

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

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.** La 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)¹, in quanto più interessato a servizi remunerativi del settore sanitario, se possibile con quote intermente a carico del SSN, in subordine parziali ma significative². Inoltre cerca e sostiene l'aggregazione con posti "riabilitativi" e "psichiatrici", integrando negli ultimi anni anche le Cure intermedie: ecco quindi la costruzione di 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

¹ 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.

² 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).

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 Fastigi](#) (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

Emergenza coronavirus

[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](#)

Servizi residenziali anziani

- Quaderni Marche 4, [Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione](#)

[Residenze sociosanitarie per anziani. Ricoveri dal domicilio e di "sollevio"](#)

[Residenze sociosanitarie per anziani. Norme, sentenze, tariffe, utenti](#)

[Sulla riabilitazione nelle RSA e RP anziani della regione Marche](#)

[Sulla proposta di fabbisogno. Prima della risposta .. la domanda](#)

[Criteri di accesso ai servizi sociosanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)

[Persone con demenza e servizi residenziali nelle Marche](#)

[Residenze sociosanitarie. Contratti di ospitalità e quote sociali](#)

[Servizi sociosanitari. A due anni dall'accordo Regione-Enti gestori. Un bilancio](#)

[Il ridisegno dell'offerta dei servizi sociosanitari nelle Marche](#)

[Offerta e regolamentazione dei servizi sociosanitari nelle Marche](#)

Nuovi requisiti autorizzazione

[Requisiti servizi anziani. I nodi irrisolti della programmazione regionale](#)

[Requisiti servizi sociosanitari. Le questioni in gioco nella proposta della giunta](#)

[Il passo indietro. La nuova proposta sui requisiti dei servizi](#)

[Requisiti servizi sociosanitari. Della qualità e della tutela](#)

[Quando gli accorpamenti non si vietano si consentono: la dimostrazione](#)

[Perchè la proposta sui requisiti dei servizi sociosanitari va cambiata.](#)

[Video, Servizio TG regione Marche.](#)