

17 febbraio 2009, Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta (RP) e residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani nelle Marche

Con il decreto del dirigente del servizio salute n. 9 del 5 febbraio 2009, “Dgr n. 1493 del 27 ottobre 2008, Modello di convenzione per le residenze protette”, <http://www.grusol.it/informazioni/14-02-09ter.PDF> la regione Marche ha definito i contenuti della nuova Convenzione, valida per il 2009, tra Residenze protette e Zone territoriali dell’ASUR. Rimangono invece inalterate le disposizioni riguardanti le RSA anziani.

La nota che segue tenterà di fare il punto sulla regolamentazione vigente di queste due strutture.

La residenza protetta (RP)

Ai sensi della legge 20/2002¹, la RP 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, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse”. I Regolamenti regionali applicativi² stabiliscono che “L’utenza anziana non autosufficiente a cui è destinata la Residenza Protetta può essere suddivisa in due tipologie:

a) 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).

b) 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”.

L’assistenza da garantire è pari a:

- 100 minuti al giorno (80 di Oss e 20 di infermiere) per i ricoverati di cui al punto A.
- 120 minuti al giorno (100 di Oss e 20 di infermiere) per i ricoverati di cui al punto B.

Ad oggi nelle Marche sono circa 4000-4500 gli anziani non autosufficienti³ ospiti nelle strutture assistenziali. Per circa 400 lo standard è quello delle RP, 100-120 minuti. Altri 3000 (ai 2200 già presenti, dal novembre 2008 si dovevano aggiungere altri 770 posti. Ad oggi non risulta però siano stati attivati) ricevono un’assistenza pari a 50 minuti al giorno (40 Oss e 10 infermieristica). I restanti, ospiti in Case di riposo⁴, ricevono le prestazioni in regime ADI.

¹ “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziali e semiresidenziali”.

² Regolamento regionale 1/2004, “Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”, così come modificato dal Regolamento regionale n. 3/2006.

³ Questa scheda non intende dettagliare la complicata situazione dell’assistenza residenziale per anziani non autosufficienti nelle Marche. Da qui in avanti per non appesantire la scheda non si rimanderà ai testi o agli atti di riferimento. Per un approfondimento si rimanda alla documentazione pubblicata in www.grusol.it/voce sociale.asp, alla pubblicazione curata dal Gruppo Solidarietà (2007), *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche* e all’articolo in corso di pubblicazione nel n. 2/2009 di “Appunti sulle politiche sociali”, *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*.

⁴ La Case di Riposo possono ospitare solo anziani autosufficienti. Gli anziani non autosufficienti ricoverati precedentemente all’entrata in vigore del Regolamento 3-2006 possono restare nella struttura previo parere positivo dell’UVD (lo standard assistenziale è pari a 20 minuti al giorno).

Circa 4.000 sono i posti di residenza protetta per i quali i gestori hanno chiesto l'autorizzazione ai sensi della legge 20/2002. A seguito del protocollo d'intesa tra Regione Marche e sindacati (dgr 1322/2004 e seguenti) è aumentato lo standard di assistenza fino a 50 minuti al giorno per circa 3.000 anziani non autosufficienti (vedi sopra). Tale standard è stato definito in alcuni atti "assistenza intermedia", per differenziarla da quella delle Residenze protette, definita "alta intensità". Sia gli anziani non autosufficienti che ricevono 100-120 minuti di assistenza che quelli che ne ricevono 50-60 sono ospitati all'interno di strutture che hanno chiesto l'autorizzazione (o sono già state autorizzate) come residenza protetta.

Ad ogni persona di buon senso risulta chiaro che in nessun modo le strutture che erogano 100-120 minuti di assistenza possono essere assimilate a quelle che ne erogano la metà anche se sono chiamate con lo stesso nome: residenze protette. Dunque si commette un grave errore ed una grave, colpevole, scorrettezza ogni volta che queste due tipologie di servizi vengono assimilate. Sono strutture che erogano differente assistenza, ricevono una diversa quota sanitaria, agli utenti è richiesta una diversa contribuzione.

Questa sintetica, ma speriamo ugualmente chiara premessa, si è resa indispensabile prima di analizzare il decreto con il quale si regolamentano le convenzioni tra residenze protette e Zone territoriali dell'ASUR per il 2009.

La Convenzione

La nuova convenzione contenuta nel decreto 3-2009 regola, come detto, il rapporto tra le RP e le Zone territoriali dell'ASUR. Regola i rapporti con una struttura che deve possedere definiti standard di funzionamento, ai fini dell'accoglienza dei malati non autosufficienti, ma che può averne, riguardo l'assistenza erogata la metà ("residenza protetta in fase transitoria"). La convenzione definisce pertanto utenza, modalità di accesso, standard, quote a carico degli utenti e del servizio sanitario. Il problema è che gli utenti delle due strutture (Rp a "regime" ed RP "transitoria") non possono in nessun modo essere assimilati. Un punto questo che deve essere assolutamente tenuto presente nella lettura della Convenzione.

Nella scheda non analizzeremo punto per punto la Convenzione ma signaleremo i principali aspetti e le novità rispetto alla precedente (allegata alla DGR 704/96, www.grusol.it/informazioni/11-07-06.PDF).

Art. 4. Soggetti destinatari del servizio. Al punto F) viene introdotta, questa tipologia "soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa"⁵; che viene poi richiamata all'art. 17 (tariffa giornaliera, quota a carico del SSN) nel quale si fa riferimento oltre ai 3 possibili standard (50-100-120) anche a questa ulteriore tipologia nel quale si chiede di indicare: il livello di assistenza, la componente a carico del SSR e quella a carico dell'ospite. Si tratta di un punto che dovrebbe essere chiarito. Si tratta di ospiti "gravi" per i quali le Zone territoriali erogavano quote sanitarie superiori a quelle ora previste?

Art. 7. Criteri per l'ammissione dei pazienti. Si escludono dal ricovero in RP malati che necessitano di prestazioni di più alto livello assistenziale. Si utilizzano a questo proposito i riferimenti alle tipologie di strutture indicate nelle *Linee guida* del ministero della Salute sulle

⁵ Come è risaputo la gran parte dei ricoverati non solo non è compatibile con l'erogazione dei 50 minuti al giorno, ma neanche con i 100 se si considera che la stessa Regione aveva stimato, attraverso l'utilizzo del sistema RUG, che oltre 1500 ricoverati avevano bisogni compatibili con un ricovero in RSA. Va ricordato che per un modulo di 20 posti, 20 minuti di assistenza infermieristica determina 400 minuti al giorno, meno di 7 ore su 24 ore. La Convenzione, riferendosi alla normativa di riferimento, all'art. 3 indica che le problematiche dei ricoverati sono "prevalentemente di ordine socio assistenziale", pur sapendo che in realtà la stragrande maggioranza dei ricoverati sono malati assai gravi. Sicuramente tutti quelli ospitati nei circa 400 posti a 100-120 minuti di assistenza.

prestazioni residenziali e semiresidenziali. www.grusol.it/informazioni/07-06-07ter.PDF. Andrebbe ricordato che R2 e RD2 riguardano le RSA e i Nuclei Alzheimer nei quali dovrebbero afferire molti degli oltre 4.000 malati non autosufficienti ricoverati nelle residenze delle Marche. Circa 400, sempre utilizzando la descrizione del documento del Ministero, sono, nelle Marche, nelle cosiddette R3. Tutti i restanti non possono essere ricondotti in alcuna struttura indicata nel documento in quanto non esistono e non possono esistere standard assistenziali per malati non autosufficienti di 50 minuti al giorno.

Art. 8, Modello organizzativo. Tra le prestazioni che devono essere erogate dalla struttura, al punto f) si fa riferimento all'assistenza riabilitativa specificando che "è ricompresa nei minuti di assistenza infermieristica fino al massimo del livello autorizzato". Ciò significa che se si prevedono prestazioni riabilitative queste sono a danno di quelle infermieristiche che ricordiamo sono di 10 o 20 minuti al giorno. Pare evidente sia venuto meno il buon senso. Peraltro nel Regolamento 3-2006, si specifica che l'intervento del fisioterapista avviene a seguito di prescrizione specialistica (mentre sarebbe stato di gran lunga più utile indicare un minutaggio specifico come per le altre prestazioni). Al punto h), presidi e ausili, si specifica che le strutture devono avere a disposizione, oltre ad altri presidi, anche "deambulatori e carrozzine in numero adeguato (non inferiore al 40%)". Va notato e che la carrozzina è un ausilio personalizzato, o almeno così dovrebbe essere, che viene scelto e prescritto sulla base delle esigenze della persona e non viceversa.

Art. 11, Il ruolo del medico di medicina generale. In questo caso la norma non è cambiata ma pare utile far notare ancora una volta la difficoltà del testo a conciliare ciò che dovrebbe essere e ciò che è. Si fa riferimento a strutture ad "alta complessità organizzativa ed assistenziale", quando si è ricordato in premessa (vedi art. 3) che le problematiche dei ricoverati sono "prevalentemente di ordine socio assistenziale" e dunque non sembrerebbe conseguente avere strutture con "alta complessità organizzativa e assistenziale" nelle quali i medici devono assicurare la presenza giornaliera programmata.

Art. 16, Standard assistenziali. L'articolo specifica quale standard deve essere garantito; "La Residenza Protetta deve garantire ai propri ospiti i seguenti standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) in relazione alle diverse tipologie di regime assistenziale previste dal regolamento di autorizzazione della L. 20/02". Si specifica poi la diversa presenza dell'infermiere (10/20) e dell'OSS (40/80/100). In realtà se si fosse conseguenti, dopo il primo periodo non dovrebbero essere inseriti né i 10 minuti di infermiere né i 40 di OSS in quanto i regolamenti applicativi della legge 20/2002 fanno riferimento a soli due tipi di standard (anziani non autosufficienti e demenze) pari a 100 (80+20) e 120 (100+20) minuti.

Art. 17, tariffa giornaliera - quota a carico SSR. Non viene più specificata la quota a carico del servizio sanitario (16 euro/50 minuti; 33 euro/100 minuti, 40 euro/120 minuti); si aggiunge una quarta tipologia di tariffa (vedi art. 4, punto f). Si ritiene, non essendo stato abrogato l'allegato B, "Criteri tariffari", della DGR 704/96 che quelle tariffe siano ancora valide.

Art. 18, tariffa giornaliera - quota a carico dell'ospite. La quota a carico dell'ospite e/o del Comune rimane a 33 euro; si conferma "una variazione contenuta in +/- 25%, in relazione alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità locali". È stato invece tolta la parte "Fino al raggiungimento degli obiettivi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria definiti dalla Regione Marche, le strutture che, alla data di stipulazione della presente convenzione, erogano standard assistenziali superiori a quelli attualmente garantiti dalla quota sanitaria utilizzando figure professionali sociali, possono derogare dal tetto fissato per la retta giornaliera concordandola con il Distretto Sanitario e l'Ambito Territoriale Sociale", che era stata

utilizzata, in alcuni territori, per derogare dai 33 euro +/- 25% ed aumentare ancora le rette a carico degli utenti.

Quindi alle persone ricoverate in RP anziani non possono essere richieste compartecipazioni superiori ai 41,20 euro al giorno. Inoltre per avere l'aumento del 25% (8,2 euro/giorno) si deve specificare cosa si intende per "in relazione alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità locali". Ma a questo va aggiunto un altro aspetto. La ripartizione della retta giornaliera in una RP è al 50% tra quota sociale e quota sanitaria. Nel caso di "regolare" RP si ha un costo complessivo di 66 euro. 33 euro sono a carico della Zona territoriale i restanti 33 a carico dell'utente o del Comune. Ma nel caso della cosiddetta RP in fase transitoria (o media intensità) questa ripartizione non è più rispettata. Se la ripartizione fosse al 50% l'utente dovrebbe pagare una quota pari a quella della Zona territoriale (16 euro) per una retta giornaliera complessiva pari a 32 euro. Invece nel migliore dei casi l'utente paga quasi il 70% della retta (33 contro 16) e dunque anche parte delle prestazioni sanitarie che dovrebbero essere gratuite perché di competenza del fondo sanitario.

Art. 19, Conservazione del posto. In caso di ricovero ospedaliero, la retta a carico dell'utente, viene decurtata del 50%. Nella precedente Convenzione in caso di ricovero ospedaliero l'utente non era tenuta alla corresponsione della quota. Si è inteso venire incontro alle richieste degli enti che lamentavano in caso di ricovero ospedaliero un diminuzione della retta del 75% (ora del 50%) considerata la decurtazione del 50% della quota sanitaria. 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).

La Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Per quanto riguarda le RSA anziani rimangono in vigore le precedenti disposizioni regolamentari ricovero *"I primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Nel caso in cui la Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art. 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuita della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla partecipazione alberghiera"*. (DGR 704/96). I primi 60 giorni di degenza sono, dunque, esenti da compartecipazione. Successivamente l'UVD valuta se permangono i requisiti di gratuità del ricovero. Nel caso di compartecipazione la quota a carico dell'utente e/o del Comune è pari a quella delle RP (33 euro +/- 25%). Quindi anche nel caso di ricovero in RSA la quota massima a carico dell'utente non può eccedere i 41,20 euro.

Alcuni consigli per gli utenti

Restano valide le indicazioni riportate nella **Guida ai diritti, ai servizi, agli interventi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie** www.grusol.it/informazioni/guida2008.pdf. Di particolare importanza è vigilare nel caso in cui venga indicata la necessità di ricovero in residenza protetta. La RP è soltanto quella che eroga 100-120 minuti di assistenza. Pertanto solo per quelle strutture va accettato il ricovero. Anche per quanto riguarda la retta, la quota a carico dell'utente sia esso ricoverato in RP che in RSA anziani è pari a 33 euro al mese. Solo in determinate condizioni la tariffa può essere aumentata del 25% e comunque mai eccedere la quota di 41,20 euro.