

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. LE LACUNOSE RISPOSTE DELLA REGIONE MARCHE

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

A seguito di una interrogazione consiliare la regione Marche, a circa due anni dall'avvio della cosiddetta "riqualificazione" dell'assistenza residenziale agli anziani che prevedeva un minimo aumento di assistenza per oltre 2000 anziani non autosufficienti ricoverati in strutture, fornisce alcuni dati sullo stato di attuazione

Lo scorso 2 ottobre l'assessore alla salute della regione Marche, Almerino Mezzolani, ha risposto alla interrogazione del consigliere Massimo Binci (Verdi) che chiedeva informazioni in merito allo stato di attuazione della cosiddetta "riqualificazione" - derivante da un finanziamento del 2005 pari a 10 milioni di euro - dell'assistenza sociosanitaria per anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali. L'interrogazione in particolare chiedeva le seguenti informazioni:

- 1) le strutture con la relativa dotazione di posti letto destinatarie dell'aumento a 50 minuti dell'assistenza socio sanitaria;
- 2) la conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate e l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi in cui tale assistenza era già fornita ma a carico degli utenti;
- 3) le quote a carico degli utenti nei 333 posti definiti di alta intensità;
- 4) il numero di RSA anziani autorizzate e funzionanti sul territorio regionale con l'indicazione del numero dei posti letto attivi (complessivi e per singola struttura) e delle quote a carico degli utenti.

Quelli presentati¹ sono i primi dati forniti dalla Regione dopo quasi due anni dall'avvio del previsto aumento di assistenza (novembre 2005). Occorre inoltre premettere che oggetto della interrogazione non è stata la situazione dell'attuale scandalosa situazione riguardante l'assistenza sociosanitaria residenziale nelle Marche (per un approfondimento si rimanda al quaderno del Gruppo Solidarietà, *Quelli che non contano, soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche*, 2007) rivolta ad anziani malati non autosufficienti; va ricorda-

to, infatti, che meno del 10% dei malati ospiti di strutture assistenziali riceve l'assistenza prevista dalla normativa regionale; circa il 50% ne riceve la metà e il restante 40 usufruisce di circa il 10% di quella stabilita. Giova ancora ricordare che il recente Piano sanitario non ha assunto alcun concreto impegno per modificare tale vergognosa situazione (Cfr, al riguardo, *Il piano sanitario della regione Marche. Una cattiva notizia per i malati non autosufficienti*, Appunti sulle politiche sociali, n. 5-07).

LA RISPOSTA DELL'ASSESSORE ALLA SALUTE

Di seguito riportiamo ampi stralci della risposta dell'assessore alla salute.

1) "La DGR 323/05, recepisce il protocollo d'intesa tra Giunta regionale e Sindacati sulla non autosufficienza, adotta i criteri tariffari relativi alla compartecipazione alberghiera in RSA e sanitaria e alberghiera in Residenza Protetta, avvia il percorso di individuazione dei posti letto di Residenza Protetta e RSA da effettuarsi in area vasta. (...) Il decreto 2/11/2005 impegna la spesa e ripartisce i fondi a disposizione per la non autosufficienza per l'anno 2005, pari a • 1.233.143,72; le Zone Territoriali sono state a quel punto autorizzate a firmare nuove convenzioni con le caratteristiche individuate dalla d.g.r. n. 323 a partire dall'1/11/2005: esse erano naturalmente valide per i residui 2 mesi dell'anno in corso. I relativi fondi sono liquidati all'ASUR con decreto n. 112 del 21/06/2006. Nell'anno 2006 sono state stipulate 100 convenzioni con Residenze Protette per complessivi 2507 posti letto; inoltre sono state gestite direttamente dalla Zone Territoriali altre 4 strutture per complessivi 65

¹ il testo integrale della interrogazione e della risposta è consultabile nel sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it

posti; in totale i posti di Residenza Protetta attivati nel 2006 sono stati 2572. Gli effetti delle suddette convenzioni si sono dunque prodotti a partire dal 2/11/2005 e la relativa spesa è stata impegnata a partire dalla medesima data. Si sono avute difficoltà quindi non nei tempi di impegno della somma o della effettiva efficacia delle convenzioni ma nella rendicontazione complessiva del quadro derivante, a causa del numero e delle differenti caratteristiche delle convenzioni medesime. Erano ovviamente polverizzate sul territorio per la nostra caratteristica organizzativa.

2) La conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate e l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi tale assistenza fosse già fornita, ma a carico degli utenti.

La conferma dell'avvenuto aumento dell'assistenza nelle strutture identificate è rintracciabile dalla controfirma delle convenzioni tra le Zone territoriali e gli enti gestori di residenze. Le convenzioni infatti prevedevano l'obbligo, per essere sottoscritte dalle parti, dei 50 minuti di assistenza che costituisce l'incremento previsto come "media intensità assistenziale" accanto all'"alta intensità assistenziale" già presente negli ex NAR e nei Nuclei demenze. In termini assoluti si evince, dai dati ASUR, che l'importo complessivo delle convenzioni sottoscritte ammonta a euro 16.020.404,00 a cui aggiungere un importo di euro 1.706.105,61 di prestazioni assistenziali erogate e pagate direttamente dalle Zone territoriali a fronte di un precedente di euro 10.352.000 (valore calcolato delle convenzioni e delle prestazioni comunque erogate alla data del 31.10.2005). Per quanto riguarda l'eventuale abbassamento delle rette per gli utenti nei casi tale assistenza fosse già fornita, ma a carico degli utenti il dato disponibile è quello relativo al costo della retta alberghiera da confrontarsi con i criteri tariffari stabiliti dalla DGR 323/05 che indicavano in 33 euro al giorno (+/- 25%) il costo della tariffa alberghiera a carico del cittadino o del Comune in caso di indigenza. I dati rilevati dagli allegati alle convenzioni stipulate con le strutture che hanno elevato l'assistenza fino a 50 minuti per giorno pro capite indicano che:

- l'utente paga fino a 33 euro al giorno nel 12,9% dei posti letto convenzionati come R.P.;
- l'utente paga da 33,1 a 41,3 euro (pari a 33 euro + 25%) nel 43,7% dei posti letto convenzionati come R.P.;

- l'utente paga da 41,3 a 45 euro (importo di poco superiore ai 33 euro + 25% ma ancora giustificabile) il 24,2% dei posti letto convenzionati come R.P..

Questo dato mette in evidenza che l'80,8% dei cittadini paga nei termini indicati dalla Regione come costo della sola componente alberghiera per cui si presume che la componente sanitaria sia a carico del Servizio sanitario regionale. E' bene precisare che era possibile da parte delle strutture che sottoscrivevano le convenzioni richiedere l'approvazione di una tariffa che fosse superiore ai 33 euro (+/- 25%), motivandola con l'erogazione di servizi aggiuntivi di particolare valore e di particolare qualità. Questa richiesta doveva essere approvata dalla direzione di distretto e dal Coordinatore di ambito competenti. Preso atto che circa il 14% delle convenzioni fanno ricorrere questa fattispecie, sarà cura di questo Assessorato - il lavoro peraltro è già iniziato - effettuare tutte le verifiche del caso. Rimane un 6% di posti letto di cui non sono pervenute informazioni e per i quali sarà anche qui nostra cura effettuare le necessarie verifiche e approfondimenti.

3) Le quote a carico degli utenti nei 333 posti definiti ad alta intensità.

I posti letto convenzionati dall'ASUR nel 2006 definiti ad "alta intensità" cioè dove sono garantiti almeno 100' di assistenza la giorno per ospite sono stati 386, di cui 319 a 100' e 67 a 120'; distribuiti in 16 strutture. In 12 di queste strutture (pari al 75%) le quote rientrano nei parametri definiti dal modello di convenzione (33 euro al giorno, più o meno il 25%) ed anzi in diversi casi risultano inferiori ai 33 euro. Degli altri casi 2 risultano avere rette intorno ai 50 euro e 2 hanno rette più alte che sono differenziate rispetto alle tipologie di utenti o giustificate dalla particolare necessità di assistenza sociale. Comunque la definizione di queste tariffe alberghiere, nel momento in cui è stata firmata la convenzione, deve essere stata concordata con il direttore di distretto e con il coordinatore d'ambito competenti.

4) Il numero di RSA anziani autorizzate e funzionanti sul territorio regionale con l'indicazione del numero dei posti letto attivi (complessivi e per singola struttura) e delle quote a carico degli utenti. La interrogazione ha permesso di aggiornare la situazione delle RSA incrociando i dati di attività in possesso con lo stato delle autorizzazioni in base alla normati-

va attuale. Il numero di posti letto in RSA per anziani autorizzato dalla Regione ammonta a 1184, mentre il numero dei posti letto effettivi, cioè attualmente attivi, è di 838 posti letto (28 strutture attive delle 35 autorizzate). Il dato grezzo va spiegato in relazione all'evoluzione in atto da alcuni anni. Nel Piano Sanitario Regionale, recentemente approvato dal Consiglio regionale, si legge a questo proposito che "i posti letto in RSA, al 31 dicembre 2003 assommavano a 909 unità e per essi era previsto (precedente Piano Sanitario) un potenziamento fino a 1.320 PL con uno obiettivo intermedio (Atto di fabbisogno) di 1.000 PL". Il numero attuale dei posti attivi si è determinato per effetto di fattori diversi: dal ritardo di nuove attivazioni in relazione al completamento di nuove strutture o alla ristrutturazione di altre già operanti; dalle trasformazioni di una quota di posti letto RSA in posti letto RP dovute alla necessità di dare risposte adeguate ed appropriate ai bisogni del territorio; dalla mancanza della normativa di riferimento specifica per le RSA Anziani nella Regione Marche che ha determinato evoluzioni e qualificazioni diverse tra le varie RSA Anziani. La riflessione avviata con il Piano Sanitario Regionale riguarda la necessità di riflettere sull'opportunità di ribadire tetti regionali per i posti letto per specifiche tipologie di strutture residenziali (per questa come per altre categorie di destinatari) piuttosto che di ragionare complessivamente alla questione della residenzialità, partendo dalle effettive condizioni di bisogno e dalle diverse necessità dei territori. In questo senso tra gli obiettivi del PSR per questo settore di intervento (...), ci si è posti in particolare l'obiettivo del "potenziamento del numero di PL in RSA e in RP e adeguamento del livello di assistenza socio-sanitaria nelle residenze protette per anziani e coordinamento per l'appropriatezza e la corretta continuità dell'assistenza nel sistema di accoglienza residenziale per gli anziani non autosufficienti". È stata posta quindi, anche in sede di Piano Sanitario, la questione del "monitoraggio dei servizi per gli anziani non autosufficienti" avendo evidenziato come criticità il fatto che "la conoscenza dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti non è sistematica (a questo proposito va rilevato come il Servizio Salute non è a conoscenza delle "quote a carico degli utenti nelle RSA Anziani) e non permette la programmazione delle azioni e la corretta allocazione delle risorse".

UN COMMENTO ALLA RISPOSTA DELL'ASSESSORE

Riguardo ai contenuti della risposta si formulano le seguenti considerazioni:

a) sappiamo finalmente per ogni Zona territoriale quali strutture ed il numero di posti letto destinatari del finanziamento volto ad aumentare l'assistenza; ciò permetterà di verificare il rispetto dei contenuti della convenzione prevista dalla delibera 709/2006;

b) non è chiaro invece dalla risposta se il finanziamento di circa 7.5 milioni di euro del 2005 per l'aumento di assistenza all'interno delle residenze sia stato effettivamente speso (il finanziamento annuale si è alla fine trascinato per 3 anni?); il riferimento alla spesa effettuata non chiarisce se i 2.507 posti indicati hanno tutti usufruito dell'aumento di assistenza. Per il 6% dei posti letto (circa 130 posti), l'assessore riferisce di non avere ricevuto informazioni. Una Regione può accettare che a distanza di due anni non le si forniscano informazioni esaurienti? A questo vanno aggiunti i 2.5 milioni di euro riguardanti l'aumento del numero di posti letto in RSA che è stato sospeso; che ne è di questo finanziamento?

c) nessuna informazione viene inoltre fornita al quesito riguardante l'abbassamento delle rette nel caso in cui l'assistenza veniva già fornita con oneri a carico degli utenti. Le strutture, destinatarie del finanziamento, che antecedentemente alla data dell'1.11.2005 fornivano già assistenza sociosanitaria pari a 50 minuti con oneri a carico dell'utente e che successivamente hanno ricevuto un contributo dal fondo sanitario regionale, dovevano abbassare della quota corrispondente la retta dell'utente. Non è di nessuna utilità l'indicazione delle rette attualmente in vigore. La regione ha il dovere di assumere le informazioni al riguardo e di comunicarle. E' obbligo delle strutture restituire la quota già a carico degli utenti che è stata finanziata dal fondo sanitario e successivamente abbassare le rette della stessa quota;

d) c'è poi l'aspetto delle quote a carico degli utenti che si intreccia con l'attuale confusione riguardo la denominazione - residenze protette - delle strutture. Nella regione Marche le RP sono quelle normate dalla legge 20/2002 e dal Regolamento 3-2006, queste strutture che insieme alle RSA costituiscono la risposta alle situazioni di non autosufficienza stabilizzata non assistibile a domicilio, prevedono uno standard di 100-120 muniti di assistenza; come abbiamo visto, attualmente a fronte di circa

4.000 anziani non autosufficienti ospiti di strutture assistenziali questo standard è assicurato a circa il 10% dei residenti (solo queste possono chiamarsi residenze protette); per lo stesso numero, secondo i dati contenuti nel Piano sanitario, è stata fatta richiesta di autorizzazione. La Regione ha previsto per le RP un costo giornaliero stimato in circa 66 euro (80 se con forme di demenza) con costi a carico del fondo sanitario pari al 50% (33 o 40) il restante a carico dell'utente o del comune di residenza. Attualmente tale situazione riguarda, come evidenziato, circa 350 posti; per i restanti 2.200 che impropriamente, non avendo quegli standard, vengono chiamati residenze protette la regione contribuisce con un finanziamento pari alla metà di quello previsto (16 o 20); così per mantenere livelli minimamente dignitosi di assistenza vengono alzate le quote a carico degli utenti. Un finanziamento pari a 16 euro giornaliero di quota sanitaria è molto vicino al finanziamento in ADI e incompatibile per una persona non autosufficiente con una assistenza dignitosa. In questi casi quindi l'utente viene costretto a pagare almeno il 75% della retta (che si assesta oltre i 60 euro al giorno e in molti casi superano i 66 complessivi), assumendo oneri anche per il pagamento di prestazioni sanitarie. Risulta infatti che solo il 13% delle persone ricoverate paga la retta di 33 euro. Per oltre il 65% la cifra è aumentata fino al 25% e per un altro 20% va oltre tale tetto massimo. Questo aumento, peraltro, doveva per il 2006, essere obbligatoriamente connesso con servizi aggiuntivi di particolare valore e qualità. Il fatto che solo il 14% delle convenzioni faccia questo riferimento chiarisce che nei fatti l'aumento della retta non è connesso ad alcun valore aggiunto. Ma soprattutto bisogna specificare che cosa si intenda con questa formulazione.

E' opportuno ricordare che la regione ha un compito fondamentale di vigilanza, a tutela, come in questo caso, di persone non in grado di tutelarsi, che deve esercitare. Un esercizio che risulta particolarmente difficile quando ad essere primariamente inadempiente è la stessa Regione. Sarebbe inoltre opportuno che la stessa non "presumesse" quanta assistenza sanitaria sia a carico del fondo sanitario ma con urgenza e precisione la accertasse. Quanto alle rette che superano i 50 euro (del tutto illegittime secondo le indicazioni regionali) sarebbe opportuno che l'assessore e gli uffici abbiano consapevolezza che le stesse non sono così alte, come affermato nella risposta,

per "particolare necessità di assistenza sociale", ma per la gravità delle condizioni di salute degli ospiti. In questi come negli altri casi ai cittadini vengono imposti oneri - illegali - per prestazioni sanitarie; va infine ricordato che a partire dal 1-1-2007 lo scostamento del 25% non è più consentito; chi lo pratica, e chi lo consente ha le stesse responsabilità, viola la normativa regionale (DGR 709-2006);

e) Da ultimo il dato sulle RSA. Appare francamente paradossale che mentre si offrono dovizie di particolari quanto alle quote a carico degli utenti in strutture di competenza del settore sociale, l'assessorato alla salute non sia ancora riuscito in tutti questi anni a conoscere per 28 strutture operanti sul territorio marchigiano (molte delle quali gestite dalle stesse Zone territoriali) a quanto ammonti la quota a carico degli utenti praticata da queste strutture. Questa richiesta la formuliamo da anni, insieme alla comunicazione di quali prestazioni le RSA operanti ricomprendano all'interno della quota alberghiera. Ricordiamo che molte di queste (soprattutto quelle derivanti dalla disattivazione della funzione ospedaliera) operano come veri reparti ospedalieri senza la garanzia ad esempio di servizi di lavanderia, stireria, ecc.. e in molti casi senza neanche una sala pranzo. Facciamo inoltre notare che ogni volta che viene fornito un dato ufficiale si abbassa il numero dei posti di RSA anziani attivi (più di 1000, poi più di 900, ora 838), avvicinandosi così alla stima, senza avere i dati ufficiali, che facciamo da anni di poco più di 700 posti. Ciò che non cambia invece è l'utilizzo di queste strutture la gran parte delle quali gestisce malati in post acuzie con degenze rigorosamente a termine. Per questo al fine di capire effettivamente come queste strutture operano è essenziale conoscere i tempi medi di degenza per ognuno e lo standard assistenziale delle stesse, considerata la perdurante assenza di indicazioni regionali.

Quelle formulate sono solo alcune considerazioni in merito ai contenuti della risposta dell'assessore alla salute sull'utilizzo dei 10 milioni di euro stanziati nel 2005 per un minimo aumento dell'assistenza. Ma deve essere chiaro che il punto di arrivo non è tanto quello di far rispettare quanto la Regione ha previsto e di avere chiarezza sulla effettiva spesa di un finanziamento. In questo caso si tratta di un elementare tratto di trasparenza dovuto ai cittadini e agli utenti dei servizi. Il punto fondamentale è quello di garantire condizioni ac-

cettabili di vita ai malati ricoverati presso le strutture residenziali di questa Regione. La qual cosa non si ottiene certo aumentando di qualche decina di minuti l'assistenza sociosanitaria fino ad arrivare a 50 minuti al giorno. E' da augurarsi che questa consapevolezza sia patrimonio di tutti gli attori in gioco (dalla politica regionale e locale, passando per le direzioni della Zone sanitarie fino alla dirigenza degli enti locali). Per garantire condizioni di vita accettabili e rispondere ai diritti degli utenti la sanità regionale ha il dovere, l'obbligo, di

impegnare le risorse economiche corrispondenti. I comportamenti fin qui assunti - come ha confermato con i contenuti del piano sanitario approvato e con la vicenda oggetto dell'interrogazione - non hanno dimostrato in alcun modo questa volontà. Quello che non si è fatti fin ad oggi non è detto che non si possa fare domani, ma appare illusorio pensare che ciò possa accadere senza una fortissima pressione dei cittadini e delle sue organizzazioni. Questo è l'impegno che ci attende tutti.



Strumenti per genitori e figli

Manuali agili e semplici per offrire ai genitori strumenti e consigli pratici per affrontare le problematiche legate all'educazione dei figli. I volumi, che fanno parte della collana strumenti genitori & figli, sono strutturati in brevi capitoli, ognuno dedicato alla presentazione di concetto (domanda, frase ricorrente) che viene analizzato da esperti (uno psicologo ed un giornalista), con indicazioni sull'atteggiamento più opportuno che i genitori possono assumere e informazioni su associazioni o servizi a cui rivolgersi per chiedere aiuto; alla fine di ogni sezione alcuni punti riassuntivi (in paragrafi intitolati l'essenziale). **Mia figlia si sente grassa** affronta il problema dei cambiamenti fisici dell'adolescenza, sottolineando i rischi che la voglia della magrezza e l'attenzione per il peso si trasformino in disturbi alimentari; il testo sottolinea il ruolo dei genitori nell'aiutare le ragazze ad accettare la propria immagine corporea e nell'apprendere sane abitudini alimentari, indispensabili per mantenere benessere fisico, evitando diete e sovrappeso. Obiettivo del testo **Smettila di parlarmi con questo tono** è dare un sostegno ai genitori per affrontare in modo efficace i conflitti con gli adolescenti; per gestire le incomprensioni, i silenzi, gli insulti che possono sfociare in episodi di aggressività verbale -e talvolta anche fisica- diventa indispensabile essere capaci di ascoltare gli adolescenti, i loro bisogni, le loro paure, evitando di cadere nelle provocazioni e rassicurandoli con risposte e modelli positivi. Cosa può fare un genitore quando scopre che il figlio ha subito un evento traumatico (aggressioni, prepotenze a scuola, per strada, abusi sessuali): il libro **Hanno fatto del male a mio figlio** spiega ai genitori come aiutare le giovani vittime ad affrontare sensi di colpa e vergogna, cercando gli strumenti appropriati per superare eventi traumatici (psicologo, gruppi . .) e per proteggerli.

Dominique Adèle Cassuto e Sophie Guillou, **Mia figlia si sente grassa!**, EGA libri, Torino 2007, p. 126, 9.00 euro; Laurence Delpierre e Patrice Huerre, **Smettila di parlarmi con questo tono!**, EGA Libri, Torino 2005, p. 116, 8.00 euro; Stéphane Bourcet, Isabelle Gravillon, **Hanno fatto del male a mio figlio**, EGA Libri, Torino 2005, p. 113, 8.00 euro.