto complessivi di residenze protette autorizzati i 3.411 posti letto sia autorizzati che convenzionati rimangono esclusi dal "piano di convenzionamento" circa 1079 posti letto in

R.P. per i quali però l'ASUR garantisce ugualmente il costo dell'assistenza infermieristica degli OSS con fondi propri attraverso accordi di Assistenza Domiciliare Integrata.

I posti letto autorizzati in "Case di riposo" invece non sono soggetti a convenzione obbligatoria perché rivolti ad una utenza autosufficiente o solo parzialmente non autosufficiente per i quali, quindi, non è richiesta compartecipazione da parte del Servizio Sanitario Regionale.

Al punto quattro si chiedono quanti sono gli anziani non autosufficienti inseriti nelle liste di attesa distrettuali per un posto di R.P., come previsto dall'art. 5 della convenzione sottoscritta tra ASUR e Residenze Protette. Trattandosi di strutture per la grandissima parte private, non esiste un dato raccolto a livello distrettuale di anziani non autosufficienti in liste d'attesa. Questo sistema potrà andare in funzione in una fase in cui, a livello di Ambito Territoriale Sociale, si attuerà la gestione associata dei servizi con una unica stazione appaltante, un unico regolamento di accesso, criteri unificati di compartecipazione e, quindi, anche uniche liste di attesa. Stiamo predisponendo una normativa regionale che vada appunto in questa direzione.

Massimo BINCI. Innanzitutto ringrazio l'Assessore per la risposta e ringrazio gli uffici per aver messo a disposizione i dati. In questi sette anni e passa di mandato come Consigliere regionale, più volte, ho insistito sulla regolamentazione, sull'indagine rispetto alle residenze protette per anziani e ai servizi socio sanitari per le persone non autosufficienti. Eravamo in una situazione di assoluta non conoscenza dei dati a disposizione del nostro servizio, piano, piano si va nella direzione di conoscere quelle che sono le strutture, le risorse e di iniziare a fare, con queste indagini che sono poi le basi, una programmazione anche in questo settore.

Ricordo che la scorsa settimana c'è stato un incontro del Garante con gli uffici, ha presentato le richieste di diverse decine di associazioni volontaristiche del nostro territorio, per mettere ordine sulla programmazione delle strutture socio sanitarie e mettere ordine su quelle che sono anche le politiche di finanziamento dell'Asur e della Giunta rispetto alle strutture socio sanitarie. Il problema qual'è? E' che in queste strutture ci sono differenti trattamenti economici e, sia secondo le associazioni che secondo me, non è comprensibile come stesse strutture convenzionate con la regione Marche ed autorizzate e con le stesse caratteristiche, non forniscano, poi, un servizio di base a stessi prezzi ai cittadini marchigiani.

Credo che la Regione Marche, all'interno delle strutture autorizzate, che chiedono una convenzione, debba garantire ai cittadini marchigiani stesso trattamento su tutto il territorio. Non è possibile che i cittadini siano lasciati a loro stessi nella trattativa per affidare un proprio caro all'interno di una struttura socio sanitaria. La Regione e il servizio dell'Asur devono fare da intermediari, devono far sì che ci sia uguaglianza di trattamento dei cittadini, anche di quelli che non possono e che non hanno grandi forze contrattuali. L'altra questione legata a questo aspetto è la necessità di rendere pubbliche le liste di attesa distrettuali, altrimenti ogni cittadino deve rivolgersi personalmente alla singola struttura senza sapere se un posto è o non è disponibile, o dove sono i posti disponibili. Questo è un discorso di trasparenza, è un discorso di diritto dei cittadini e la questione della trasparenza delle liste di attesa è già prevista nella deliberazione della Giunta regionale e l'Assessore ha detto si sta lavorando in questa direzione. Spero si arrivi presto a rendere pubbliche le liste di attesa.

4 febbraio 2014

Residenze protette per anziani nelle Marche. Posti convenzionati e rette a carico degli utenti. Finalmente a disposizione i dati regionali

Lo scorso 16 gennaio l'Asur Marche ha finalmente fornito, dopo reiterate richieste, al Comitato Associazioni Tutela e al Difensore civico regionale, i [dati](#)²⁶, riguardanti l'entità delle quote di compartecipazione a carico degli utenti praticate dalle residenze protette convenzionate con il servizio sanitario, della Regione Marche. Documentazione che Regione ed Asur hanno in tutti i modi cercato di non fornire.

²⁶ Vedi, [I dati negati delle residenze protette per anziani nelle Marche.](#)

Il dato è riferito alle annualità 2010-2012 e riguarda sia i posti "in allineamento" - quelli per i quali a partire dal 1° gennaio 2013, l'Asur assume per intero la quota sanitaria di competenza (50%, pari a 33 euro/giorno) - , sia quelli "già allineati" - ovvero quelli per i quali veniva già finanziato il minutaggio previsto dalla vigente normativa (100/120m minuti), con la ripartizione al 50% tra quota sanitaria e quota sociale -.

Il totale dei posti convenzionati è pari a 3.179. Al 31 dicembre 2012, 404 sono "allineati", mentre i restanti, 2775 sono "in allineamento". Come detto, a partire dal 1° gennaio 2013 il percorso di allineamento dei posti non coperti per intero dalla quota sanitaria si è concluso e dunque tutti i posti convenzionati devono considerarsi a regime (100-120 minuti, per 66-80 €/giorno, con ripartizione al 50%).

Le tabelle dell'Asur indicano in 3.242 il totale dei posti convenzionati. Il numero totale è, in realtà, inferiore di 63 posti, pari alla riduzione, nel periodo di riferimento, dei posti dell'ASP Grimani Buttari di Osimo, con ogni probabilità, trasformati in Rsa anziani. Numero di posti e quote a carico degli utenti sono ripartiti nella tabella che segue.

Residenze Protette per anziani. Posti letto convenzionati e rette a carico degli utenti. Anno 2012

<i>Retta utente</i>	<i>non indicata</i>	<i>fino a 33 €</i>	<i>da 33,00 a 41,25 €</i>	<i>superiore a 41,25 €</i>
Posti letto	137	397	1796	849
Totale: 3179				

A cura di Sibilla Giaccaglia e Maria Elisa Gigli

La situazione riguardante il percorso di riallineamento tariffario delle RP (aumento quota sanitaria, diminuzione di quella a carico dell'utente) è indicata nella **dgr 1230/2010**. Percorso, come detto, concluso a partire dal 2013, con l'assunzione da parte del servizio sanitario dell'intera quota (50% della tariffa) di spettanza. Un percorso che ha previsto al 31 dicembre 2012 il termine della convenzione tra Residenze protette ed Asur (dgr [1729/2010](#)).

Di seguito analizziamo i diversi punti, rimandando per ulteriori approfondimenti alle schede segnalate in nota.

1) **Diminuiscono i posti convenzionati.** Il totale dei posti al 2012 è pari a 3.179, con una diminuzione di 232, rispetto ai 3411, indicati nella dgr 1230. Il numero dei posti convenzionati (e finanziati), non solo va recuperato ma evidentemente, nonostante la crisi, deve essere aumentato. *Quanti sono gli anziani non autosufficienti ricoverati nei posti autorizzati e non convenzionati e nelle Case di Riposo? E' ipotizzabile che siano almeno altri 1800 per un totale di circa 5.000. Oltre 4.400 sono i posti delle Rp autorizzate a cui si aggiungono i quasi 2200 delle Case di Riposo, per un totale di circa 6600²⁷. Anziani che hanno diritto a ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno, oltre a non pagare la quota che compete al servizio sanitario.*

2) **Almeno il 25% dei ricoverati paga più del dovuto.** Il dato Asur conferma quanto da tempo il Comitato Associazioni Tutela, sostiene e denuncia, ovvero la presenza di molti posti (circa il 25% del totale) nei quali viene richiesto agli utenti una quota a loro carico superiore (in molti casi si superano i 50 euro al giorno) a quella prevista dalla pur ambigua normativa regionale. A ciò si aggiungono altri posti, poco meno del 5%, per i quali la quota a carico dell'utente non viene specificata. Seppur la convenzione (all. 2) fa riferimento a prestazioni aggiuntive rispetto a quelle oggetto della convenzione, esiste già la possibilità di aumentare la retta con un margine del 25% (da 33 a 41,25) sempre specificando il dettaglio di tali prestazioni.

3) **In quale altra tipologia di struttura convenzionata con il servizio sanitario la tariffa e la quota a carico dell'utente si può aumentare senza problemi?** Dovrebbe far riflettere il fatto che in nessun altro servizio socio sanitario (ad esempio area disabilità o salute

²⁷ Dati ripresi dall'Osservatorio sulle politiche sociali della regione Marche, <http://orps.regione.marche.it/>.

mentale), si è in presenza di servizi residenziali nei quali si aumenta la tariffa giornaliera aggiungendo oneri (attraverso prestazioni aggiuntive) a carico del ricoverato. Tanto più quando la quota viene determinata a livello regionale. Solo per gli anziani non autosufficienti e le persone con demenza si accetta una variabilità tariffaria inimmaginabile in altri ambiti dei servizi sociosanitari. Utenti, evidentemente, considerati, di poco valore.

4) **La tariffa giornaliera è inadeguata rispetto al minutaggio previsto?** Come il Cat sostiene da anni, la tariffa ha necessità di essere costruita sulla base delle voci di costo, a partire dal minutaggio. E' auspicabile pertanto che la nuova convenzione definisca questo aspetto senza ambiguità. Sottostimare la tariffa per poi permettere furtivi aumenti di tariffe, conteggiando come prestazioni aggiuntive funzioni sanitarie e sociosanitarie, è del tutto inaccettabile. Si tratta di una competenza e responsabilità della Regione che non può continuare ad essere abdicata. C'è bisogno di regole chiare che evitino interpretazioni applicative a danno dei malati ricoverati.

5) **La nuova convenzione.** E' necessario sciogliere questi nodi identificando con chiarezza cosa "garantisce" la tariffa anche il termini alberghieri e cosa no. Altre Regioni l'hanno già fatto. E' pertanto indispensabile che da subito si lavori sulla nuova convenzione al fine di modificare le parti che si sono dimostrate ambigue, e nello stesso tempo applicare quelle - volutamente disattese - a partire dalla trasparenza delle liste di attesa. La fine della "fase di allineamento", deve significare anche la fine delle ambiguità.

Per approfondire

[I dati negati delle residenze protette per anziani nelle Marche](#)
[Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico Marche. Residenze protette anziani. Il Difensore Civico sollecita risposte regionali](#)

5 aprile 2011

Residenze protette per anziani non autosufficienti.

Sulla mancata applicazione della nuova Convenzione tra Asur ed enti gestori

Riportiamo di seguito la risposta dell'assessore alla salute della regione Marche, Almerino Mezzolani, a tre diverse interrogazioni (in allegato), riguardanti la situazione delle residenze protette rivolte ad anziani non autosufficienti. Le questioni sono quelle ripetutamente poste dal Comitato associazioni tutela (Cat) a riguardo della mancata applicazione delle delibere 1230/2010 e 1729/2010 che prevedevano un aumento del finanziamento (quota sanitaria) del minutaggio delle Rp. Tali aumenti, previsti a regime nel 2013, dovevano iniziare con carattere progressivo nel mese di ottobre 2010, e poi nel gennaio 2011 (finanziamento per un minutaggio di 72 minuti, invece dei 100 previsti). Ad oggi, a più di sei mesi, per circa 3000 dei 3400 posti convenzionati il finanziamento della quota sanitaria rimane ancora su 50 minuti (ovvero 50% della quota sanitaria). Ciò significa che gran parte dei ricoverati continuano a pagare anche oneri di natura sanitaria che la normativa vigente impedisce che possano essere assoggettati agli utenti.

Ma l'interrogazione del Consigliere Binci entra anche nel merito di alcuni contenuti della nuova Convenzione (dgr 1729/2010), ad oggi non sottoscritta dalla gran parte degli enti gestori (vedi le ultime due interrogazioni) che ritengono la tariffa prevista (66 euro per 100 minuti) del tutto sottostimata. Si tratta di una questione già posta dal CAT circa la circostanza che la nuova convenzione sancisca la possibilità che siano assoggettati agli utenti anche oneri sanitari sotto forma di prestazioni aggiuntive. In questo senso, non solo le rassicurazioni dell'assessore non sono convincenti, ma alquanto preoccupante è l'indicazione - concordata con i gestori - dell'emanazione di una *lettera interpretativa dell'applicazione della convenzione*, che è ipotizzabile indichi ciò che può essere messo a carico degli utenti.

E' evidente che se la tariffa prevista (66 euro per 100 minuti) è sottostimata, se le quote sanitarie rimangono ancora del 50% di quelle previste, gli enti gestori da qualche parte devono attingere e, dunque, ieri come oggi si rivolgono ai ricoverati. Peraltro è abbastanza

paradossale che mentre si discute di queste questioni è facile constatare attraverso un giro di semplici telefonate, quale siano le rette praticate dalla maggior parte delle strutture. Cifre sempre più lontane dal massimo previsto di 41.25 euro. Su questo, forse sarebbe opportuno, che le organizzazioni sindacali – che gli accordi hanno sottoscritto – richiamassero pubblicamente il rispetto della normativa vigente.

Se non si vuole continuare a sottrarre agli utenti cifre non dovute, come sono gli oneri sanitari, è necessario che – come ripetiamo da anni – si finanzino i servizi secondo i costi effettivi e secondo le disposizioni delle legge vigenti.

Segnaliamo infine, aspetto non meno importante, la risposta riguardo il numero di utenti in lista di attesa. Nella risposta dell'assessore si rimanda all'applicazione dell'art. 5 della nuova Convenzione. In realtà, già la precedente convenzione prevedeva (art. 6) una procedura di accesso che determinava una lista di attesa. E dunque a livello distrettuale (UVI) deve essere l'elenco degli utenti in attesa di ricovero. Se nelle Zone dell'Asur la lista non c'è significa che le persone vengono inviate, alle strutture del territorio a prescindere dallo standard assistenziale offerto. Su questi e altri temi, per evitare di ripeterci, rimandiamo ad alcuni recenti contributi. (5 aprile 2011)

Consiglio regionale del 29 marzo 2011

Interrogazione n. 247, del Consigliere Binci

"Residenze protette per anziani non autosufficienti. Applicazioni d.g.r. 1230/2010 e 1729/2010"

Interrogazione n. 251, dei Consiglieri Pieroni, Giancarli, Bucciarelli, Badiali

"Convenzione tra Azienda sanitaria unica regionale e Residenze protette per anziani"

Interrogazione n. 259, del Consigliere Latini,

"Residenze protette per anziani"

(abbinate)

(Svolgimento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'interrogazione n. 247 del Consigliere Binci, l'interrogazione n. 251 dei Consiglieri Pieroni, Giancarli, Bucciarelli, Badiali, l'interrogazione n. 259 del Consigliere Latini, abbinate. Ha la parola l'Assessore Mezzolani.

Almerino MEZZOLANI. Occorre partire innanzitutto da una premessa. Le Residenze protette per anziani sono strutture residenziali sociali autorizzate ai sensi della l.r. 20/02 che si occupa, appunto, alle strutture che afferiscono all'area sociale. Rivolgendosi a persone anziane non autosufficienti la normativa nazionale (d.p.c.m. 14 febbraio 2001 e d.p.c.m. 29 novembre 2001) prevede una quota a carico del Servizio sanitario regionale pari al 50% della tariffa giornaliera e compartecipazione per la restante metà del cittadino o, in caso di indigenza, del comune di residenza. I circa 4.200 posti letto di Residenza protetta autorizzati attualmente sul territorio regionale afferiscono a circa 150 strutture, di varia grandezza e natura giuridica (Comuni, IPAB, cooperazione sociale, privato for profit) ed il tetto di fabbisogno fissato dalla Regione con d.g.r. 1789/09 è di 3.411 posti letto convenzionabili.

La Giunta regionale ha piena consapevolezza che le "Residenze protette per anziani rappresentano un nodo di network sociosanitario della Regione Marche" tanto che ha avviato da alcuni anni un impegnativo percorso di progressivo allineamento delle articolate e diversificate situazioni territoriali alle indicazioni della l.r. 20/02, con particolare riferimento ai livelli dell'assistenza socio-sanitaria erogata e della quota sanitaria a carico della sanità regionale.

Per quanto concerne il percorso di regolamentazione delle Residenze protette, è iniziato nel 2005 e nel 2010 ha visto il suo completamento formale con l'accordo tra Giunta regionale e Organizzazioni sindacali che stabilisce di concludere nel 2013 il riallineamento di livelli di assistenza erogati e conferimento della intera quota spettante alla sanità pubblica agli Enti

gestori.

Nel 2010 la Giunta regionale, pur nella permanente congiuntura economica negativa, ha formalizzato la conclusione dell'accordo con le Organizzazioni sindacali che, con un impegno aggiuntivo di oltre 40 milioni di euro tra il 2010 ed il 2013 a carico del fondo sanitario regionale, permetterà di raggiungere e garantire la quota sanitaria del 50% della tariffa giornaliera in più di 3.400 posti letto convenzionati di Residenza protetta.

Con d.g.r. n. 1230 del 2 agosto 2010 è stato formalmente approvato lo schema di accordo con le Organizzazioni sindacali con il quale la Giunta si è impegnata a procedere all'allineamento delle tariffe delle Residenze protette alla normativa regionale da raggiungere in quattro anni, tramite una disponibilità aggiuntiva di finanziamenti regionali.

Con la d.g.r. 1729 del 29 novembre 2010 è stato portato a compimento il percorso concordato con le Organizzazioni sindacali che prevede, nelle more della definizione dei nuovi regimi tariffari per tutto il sistema residenziale sanitario e sociosanitario, la garanzia per gli Enti gestori di una stabilità di contratto pluriennale, all'interno della tariffa vigente, peraltro adeguata al tasso di inflazione programmato per l'anno 2010.

Lo schema di convenzione tra ASUR e Residenze protette, approvato dalla Giunta regionale alla fine del novembre scorso (d.g.r. 1729/10), prevede tra le altre cose: una progressiva diminuzione della quota pagata dai cittadini accolti fino ad arrivare al 50% della tariffa giornaliera e, per la prima volta, la garanzia di un contratto pluriennale per gli Enti gestori. Con decreto del dirigente del Servizio Salute n. 50 del 28 dicembre 2010, sono stati altresì disposti l'assegnazione e l'impegno a favore dell'ASUR dei costi per l'anno 2010, comprensivi della quota aggiuntiva per i mesi ottobre--dicembre prevista dall'accordo, quale contributo regionale per il fondo annuale per la non autosufficienza nella quota per le residenze protette, quantificata per singola Zona territoriale.

Questi sono i presupposti amministrativi che hanno permesso all'ASUR di attivare il complesso iter burocratico finalizzato alla stipula delle convenzioni di cui alla d.g.r. 1729/2010.

Lo stato dell'arte, i rapporti con gli Enti gestori, i tempi e le prospettive.

Il fatto che, come scritto in premessa ad una interrogazione, "tale convenzione non è stata ancora firmata dalle parti interessate" non è dovuto tanto al fatto che "secondo gli enti gestori la convenzione non garantisce loro livelli di remunerazione certi", quanto al normale iter di applicazione delle disposizioni regionali da parte dell'ASUR: con la predisposizione del "Piano di convenzionamento" completo dell'elenco delle strutture ammesse a convenzionamento e dei corrispettivi economici derivanti dagli atti regionali; con la successiva approvazione formale dello stesso Piano da parte dell'ASUR e dalla sottoscrizione delle convenzioni con gli enti gestori delegata alle singole Zone territoriali.

La Giunta regionale condivide la preoccupazione del Consigliere Latini per una eventuale "mancata firma della convenzione tra ASUR e gestori delle Residenze protette".

Proprio per superare le resistenze espresse da alcuni enti gestori il Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali ha incontrato (il primo febbraio scorso) un'ampia rappresentanza del variegato panorama dei diversi soggetti titolari delle Residenze protette (Comuni, IPAB, cooperazione sociale, privato for profit ecc.), concordando l'emanazione di una lettera interpretativa dell'applicazione della convenzione, con particolare riferimento alle "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" previste nella convenzione stessa.

In questi anni, anche se non sempre formalizzato, è stato frequente e costante il confronto con l'articolato mondo degli Enti gestori delle Residenze protette, per cui non risponde a verità l'affermazione di una mancanza di "una vera volontà di dialogo, con i legittimi rappresentanti delle stesse, da parte della Giunta regionale".

Testimonianza della disponibilità della Giunta regionale è anche il recente incontro (il primo febbraio scorso) del Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, con un'ampia rappresentanza dei diversi soggetti titolari delle Residenze protette.

In quell'incontro, oltre all'ascolto di "indicazioni e suggerimenti" degli Enti gestori e l'impegno a definire parametri per la indicazione di una rappresentanza ufficiale e stabile degli stessi per i rapporti con gli Assessorati competenti, si sono affrontate le questioni poste dalle Organizzazioni e rilanciate dalla interrogazione dei Consiglieri Pieroni, Giancarli, Bucciarelli, Badiali.

Sulla questione della retroattività della convenzione dall'1 ottobre 2010 va specificato che l'accordo Giunta regionale - Organizzazioni sindacali prevedeva 5.000.000 € aggiuntivi per il

2010, diventati 1.250.000 € in relazione alla data di sottoscrizione dell'accordo stesso; questi soldi sono stati già stanziati e assegnati all'ASUR (decreto del Dirigente del Servizio Salute n. 50 del 28 dicembre 2010) che verificherà le procedure di applicazione agli ultimi mesi del 2010 indicando agli enti gestori le modalità praticabili di adempimento delle condizioni previste dalla convenzione stessa.

I presunti vincoli posti dalla Regione agli obblighi di bilancio degli Enti gestori a causa della durata triennale della convenzione (scelta che invece dà per la prima volta garanzia e certezze agli organismi) non sono tali in quanto ogni anno dovrà essere confermato l'incremento della quota sanitaria regionale e, soprattutto, identificata la quota incrementale dell'inflazione annuale individuata nella convenzione.

Le motivazioni da cui emergano le esigenze dei gestori sono state prese in considerazione nell'incontro citato dal quale è emersa la decisione di emanare, a cura del Dipartimento Salute e Servizi sociali, una lettera interpretativa dell'applicazione della convenzione, con particolare riferimento alle "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" previste nella convenzione stessa. In questa logica si confida che con questo potrà essere superata "la volontà di non firmare le convenzioni" da parte degli organismi.

La tariffa giornaliera di 66,00 €, valida per la durata della convenzione è sì stabile dal 2005, ma l'accordo tra Giunta regionale e Organizzazioni sindacali, da cui discende il percorso di convenzionamento pluriennale, prevede da un lato la ridefinizione del Sistema tariffario con l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro chiamato a predisporre una proposta di atto alla Giunta regionale e che fino alla approvazione di questo atto la tariffa giornaliera di riferimento per le Residenze protette rimane fissata in 66,00 € per l'erogazione di 100 minuti di assistenza giornaliera ad ospite e, dall'altro, se emergessero disponibilità economiche aggiuntive sarà possibile rimodulare sia la durata che l'entità degli incrementi previsti dal presente accordo. Per quanto riguarda i quesiti specifici di ogni interrogazione, si precisa quanto segue. Nell'interrogazione n. 247 si chiede ciò che è indicato nei seguenti punti.

1) Per quali motivi ad oggi non risulta vi sia stato né aumento di assistenza, né riduzione di rette.

Avendo concluso il 28 dicembre scorso l'iter di approvazione degli adempimenti amministrativi regionali necessari, con l'inizio dell'anno l'ASUR ha avviato la predisposizione del Piano di convenzionamento con l'elenco delle strutture ammesse a convenzionamento e dei corrispettivi economici derivanti dagli atti regionali. Tale Piano sarà approvato formalmente dall'ASUR e seguito dalla sottoscrizione delle convenzioni con gli Enti gestori delegata alle singole Zone territoriali.

Poiché il modello di convenzione approvato dalla Giunta prevede la decorrenza della nuova convenzione, con l'applicazione degli impegni relativi ad aumento di assistenza e riduzione della compartecipazione dei cittadini, dal 1° ottobre 2010 l'ASUR provvederà a garantire comunque l'effettiva applicazione della convenzione nei termini previsti.

2) Con quali criteri verranno verificati i minutaggi dichiarati dalle strutture.

Nel modello di convenzione approvato dalla Giunta regionale sono stati previsti una serie di dispositivi che permetteranno di verificare gli adempimenti degli Enti gestori, anche in relazione all'assistenza erogata.

Vengono definite le responsabilità rispetto alle attività e alla loro verifica, con identificazione dei ruoli del Direttore del Distretto sanitario, del Coordinatore dell'Ambito territoriale sociale, del Responsabile della Struttura e del Medico di medicina generale (artt. 8 e 10).

Vengono date indicazioni cogenti sulla pianificazione delle attività rispetto: all'organizzazione, al Piano di assistenza individualizzato, alla Carta dei Servizi, alle modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato (artt. 11, 12, 13);

Si articola il processo di controllo e verifica e si ridisegnano le modalità di rendicontazione e di assolvimento del debito informativo, con particolare rilievo all'allineamento con le richieste del livello nazionale: flusso assistenza residenziale (FAR) e Sistema RUG (artt. 9 e 20);

Si valuterà l'efficacia dell'attività assistenziale anche attraverso il monitoraggio di alcuni indicatori e si valorizza la prospettiva della qualità percepita con un questionario (che si vorrebbe unitario a livello regionale) da somministrare a ciascun ospite della Residenza protetta, o suo familiare (artt. 20 e 21).

Attraverso gli allegati alla convenzione sarà possibile raccogliere i valori economici complessivi

delle convenzioni, che oltre ad essere necessari sia all'ASUR per una gestione unitaria del processo di convenzionamento sia alla programmazione regionale, permetteranno di avere riscontri tra i corrispettivi economici corrisposti e l'assistenza erogata. La convenzione conferma e ribadisce il ruolo dei Tavoli zionali di monitoraggio previsti dalla d.g.r. 1493/08 e dal successivo decreto 5/S04 del 2009.

Per la verifica dello stato di avanzamento del percorso di applicazione dell'accordo è stato convocato il Tavolo regionale di monitoraggio per il giorno 28 febbraio 2011 e successivamente potranno essere riattivati i tavoli di monitoraggio zionali.

3) Quanti sono gli anziani non autosufficienti in lista di attesa per un posto di Residenza protetta.

Questa informazione sarà disponibile e potrà essere monitorata a partire dall'applicazione dell'accordo in quanto l'art. 5 del modello di convenzione in cui vengono specificate le modalità di accesso alla Residenza protetta, in sintonia con il quadro concettuale complessivo del governo della domanda espresso nella proposta di Piano Socio Sanitario Regionale, e che, tra l'altro, prevede: l'inserimento del cittadino con i requisiti per l'accesso alla Residenza protetta in una lista di attesa di livello distrettuale/sovra distrettuale; l'accoglienza nella Residenza protetta nel rispetto della lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale e della disponibilità di posti letto della struttura; la trasparenza della lista di attesa di livello distrettuale/sovra distrettuale è garantita dal responsabile dell'Unità Valutativa Integrata.

4) Se c'è l'assicurazione che nessuna prestazione sanitaria o sociosanitaria possa figurare tra quelle aggiuntive a carico degli utenti e dunque provvedere ad una modifica degli atti in tal senso.

Le uniche prestazioni sanitarie o socio-sanitarie aggiuntive a carico degli utenti sono quelle previste e regolamentate dal comma 6 dell'art. 14 del modello di convenzione ed evidenziate negli appositi allegati A1 e A2 che, tra l'altro, permetteranno il riscontro di eventuali contraddizioni e incongruenze rispetto all'applicazione degli standard indicati dalla convenzione stessa.

5) Quali siano le prestazioni alberghiere che devono essere assicurate e quali quelle da considerare come aggiuntive.

L'art. 14 del modello di convenzione specifica gli standard assistenziali, relativi alla situazione a regime, compresi nella tariffa giornaliera, determinati con riferimento ad un modulo di 20 posti letto, con riferimento alle prestazioni assistenziali ed alberghiere: prestazioni assistenziali - personale sanitario, coordinatore del servizio, Personale assistenziale; vitto e alloggio - tipologia sistemazione, pasti, pulizie, lavanderia e guardaroba; gestione servizio - personale per gestione servizio.

Le eventuali prestazioni aggiuntive sono quelle eventualmente previste dal già citato comma 6 dello stesso articolo.

I parametri relativi all'assistenza vanno commisurati ai diversi minutaggi garantiti negli anni di vigenza della convenzione.

6) Come si intende garantire il diritto alle cure anche al circa 1.000 anziani non autosufficienti ricoverati presso le strutture, ma non rientranti nei 3.411 posti convenzionati che dunque devono pagarsi per intero anche l'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Allo stato attuale le persistenti difficoltà economico-finanziarie non permettono di alzare il tetto del fabbisogno previsto dalla d.g.r. 1789/09 che consente il convenzionamento, come si ricordava, con le Residenze protette fino ad un massimo di 3.411 posti letto.

Per gli anziani non autosufficienti ricoverati presso le Residenze protette, ma non rientranti nei posti letto convenzionati, è attivo il servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in residenze, già potenziato con i fondi aggiuntivi di 2.000.000 di euro stanziati con la d.g.r. 1493/08. Il servizio di ADI è attuato in modalità differenti e non omogenee sul territorio regionale, per cui è previsto anche dal Piano socio sanitario Regionale un riordino della materia, sia per una migliore integrazione della presa in carico sanitaria domiciliare con riferimento al SAD (Servizio di assistenza domiciliare) dei Comuni, sia per una più adeguata copertura, in termini di numero di assistiti e di minutaggio giornaliero, dei cittadini accolti nei

posti letto non convenzionati delle Residenze protette.

Per quanto riguarda la risposta **all'interrogazione n. 251** si specifica quanto segue. Non si ritiene opportuno e necessario sospendere l'efficacia della d.g.r. n. 1729 del 29/11/2010, anche perché questo comporterebbe la permanenza se non l'aggravamento di una situazione di incertezza e di precarietà nel settore dell'assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti, con evidenti conseguenze negative per gli ospiti delle Residenze protette e delle loro famiglie.

Si conferma che le azioni intraprese vanno nel senso della individuazione di soluzioni eque e condivise, nell'interesse preminente della popolazione anziana ricoverata in tali strutture e delle loro famiglie. Su questa linea si pone l'incontro citato finalizzato, oltre a quanto precedentemente specificato, a tenere in considerazione - per quanto compatibili - le indicazioni ed i suggerimenti degli Enti gestori e a verificare, pur nel momento difficile per le casse regionali dovuto ai mancati incrementi del finanziamento nazionale nell'area sanitaria ed quella sociale, le modalità di ridefinizione di un organico sistema tariffario per l'intero settore sanitario extraospedaliero, socio-sanitario e sociale, ai sensi della d.g.r. 1493/08 e di quanto previsto dall'accordo Giunta regionale-Organizzazioni sindacali ratificato dalla d.g.r. 1230/10. Interrogazione n. 259.

Quanto espresso in premessa contiene già la risposta a tale interrogazione in quanto sono state rappresentate le azioni concrete messe in campo dalla Giunta regionale per un Servizio sanitario regionale che fornisca interventi assistenziali e servizi sociali a favore delle persone anziane e/o disabili ed in particolare a favore di quelle in stato di non autosufficienza fisica e/o psichica per garantire loro la migliore qualità di vita possibile.

Nello specifico delle Residenze protette gli interventi della Giunta regionale sono improntati non solo al contrasto del possibile aumento delle rette pagate dagli utenti temuto dal Consigliere, ma anche ad evitare disservizi e qualificare l'offerta di assistenza socio-sanitaria per gli anziani ospitati nelle Residenze protette.

Più in generale la proposta di Piano socio-sanitario regionale della Giunta regionale, attualmente in discussione in V Commissione dell'Assemblea legislativa, contiene indicazioni ed impegni precisi in merito alla ristrutturazione dei fondamentali macroprocessi del livello territoriale di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale:

- governo della domanda: la ridefinizione e la riorganizzazione dei servizi per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell'accesso, della valutazione e della presa in carico;
- sistema tariffario: un sistema tariffario, calibrato sui diversi fattori di produzione e organizzazione dei servizi, all'interno di una cornice unitaria che permette una comparazione tra settori e tipologie di servizi;
- autorizzazione/accreditamento: un percorso di autorizzazione e accreditamento dei servizi adeguato e rispondente all'articolazione delle risposte prevista dalle normative generali e di settore.
- fabbisogno: la definizione dell'atto di fabbisogno che quantifica le necessità per i diversi livelli dell'intervento e le diverse tipologie di servizi dei settori dell'integrazione socio-sanitaria.
- sistema informativo: un sistema informativo appropriato per l'integrazione socio-sanitaria e integrato con i diversi sistemi, in grado di garantire il monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate e di supportare la programmazione.

13 dicembre 2010

Sui contenuti della nuova Convenzione tra Asur e Residenze protette per anziani non autosufficienti (dgr 1729-2010²⁸)

La Convenzione sostituisce quella in vigore dal 2009 (dgr 1493/2009²⁹), ed ha validità dal 1 ottobre 2010 al 31 dicembre 2012. La nuova Convenzione riprende i contenuti

²⁸ Il testo della delibera è consultabile in, www.grusol.it/informazioni/03-12-10bis.PDF.

²⁹ www.grusol.it/informazioni/14-02-09ter.PDF.

dell'accordo Regione – sindacati recepito con dgr 1230/2010 “Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013³⁰”. Nello stesso si stabilisce che nel periodo 2010-2013 tutti i posti letto attualmente convenzionati (3411) come residenza protetta raggiungeranno il minutaggio (100 minuti) delle residenze protette per anziani non autosufficienti così come previsto dal Regolamento regionale 3-2006³¹.

Prima di esaminarne il testo si ricorda che ad oggi dei 3411 posti convenzionati (circa 4200 quelli autorizzati), poco più di 400 dovrebbero essere quelli che si vedono finanziati il minutaggio (quota sanitaria al 50%) da RP (100/120 minuti); i restanti, poco meno di 3.000, ricevono un finanziamento per un minutaggio della metà (50 minuti) con quota sanitaria ridotta del 50% (16 euro al giorno invece di 33). La tariffa rimane quella di 66 euro al giorno per Rp non autosufficienti e di 80 per Rp demenze (minutaggio 120 minuti). Ovviamente è possibile che chi riceve il finanziamento al 50% eroghi un minutaggio superiore (fino a 100 minuti al giorno o anche oltre); è chiaro però che in questi casi la differenza viene pagata dall'utente (compresa quindi la parte a carico del servizio sanitario che è gratuita). Si ricorda infine, come ultima precisazione, che tutte le residenze convenzionate vengono chiamate residenze protette. Ciò purtroppo ingenera, spesso, l'equivoco che nelle Marche siano finanziati 3400 posti di RP (attualmente, lo ripetiamo, lo sono circa il 15%; nel 2013 dovrebbero essere tutti finanziati al 100%). Rimangono esclusi dal finanziamento circa 1000 anziani non autosufficienti che sono ricoverati in posti non convenzionati (che, ad oggi, hanno meno diritti degli altri).

Di seguito si prenderanno in esame i principali contenuti della nuova Convenzione che, come detto, recepisce i contenuti della dgr 1230/2010. In verde le nostre considerazioni.

La Convenzione

Gli articoli **1** e **2** definiscono la residenza protetta e richiamando la normativa regionale vigente ricordano che gli utenti di questa struttura sono anziani non autosufficienti che “non necessitano di prestazioni sanitarie complesse”, le cui “problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale”.

L'articolo **4 (destinatari)**, comma 2, specifica: “l'assistenza è offerta, ad esaurimento, anche a soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura purché compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa”. Il punto, presente, seppur con formulazione diversa, anche nella precedente convenzione, che rimandava ad un altro articolo (il 17), non è chiaro. Chi sono questi soggetti “ad esaurimento”? tenendo conto che la maggior parte degli utenti delle RP non è compatibile con il livello assistenziale della stessa (si ricorda che il Psr 2003-2006 indica, a quella data, circa 1500 ricoverati con Rug da Rsa)?

L'articolo **5 (Modalità di accesso alla residenza protetta)**, ne disciplina l'accesso; si può entrare solo a seguito di parere favorevole dell'UVI, che ha l'obbligo di valutazione e di definizione del piano di assistenza individualizzato (Pai). Una volta valutata la presenza del requisito viene creata una lista di attesa a livello distrettuale/sovradistrettuale. L'utente dovrà poi presentare la domanda alla Rp prescelta che procede all'accoglienza nel rispetto della lista di livello distrettuale. In caso di assenza di posti il responsabile dell'UVI garantisce circa la trasparenza della lista.

Rimane il problema che seppur aventi lo stesso nome le RP erogano standard differenti e dunque sarebbe stato opportuno precisarne la differenza a seconda dello standard erogato; ci si chiede inoltre perché il cittadino una volta presentata la domanda e verificato il requisito debba rivolgersi direttamente alle strutture. La domanda, una volta accolta, dovrebbe essere girata direttamente dal distretto alla struttura prescelta. Ovviamente il cittadino una volta informato di quali residenze sono adeguate per l'accoglienza può indicare quella che preferisce. Dovrà essere il livello distrettuale (segreteria UVI, Pua o quel che si vuole) a fornire

³⁰ www.grusol.it/informazioni/29-09-10.PDF, Sui contenuti dell'accordo, vedi “Il dovere della verità. Anziani non autosufficienti: sull'Accordo Regione - sindacati, in www.grusol.it/vocesociale/06-08-10.PDF.”

³¹ Per approfondimenti vedi, Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta e residenza sanitaria assistenziale anziani nelle Marche, www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF.

tutte le informazioni necessarie ai fini del ricovero. Giova inoltre ribadire che la Convenzione stabilisce che compito dell'UVI è quello di fare la valutazione e di definire il PAI. Non si tratta, come purtroppo spesso accade, di una pratica amministrativa. L'articolato, in ogni caso fa chiarezza definitivamente, rispetto alla formulazione della lista di attesa. In ogni distretto – alcuni sono coincidenti con la Zona – deve essere presente una lista di attesa alla quale si accede previa valutazione dell'UVI.

L'articolo **6 (Posti letto)**, stabilisce che le RP devono garantire posti per cicli di ricovero temporaneo (sollevio alla famiglia) per periodi della durata massima di 30 giorni (prorogabile, per documentate esigenze, per ulteriori 30).

L'articolo **7 (Modello organizzativo)**, modifica alcuni aspetti della precedente convenzione (l'assistenza riabilitativa precedentemente era ricompresa nel minutaggio di quella infermieristica; alcuni ausili: letto, sponde materasso, carrozzina, dovevano essere assicurati dalla residenza). In particolare si stabilisce che ai fini della prescrizione degli ausili valgono le indicazioni del nomenclatore tariffario in analogia ai cittadini che stanno a casa.

Ciò significa che oltre ad ausili per il movimento (carrozzina, deambulatore), la residenza non è tenuta ad assicurare (come invece previsto dal requisito 21 del regolamento 3/2006) letti articolati, sponde, materasso antidecubito, ecc ...?

All'articolo **8 (Responsabili delle attività)**, si aggiunge rispetto alla precedente convenzione la competenza dell'Ambito rispetto la verifica dei requisiti (legge 20/2002) della residenza.

Uno dei problemi più rilevanti di molte strutture autorizzate ai sensi della legge 20/2002 (ad esempio case di Riposo, Comunità alloggio soggetti con disturbi mentali) è l'incoerenza tra classificazione e funzione³². Un problema che purtroppo non viene affrontato al momento della richiesta di autorizzazione. L'attenzione viene, infatti, posta sui requisiti strutturali e non anche su quelli organizzativi; tra questi la tipologia di utenza. Tale problema riguarda anche le strutture autorizzate come Residenze protette per anziani. Sarebbe dunque opportuno che tale compatibilità venisse effettivamente verificata sanzionando severamente chi (in particolare strutture autorizzate come Case di Riposo) accoglie utenti non compatibili con l'autorizzazione (chiedendo magari il giorno dopo il ricovero, l'attivazione dell'Adi).

Riguardo l'articolo **9 (Pianificazione delle attività)** non possiamo evitare di chiederci, ancora una volta, a che cosa serve (punto 4) continuare a rilevare il dato RUG. La rilevazione ad oggi non ha avuto, infatti, alcuna efficacia in termini programmatori (vedi posti di Rp a 120 minuti, vedi posti Rsa e nuclei Alzheimer).

L'articolo **11 (Il ruolo del medico di medicina generale)**, ripropone il solito comma 3; si continua a far riferimento a strutture ad "alta complessità organizzativa ed assistenziale", pur occupandoci di residenze con ricoverati aventi problematiche "prevalentemente di ordine socio assistenziale". Evidentemente in queste strutture ci sono malati in condizioni diverse da quelle previste dalla normativa regionale vigente.

Prendiamo ora in esame congiuntamente gli articoli **14 (Standard assistenziali)**, **15 (tariffa giornaliera - quota a carico SSR)**, **16 (tariffa giornaliera - quota a carico dell'ospite)**. Riprendendo i contenuti della dgr 1230/2010, viene stabilito il percorso riguardante l'aumento dell'assistenza nei posti letto attualmente convenzionati a 50 minuti al giorno. Nel 2010 (ultimi 3 mesi), lo standard deve salire a 63 minuti (13 infermiere + 50 Oss); nel 2011, a 72 (15 + 57); nel 2012, a 88 (18 + 70), nel 2013 a 100 (80 + 20). La tariffa corrispondente ai 100 minuti è confermata in 66 euro al giorno. Negli stessi anni la quota a carico del servizio sanitario (che deve essere pari al 50% della tariffa) attualmente pari a 16 euro (invece dei 33) arriverà a regime con questa progressione: ultimo trimestre 2010: 20,82 euro; 2011: 23,85 euro; 2012: 29,11 euro; 2013: 33,00 euro. Pertanto a partire da ottobre 2010 si potranno verificare diverse situazioni: diminuzione della tariffa a carico dell'utente in

³² Vedi in proposito, F. Ragaini, *Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali nelle Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3-4/2010, p. 33.

quelle strutture che erogavano un minutaggio più alto (fino a 100 minuti di assistenza) di quello finanziato (quota giornaliera pari a 16 euro), con la differenza che veniva, quindi, pagata dall'utente; aumento dell'assistenza sociosanitaria in quelle strutture che erogavano assistenza sulla base del finanziamento del servizio sanitario (16 euro). Si specifica inoltre la diversa situazione riguardante gli oneri a carico dell'utente: strutture nelle quali l'utente paga fino a 33 euro; strutture nella quali paga da 33 a 41,25 euro; strutture nelle quali la tariffa è superiore a 41,25. E' importante ancora una volta ricordare che la quota a carico dell'utente non dovrebbe superare il 50% del costo della tariffa (quota sociale) e dunque 33 euro; cifre superiori sono determinate dalla mancata corresponsione da parte del servizio sanitario della quota di spettanza (50%, pari a 33 euro). Quota che dovrebbe essere assunta – per i posti convenzionati – a partire dal 2013. La vigente normativa regionale stabilisce inoltre che la tariffa massima a carico degli utenti non può superare, a determinate condizioni, una cifra pari a 41,25 euro. Cifre superiori richieste agli utenti sono quindi illegittime.

Al comma 3 dell'articolo 16 si specifica inoltre "Nel caso la RP già eroghi assistenza per 100 minuti pro capite pro die per i PL convenzionati per 50 minuti pro capite pro die, il cittadino pagherà la quota di partecipazione dovuta per il 2009, diminuita, progressivamente, degli importi di incremento della quota sanitaria (euro 4,82 al giorno per gli ultimi mesi del 2001; euro 3,03 al giorno per il 2011, euro 5,26 al giorno per il 2012; euro 3,89 al giorno per il 2013)". Inoltre, il comma 6 dell'articolo 14, rimanda all'allegato A nel quale si riportano le eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino.

Le questioni che la lettura congiunta dei 3 articoli pongono sono di diverso tipo.

1) Nei circa 3.000 posti attualmente convenzionati a 50 minuti, sé è facilmente rilevabile l'entità della quota richiesta all'utente, con la stessa precisione non sembrerebbe possibile conoscere il minutaggio assicurato per gli stessi posti. In sostanza: come è possibile verificare se le strutture che dichiarano di erogare più dei 50 minuti finanziati (fino a 100) e per questo motivo richiedono agli utenti cifre anche superiori ai 41.25 euro al giorno, lo fanno realmente? Il punto è importantissimo e non deve lasciare spazio ad alcun dubbio. Poniamo che una struttura attualmente convenzionata per 50 eroghi 70 minuti al giorno per un costo, considerata la tariffa regionale, corrispondente di circa 46 euro. Dedotta la quota sanitaria di 16 euro la quota a carico dell'utente è di 30 euro. Come è possibile verificare che tale minutaggio sia effettivamente erogato e dunque si abbia una corrispondente richiesta di quota sociale? Si è in grado di verificare se possa darsi il caso di richiesta superiore a 30 euro al giorno mantenendo un minutaggio di 70 minuti (tanto più che la maggior parte dei gestori ritiene che la tariffa di 66 euro non è compatibile con l'erogazione di 100 minuti di assistenza)?

2) Come si può stabilire la possibilità di prestazioni aggiuntive a carico del cittadino senza indicare quelle che devono essere garantite? Chi stabilisce, peraltro, quali sono? Tale formulazione appare foriera di abusi. Si prevede, dunque, la possibilità che vengano inserite tra quelle aggiuntive anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie. E' noto che le prestazioni aggiuntive fanno riferimento a "standard alberghieri ulteriori" a quelli garantiti. Se invece le prestazioni aggiuntive riguardano interventi sanitari o sociosanitari (l'assistenza erogata) il problema è di altro tipo e rimanda all'adeguatezza della struttura. Evidentemente la stessa non è compatibile per l'accoglienza di quel determinato malato. Appare, infine, del tutto evidente che in questo modo anche aumentando le quote sanitarie le tariffe potrebbero rimanere inalterate o addirittura aumentare.

L'articolo **19 (Conservazione del posto)** stabilisce che in caso di ricovero ospedaliero il posto viene conservato – tranne diversa indicazione da parte dell'UVI - con retta a carico dell'utente, così come quella sanitaria, decurtata del 50%. Nel caso di ricovero in Rsa il posto sarà conservato per un periodo massimo di 60 giorni. Il problema che rimane irrisolto è quello degli oneri per l'assistenza che, nella maggior parte dei casi, le famiglie devono sostenere durante il ricovero ospedaliero (assistenza a pagamento in ospedale più parte della retta della residenza). Rimane una totale assenza di responsabilità da parte della struttura (che incassa comunque il 50% della retta) nella fase di ricovero ospedaliero. L'introduzione della disposizione nel ricovero in Rsa non tiene conto che le Rsa delle Marche sono spesso utilizzate in alternativa al ricovero in riabilitazione o lungodegenza ospedaliera. Date le disposizioni conviene consigliare gli utenti – quando sicuri che il ricovero si protrarrà a causa della gravità delle condizioni oltre i 60 giorni – di provvedere da subito alla dimissione. Eviterà così di pagare per i primi 60 giorni di ricovero la metà della quota alberghiera.

Considerazioni conclusive

Nell'analisi dei singoli articoli si sono indicati i diversi punti critici rispetto all'articolato. Appare particolarmente problematica la questione relativa alle modalità con le quali all'aumento della quota sanitaria potrà esserci contestuale aumento dell'assistenza o diminuzione della quota a carico dell'utente. Assolutamente da chiarire la questione delle eventuali prestazioni aggiuntive. Riteniamo urgente che questi aspetti vengano chiariti in modo inequivocabile da parte della Regione attraverso informazioni che giungano direttamente agli utenti ricoverati presso le strutture.

Ci auguriamo che la stessa iniziativa venga presa dalle organizzazioni sindacali con le quali il contenuto della convenzione è stato concertato.

Per parte nostra oltre a ricordare che la quota a carico dell'utente, sulla base della normativa vigente, non deve superare il 50% della tariffa e solo a determinate condizioni, può essere incrementata del 25%, esprimiamo rammarico e delusione per non aver avuto la possibilità di esprimere un parere, ripetutamente richiesto, sull'atto in via di emanazione

5 agosto 2010

Il dovere della verità

A proposito dell'accordo Regione – Sindacati sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013

A seguito dell'Accordo siglato il 2 agosto tra regione Marche e sindacati regionali (CGIL, CISL, UIL, SPI CGIL, FNP CISL e UILP), riguardante l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti nella nostra Regione, il dovere della verità ci impone di intervenire. Dobbiamo farlo, in particolare, per il rispetto dovuto alle migliaia di famiglie marchigiane con un congiunto ricoverato presso le strutture della nostra Regione.

Nulla è infatti più rovinoso di informazioni incomplete o errate; soprattutto quando le stesse arrivano a persone non in grado di comprenderne i contenuti. Informazioni che, purtroppo, rischiano di assumere il carattere della propaganda. Cercheremo pertanto in queste righe di fornire alcune indicazioni che riteniamo indispensabili al fine di aiutare a capire i reali termini delle questioni.

Il 3 agosto i maggiori quotidiani regionali, nei loro titoli si sono così espressi: *"Ma le residenze protette sono salve. Accordo: più fondi, rette più basse. I sindacati: un grande segnale"* (Il Messaggero); *"L'assistenza raddoppia: da 50 a 100 minuti al giorno"*; *"La contromanovra: 19 miliardi alle fragilità"* (Il Corriere adriatico); *"Anziani inabili: assistenza raddoppiata, rette dimezzate"* (il Resto del Carlino). Dunque nonostante la crisi e gli effetti della manovra governativa (che a più riprese abbiamo giudicato scellerata, così come le politiche complessive del governo in carica), il messaggio che arriva ai cittadini è di una Regione assolutamente attenta ai bisogni delle fasce più deboli; una Regione che arriva a stanziare (in 4 anni) addirittura 19 milioni di euro per raddoppiare l'assistenza rivolta agli anziani non autosufficienti ricoverati presso le residenze socio-sanitarie della nostra Regione.

Stare ai fatti per poter fare verità

L'imperativo è di stare ai fatti così da capire con esattezza ciò di cui si parla. Cercheremo, in primo luogo, di capire il motivo di questa eventuale generosità. Bisognerà dunque sapere cosa sono le residenze protette, qual è l'assistenza che in queste strutture deve essere garantita, quali sono i doveri delle istituzioni, se è vero che l'assistenza raddoppia e le rette si dimezzano. Infine tenteremo di collocare all'interno di questo contesto le dichiarazioni dei protagonisti della Conferenza stampa (Regione e sindacati).

Tutto questo ci pare oltremodo importante perché abbiamo il dovere morale di cercare la verità e di farla emergere; solo così un tessuto può comporsi armonicamente; al contrario si opera per la sua corrosione; una responsabilità che non vorremmo mai portarci addosso.

Cercheremo di seguire un percorso schematico – in molte altre occasioni, alle quali ci permettiamo di rimandare, ci siamo dilungati in analisi e descrizioni – che ci auguriamo non avvenga a discapito della chiarezza³³.

1) Le residenze protette per anziani non autosufficienti. Sono strutture con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti (compresi soggetti con forme di demenza senza rilevanti disturbi comportamentali), con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

2) Quanta assistenza deve essere garantita. L'assistenza da garantire è pari a: **100-120 minuti al giorno.**

3) Chi deve pagare. La Regione ha stimato che i 100 minuti di assistenza costano 66 euro al giorno. Ai sensi della normativa vigente il 50% del costo deve essere pagato dalle Asl, il restante 50% dall'utente (se il reddito è insufficiente interviene il Comune di residenza). Quindi l'utente non dovrebbe pagare più di 33 euro al giorno.

4) La situazione marchigiana. Ad oggi nelle Marche **sono circa 4000-4500 gli anziani non autosufficienti ospiti nelle strutture assistenziali (Case di riposo e Residenze protette).** Per circa **400** (10%) lo standard di assistenza giornaliero coincide con quello previsto per le residenze protette, pari a 100-120 minuti. Solo su questi posti l'ASUR – attraverso le Zone - paga, come da normativa, il 50% della tariffa (33 euro). Poi ci sono altri **3.000** anziani non autosufficienti – nella stessa identica situazione di salute degli altri 400 – che ricevono un'assistenza pari alla metà di quella prevista (50 minuti al giorno, contro 100 in quanto la sanità non paga come dovrebbe 33 euro, ma 16). Se questi utenti vogliono l'assistenza prevista, quella necessaria per vivere (i 100 minuti) se la devono pagare, nonostante che per legge a loro carico vi è solo il 50% del costo della tariffa. **Rimangono circa 600-1000 anziani** non autosufficienti, anche questi nella identica situazione dei precedenti, che sono fuori dal finanziamento regionale e dunque - a parte qualche briciola di euro al giorno - se vogliono essere assistiti decentemente si devono pagare per intero l'assistenza. Data la situazione sopra descritta un utente paga molto di più del 50% della retta arrivando a pagare fino al 90%.

Questa è dunque la situazione, il dato di realtà da cui partire. Quindi per sintetizzare, il quadro, nella nostra Regione, è il seguente:

1) L'anziano non autosufficiente non assistibile a domicilio quando è ricoverato in residenza sociosanitaria deve pagare solo il 50% della retta, corrispondente, secondo le tariffe della Regione a 33 euro;

2) Il Servizio sanitario attraverso le Asl deve pagare – obbligatoriamente – metà del costo della tariffa;

3) Ciò, oggi, avviene soltanto per 400 anziani non autosufficienti ricoverati (circa il 10%);

4) Per tutti gli altri ricoverati lo standard finanziato è molto più basso di quello previsto: il servizio sanitario non paga quanto dovuto;

5) l'utente, a causa del ridotto finanziamento della sanità, è costretto, se vuole essere dignitosamente assistito a pagare molto di più (dal 60 al 90% invece del 50) di quello che deve.

Magnanimità o rispetto delle leggi?

Siamo quindi ora nelle condizioni di poterci accostare ai contenuti dell'accordo (in allegato il comunicato stampa di presentazione dei contenuti) firmato il 2 agosto, con una diversa consapevolezza; siamo cioè in grado di interpretarne i contenuti. Possiamo quindi comprendere che non solo non c'è alcuna magnanimità, ma la Regione continua a rinviare di anno in anno l'applicazione della normativa nazionale e regionale vigente la cui essenza è di seguito schematizzata:

³³ Per non appesantire il testo si sceglie di non inserire note di chiarimento. Sul sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it, è possibile trovare tutto il necessario; per eventuali comunicazioni e chiarimenti: grusol@grusol.it.

Nelle residenze protette per anziani non autosufficienti **la retta deve essere pagata al 50% dalle Asl**; nelle Marche **l’assistenza sociosanitaria** erogata in queste strutture **deve essere di 100 minuti al giorno** (120 per soggetti con demenza), per una tariffa complessiva di 66 euro, ripartita in parti uguali (50%) tra servizio sanitario (Asur-Zone) e utente.

Correttezza e amore della verità avrebbero dovuto quindi spingere la Regione (ed i sindacati), come altre volte ha fatto, ad ammettere il decennale ritardo rispetto alle politiche per la non autosufficienza, richiamare i contenuti della normativa vigente e assumere degli impegni più vincolanti rispetto ai doveri che le competono. Insomma, chiedere scusa per i ritardi accumulati, per la disattenzione rispetto ai propri doveri e per il mancato rispetto dei diritti degli altri (anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio).

Purtroppo, ce ne rammarichiamo, ciò non è accaduto e con abile propaganda – spalleggiata incautamente da CGIL, CISL e UIL e malauguratamente anche dalle confederazioni dei pensionati - ha veicolato il seguente messaggio: il governo taglia (ed è vero); ma noi sensibili alle istanze dei deboli (“nessuno deve restare solo”), continuiamo nella nostra opera di attenzione ai soggetti più in difficoltà impegnando addirittura 19 milioni di euro a favore degli anziani non autosufficienti (vedi i titoli dei giornali regionali). Ecco allora le doverose precisazioni³⁴.

- 1) Nel 2013, 3.400 anziani non autosufficienti avranno, forse³⁵, lo standard di assistenza che la regione ha previsto nel 2004, rispetto al quale pagheranno il 50% della tariffa come invece la normativa nazionale stabilisce dal 2001.
- 2) Rimangono, gli ultimi degli ultimi, circa 600/1000 anziani - nelle stesse condizioni di non autosufficienza dei sopraccitati 3.400 - per i quali non esistono diritti e per i quali nessuna istituzione ha doveri. Per loro l’assistenza sarà e dovrà essere sempre a loro completo carico.
- 3) E’ errato e fuorviante dire che l’assistenza verrà raddoppiata; è corretto invece dire che lo standard di assistenza previsto verrà rispettato, forse e non per tutti, tra 4 anni, a 10 anni di distanza dalle previsioni normative della Regione.
- 4) Stesso discorso vale per le rette. Oggi la stragrande maggioranza degli utenti paga il 30-50% in più della retta dovuta (33 euro, pari al 50% del costo). Se le rette verranno abbassate (finora quasi mai, su questo specifico aspetto, le indicazioni regionali sono state rispettate) esse continueranno a mantenersi per altri 4 anni ben di molto superiori a quelle dovute. Ciò significa che continuerà la violazione della normativa (Dpcm 29.11.2001, sui livelli essenziali di assistenza) che stabilisce una retta a carico dell’utente non superiore al 50% della tariffa.
- 5) Infine, ma non meno importante, si è già disatteso l’impegno assunto da Regione e Sindacati nel novembre 2009 (dgr 1867/2009), nel quale si stanziavano a partire dal 2010, 5 milioni di euro per la riqualificazione dell’assistenza. Come si può vedere dalla scheda allegata al comunicato, i 5 milioni da spendere nel 2010, sono diventati 1,5. Infatti - storia che si ripete - Il finanziamento per l’aumento di assistenza che doveva scattare dal 1° gennaio 2001, partirà, questo l’impegno, dal 1° ottobre 2010.

Dunque la verità

Come si può vedere la realtà è ben diversa da quella comunicata e diffusa; dispiace che nessuno dei partecipanti alla Conferenza stampa abbiamo avuto l’accortezza di farne almeno un cenno. La maggior parte di loro segue queste problematiche da molti anni e ben conosce i

³⁴ Le motivazioni che hanno impedito al Comitato Associazioni Tutela (CAT) di sottoscrivere l’Accordo, *Perché il CAT non può sottoscrivere l’accordo sulle Residenze protette per anziani*, sono riportate in, www.grusol.it/vocesociale/21-02-10.PDF

³⁵ Abbiamo inserito il *forse*, perché da quando la Regione ha preso degli impegni su questo specifico ambito non ha mai rispettato i tempi previsti. A partire dal Piano sanitario del 2003, fino all’accordo con i sindacati del 2009 nel quale si prevedeva per il 2010 un impegno di spesa pari a 5 milioni di euro che - come si può leggere nel comunicato - sono diventati 1,5.

termini delle questioni. Si può non dire la verità perché non la si conosce e questa non può essere una colpa, ma quando è conosciuta non dire il vero significa affermare il falso.

Allegato

Comunicato stampa della Regione Marche del 2 agosto 2010

SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

Siglato in Regione con le parti sociali "l'Accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013"

Spacca: "Un impegno straordinario in linea con le nostre priorità: salvaguardare il sociale e tutelare le fragilità nonostante i drammatici tagli di risorse operati dal Governo nazionale"

"Far sentire ai cittadini non autosufficienti ed alle loro famiglie la vicinanza della Regione. Una quota aggiuntiva di 19 milioni di euro nel corso dei prossimi quattro anni in assoluta controtendenza con la manovra finanziaria nazionale che taglia drammaticamente le risorse".

Così il presidente, **Gian Mario Spacca**, ha commentato la firma di questa mattina tra Regione e organizzazioni sindacali confederali e dei pensionati, dell'"Accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013".

"E' un impegno forte ed una chiara scelta di campo - ha aggiunto Spacca - L'indicazione di una priorità a favore delle fragilità, che vuole rafforzare la coesione sociale, in un momento difficilissimo anche nella vita delle istituzioni. E' un'anticipazione della linea che la Regione seguirà a settembre con la redazione del bilancio a base zero che dovrà concentrare le risorse solo su alcune grandi priorità. Continueremo a sostenere il ruolo fondamentale del welfare: nessuno deve restare solo ed i cittadini in situazioni di grave difficoltà, come i non autosufficienti, dovranno avere la priorità e la garanzia di un'adeguata protezione. Con il 67% di tagli ai trasferimenti statali dovremo tirare la cinghia e guardare a quegli investimenti che ci consentono soprattutto di dare sicurezza alla nostra comunità".

"L'accordo con le parti sociali - ha spiegato l'assessore alla Sanità, **Almerino Mezzolani** - rappresenta un punto d'arrivo nel supporto agli anziani non autosufficienti, migliora l'assistenza sanitaria nelle residenze protette e, allo stesso tempo, riduce la quota delle rette a carico dell'utente alleggerendolo nelle spese per l'assistenza. Con un ingente sforzo finanziario per la Regione, viene praticamente raddoppiata l'assistenza fornita, per quanto riguarda sia gli infermieri che gli operatori socio-sanitari, senza aumento della compartecipazione dei cittadini alla retta giornaliera". "Nonostante la mannaia dei tagli alle risorse nazionali che si abatterà sulla Regione - ha rilevato l'assessore alla Famiglia e Servizi Sociali, **Luca Marconi** - non possiamo e non vogliamo rinunciare alla tutela delle fragilità: oggi lo sottolineiamo con forza, con un impegno straordinario di risorse, con la sigla di un accordo che rientra nella strategia complessiva di affrontare la terza e quarta età in termini sia socio-sanitari che assistenziali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita degli anziani e delle loro famiglie".

Di un accordo particolarmente importante che consente di abbattere le tariffe a carico degli utenti e aumentare l'assistenza, parla **Gianni Venturi**, Segretario generale Cgil, secondo il quale "l'importanza della firma odierna è sottolineata dal contesto drammatico in cui è inserita in ragione del taglio dei trasferimenti alle Regioni da parte del governo centrale. Intervenire su un versante dove la fragilità è forte e crescente, significa dare un segnale forte e indicare la strada delle priorità su cui concentrare le scelte".

Si tratta di un "accordo importantissimo tenacemente voluto dal sindacato - sottolinea **Stefano Mastrovincenzo**, Segretario generale Cisl - che aumenta la qualità e la quantità dell'assistenza agli anziani non autosufficienti con l'abbassamento delle rette a carico delle famiglie. Diamo atto alla Regione di aver mantenuto fede all'impegno assunto dopo un lungo confronto con le parti". "E' stato raggiunto un accordo dalla valenza duplice - commenta **Renzo Perticaroli**, Segretario regionale Uil - che aumenta la qualità e la quantità dei servizi alleggerendo i costi a carico dei familiari. In uno scenario di grande difficoltà economico istituzionale, la Regione ha mantenuto gli impegni dando seguito ad un accordo che perseguivamo da tempo; viene così tutelata una fascia sociale molto presente in regione che richiede servizi e assistenza". **Enrico Renzaglia**, Segretario Generale FNP Marche, aggiunge che "si è conclusa positivamente una fase avviata anni fa. Infatti, la firma siglata oggi chiude un impegno politico assunto con l'accordo sulla non autosufficienza del 2004 che prevedeva un aumento delle risorse a favore delle persone non autosufficienti".

SCHEDA

Il quadro dell'accordo

L'accordo siglato con le organizzazioni sindacali (CGIL Marche, CISL Marche, UIL Marche, SPI CGIL Marche, FNP CISL Marche e UILP UIL Marche) dà seguito al punto sulla "non autosufficienza" del

"Quaderni Marche". Dossier sulle politiche regionali - 4/2014

Aggiornato al 20 giugno 2024

Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione con le OO.SS "per la difesa del lavoro, la coesione sociale, il sostegno allo sviluppo".

La Regione impegna così fondi aggiuntivi, rispetto a quelli già a disposizione delle Zone/ASUR, per riqualificare il sistema delle residenze protette per anziani in termini di incremento dell'assistenza infermieristica e socio-assistenziale per gli anziani non autosufficienti ricoverati nelle diverse strutture presenti sul territorio.

L'obiettivo perseguito è quello di raggiungere, nel corso del quadriennio 2010-2013, un livello assistenziale infermieristico e socio-sanitario di 100 minuti al giorno, contro gli attuali 50', in tutti i posti letto delle Residenze Protette convenzionati e nello stesso tempo di ridurre l'importo della retta a carico dei cittadini al 50% della tariffa giornaliera, come previsto dalla normativa nazionale.

I livelli assistenziali raddoppiano

L'accordo, siglato nella sede regionale, prevede che, a regime, tutte le Residenze Protette abbiano la garanzia del rispetto dei 100 minuti di assistenza al giorno per ogni paziente. Questo significa che la Regione Marche si impegna ad aumentare nelle residenze protette, che attualmente forniscono 50 minuti di assistenza, le somme necessarie per poterle incrementare nel periodo 2010-2013 dei minuti mancanti. L'accordo, così, completa l'assistenza a 100 minuti di tutti i 3.411 posti letto convenzionati. L'assistenza fornita, in termini di infermieri e operatori socio-sanitari, per la maggioranza delle Residenze Protette, verrà quindi raddoppiata.

Le rette si riducono

L'incremento dell'assistenza, inoltre, non comporterà un aumento della compartecipazione dei cittadini alla retta giornaliera, che anzi si ridurranno progressivamente.

Infatti, l'accordo prevede che le somme che eccedano da 41,25 euro al giorno verranno prima ricondotte a tale cifra e poi ridotte sino ai 33 euro dovuti.

Per fare un esempio in termini pratici, dal 1 ottobre 2010 la retta si ridurrà fino a un massimo di -144,55 euro al mese; una riduzione che aumenterà progressivamente per l'utente fino ad arrivare dal 1 gennaio 2013 ad un massimo di -247,43 euro al mese. Lo stesso percorso verrà perseguito con gli enti gestori delle strutture, che vedranno dal 2011 incrementare la loro quota in rapporto all'incremento dell'assistenza fornita.

L'impegno finanziario della Regione

Per ottenere tali benefici la Regione stanza un fondo di 19.276.865,10 euro per il periodo 2010-2013, di cui 1.517.796,80 euro per l'anno 2010.

Decorrenza

I contenuti dell'accordo saranno operativi a decorrere dal 1 ottobre 2010. Parallelamente verrà dato seguito agli impegni verso gli enti gestori con i quali partirà un tavolo tecnico per la ridefinizione del modello di convenzione.
