

**APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA DELLA GIUNTA REGIONALE CON
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL, CISL, UIL E RELATIVE FEDERAZIONI
DEI PENSIONATI SULLA NON AUTOSUFFICIENZA.**

Verbale della riunione del 3\2\2005

Con la stipula del protocollo regionale d'intesa sulla non autosufficienza avvenuta in data 5.11.2004 sono state definite alcune priorità d'azione da parte della giunta regionale in materia di sostegno alla non autosufficienza nei cittadini marchigiani con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'età anziana.

Il protocollo, recepito con delibera di Giunta n. 1322 del 9.11.2004, ribadisce che:

- La condizione di non autosufficienza, sia di anziani che di disabili, è una priorità delle politiche della Regione Marche;
- Occorre superare alcune criticità relative alla mancata corrispondenza tra bisogni e livello dell'offerta e all'accentuata diversificazione del livello di spesa a carico dell'utenza per sostenere il costo delle prestazioni in assenza di regola di equo accesso;
- In attesa della rivalutazione del fabbisogno dei posti letto per RSA e RP sulla base dell'analisi da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria riferita all'appropriatezza dei regimi assistenziali erogati agli utenti, gli obiettivi da raggiungere riguardano la messa a regime entro il 2005 del numero di posti letto di RSA e RP quantificati in 333 p.l. ex Nar a 100 minuti, 2.200 p.l. RP a 50 minuti, incremento accessi ADI in Cdr, 1000 p.l. in RSA per un impegno finanziario complessivo aggiuntivo di 10 milioni di euro; la rimodulazione dell'atto di fabbisogno per area vasta rispetto a quello riportato sul piano sanitario; erogazione delle prestazioni assistenziali sanitarie nelle RP in base al regolamento per le autorizzazioni; applicazione complessiva della lr. e definizione degli standard assistenziali in RSA; realizzazione accessi unici alla rete dei servizi; attuazione di percorsi di dimissioni protette e funzioni di presa in carico; linee guida regionali sull'ISEE; realizzazione, estensione e qualificazione dell'ADI, riordino dei criteri del sistema tariffario (rette RSA e RP); risorse aggiuntive per le cure domiciliari; interventi per l'emersione del lavoro nero nei servizi alla persona svolta da assistenti familiari/badanti.
- I percorsi riportati richiedono un confronto continuo tra le parti che si impegnano anche ad intervenire sull'ipotesi di riforma delle lpab, sull'applicazione delle linee guida per l'elaborazione dei piani triennali di ambito sociale e sui contenuti complessivi del Piano anziani.

La controfirma dell'accordo ha avviato una serie di confronti sia a livello tecnico che a livello politico finalizzati ad intervenire sulla concretizzazione delle indicazioni riportate sul protocollo che si sono tenuti il 18 novembre, il 6 dicembre, il 20 dicembre 2004, il 13 gennaio e il 18 gennaio 2005.

A tali incontri sono intervenute le organizzazioni sindacali confederali di Cgil, Cisl e Uil e le rispettive organizzazioni dei pensionati assieme agli assessori regionali alla Sanità e alle politiche sociali, ai dirigenti dei servizi interessati, ai funzionari di riferimento, ai tecnici del Dipartimento servizi alla persona e alla comunità e dell'Agenzia regionale sanitaria.

Gli argomenti inseriti all'ordine del giorno dei vari incontri sono stati i seguenti:

- Considerazioni sul testo del Piano "Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza";
- definizione dell'atto di fabbisogno per l'articolazione dei posti letto nelle residenze protette per anziani e nelle RSA
- definizione dei criteri tariffari relativi alla componente sanitaria delle residenze protette per anziani
- retta alberghiera in RSA e in RP con periodo di esenzione
- definizione di linee guida per la compartecipazione al costo dei servizi da parte dei cittadini
- confronto sul manuale di accreditamento delle strutture sociali a ciclo residenziale e semi residenziale ai sensi della lr 20/02
- esposizione dati definitivi ricerca dell'ARS su assistenza domiciliare integrata sui quali dovrà svilupparsi un adeguato confronto sui livelli di spesa e di funzionamento effettivo del servizio.

Le indicazioni emerse dagli incontri alla data del 3 febbraio 2005 sono così sintetizzabili:

1. Piano "Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza";	
	Si è convenuto di condividere il testo così come presentato dal Servizio, modificandolo in alcune parti riportate sulle schede obiettivi-azioni-tempi-risorse- indicatori laddove si individuavano tra le varie azioni anche interventi di assistenza notturna ospedaliera. Il testo è stato approvato in Giunta il 14 dicembre 04 con DGR n. 1566
2. Definizione dell'atto di fabbisogno posti letto in RP e in RSA	
	<p>Tale atto non è solo previsto dal protocollo con i Sindacati, ma anche dalla lr 20/02 che affida alla Giunta il compito di determinare il fabbisogno delle strutture protette per anziani e disabili (art. 13, comma 6) dal Piano sanitario "Un'alleanza per la salute" che riporta , a pag. 105, la tabella complessiva di posti letto per lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali e dal Piano "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche anziani: sviluppo programmatico e organizzativo"</p> <p>Si è ritenuto da parte dei tecnici del dipartimento e dell'ARS di proporre una modifica al riparto dei PL fatta dal piano sanitario per area vasta utilizzando come criterio di ripartizione non solo la presenza di popolazione anziana > 64 anni (definendo un peso statistico del 66%), ma anche la distribuzione dei posti letto e degli ospiti non autosufficienti (definendo un peso statistico del 34%).</p> <p>La proposta presentata è stata accolta positivamente dalle organizzazioni sindacali e approvata chiedendo però di indicare con esattezza i percorsi di concertazione locale dei posti letto da parte dei comitati dei sindaci, dei Direttori di Zona e dei Coordinatori di ambito e di definire una tempistica certa in modo da non correre il rischio di un mancato utilizzo dei finanziamenti regionali messi a disposizione per integrare l'assistenza sanitaria nelle RP.</p> <p>Si decide quindi di:</p> <ol style="list-style-type: none">1. approvare la proposta di atto di fabbisogno e la relativa ipotesi di allocazione budget per aree vaste nelle modalità presentate dalla Regione che modifica la tabella riportata sul piano sanitario;2. di procedere da parte della Giunta alla modifica della tabella di pag. 105 del piano sanitario nelle modalità concordate entro tempi brevi3. di inserire nell'atto di fabbisogno l'indicazione dei tempi di realizzazione e delle modalità di concertazione territoriale per l'individuazione delle residenze a cui affidare i posti letto all'interno delle singole Zone considerato l'obbligo di rispettare le indicazioni numeriche date dal Dipartimento per area vasta
3. Definizione dei criteri tariffari relativi alla componente sanitaria delle residenze protette per anziani	
	<p>Si è concordato che la componente sanitaria a carico del SSR della retta giornaliera nelle residenze protette sia calcolata sulla base dei minuti di assistenza infermieristica e OSS previsti, pari a:</p> <ol style="list-style-type: none">i) 33 € nelle residenze protette che offrono 100 minuti di assistenza giornaliera (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 80 minuti di assistenza OSS) per ospite non autosufficiente;ii) 16 € nelle strutture che nel periodo transitorio offrono 50 minuti di assistenza giornaliera (di cui 10 infermieristica e 40 di operatori socio-sanitari) per ospite non autosufficiente;iii) 40 € nei nuclei demenze che offrono 120 minuti di assistenza (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 100 minuti di assistenza OSS) per ospite. <p>Particolare attenzione verrà riservata affinché l'applicazione di quanto sopra non possa comunque dar luogo ad una eventuale diminuzione dell'assistenza sanitaria per ospite rispetto alla situazione data.</p>
4. Retta alberghiera in RSA e in RP	
	<p>Vengono sottoposte all'attenzione tre possibili opzioni nel caso di RSA:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lasciare alle singole RSA/Zone la determinazione della retta alberghiera2. Indicare un valore di riferimento regionale a cui RSA/Zone tendano progressivamente ad allinearsi3. Definire retta alberghiera valida a partire dal 1.1.05 per l'intera ASUR <p>Vengono altresì sottoposte all'attenzione tre possibili opzioni anche nel caso delle RP:</p> <ol style="list-style-type: none">1. lasciare alle singole RP la determinazione della retta alberghiera;2. indicare un valore di riferimento regionale a cui RP tendano progressivamente ad allinearsi;3. definire la retta alberghiera valida a partire dall'1.1.2005 per l'intera regione. <p>Si ritiene di dover ragionare sull'ipotesi 2 per entrambi i casi ferma restando però la necessità di definire con chiarezza, in sede di stesura di un piano complessivo di intervento sulle residenze socio-sanitarie da parte del direttore di zona, un processo progressivo di raggiungimento della quota di 33 euro pro die pro capite per entrambe le tipologie di strutture con possibilità di prevedere intervalli di minima e di massima già dal 2005 da ridurre nel corso di tre anni (2005-2007).</p> <p>Particolare attenzione verrà riservata affinché nel processo di attuazione di quanto sopra riportato non si verificino casi di ingiustificato aumento delle rette alberghiere.</p>

5. Periodo di esenzione da compartecipazione in RSA	
	<p>Materiale presentato: Tabelle su periodo di esenzione dalla compartecipazione della spesa in RSA; A fronte della proposta avanzata dal Dipartimento di definire in 30 giorni il periodo unico di esenzione (sia provenendo da dimissione protetta che da domicilio) tenuto conto della sostenibilità economica, del potenziamento della post acuzie e dell'assistenza nelle Cdr future RP, le OOSS propongono di introdurre elementi di flessibilità in ordine alla definizione dell'esenzione.</p> <p>In particolare si è proposto di collegare il periodo di esenzione alla disponibilità di posti letto di lungodegenza all'interno della Zona territoriale. Si tratta di inserire l'offerta di RSA all'interno di un percorso di continuità assistenziale che può coinvolgere reparti ospedalieri, lungodegenze,, RSA, RP e servizi di cura domiciliare in una programmazione individualizzata dei percorsi dei singoli soggetti sulla base di specifici bisogni. In sede di confronto è emersa quindi la seguente ipotesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. definizione di un periodo base di esenzione da compartecipazione di 45 giorni per tutti coloro che provengono da domicilio o da ospedale b. deroga dei 45 giorni nei seguenti casi: <ol style="list-style-type: none"> b.1 pagamento dal 31 giorno in caso di provenienza da lungodegenza b.2 pagamento dal 61 giorno in caso di provenienza da una Zona territoriale senza disponibilità di p.l. di lungodegenza.
6. Linee guida per la stipula delle convenzioni (o ipotesi di bozza di schema)	
	<p>A questo proposito si avanzano le seguenti indicazioni vincolanti per la stipula delle nuove convenzioni (o di rinnovo delle stesse anche nel caso di scadenza lontana) da dare ai direttori di Zona oltre che ai Coordinatori di ambito e ai rispettivi comitati dei Sindaci. In ogni convenzione quindi occorrerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire modalità chiare per permettere al cittadino/utente la conoscenza della composizione della retta complessiva che lo stesso sarà chiamato a pagare; - Distinguere in maniera chiara la quota sanitaria dalla quota alberghiera (scorporo) in modo che il cittadino sappia qual è l'importo sanitario finanziato dalla regione corrispondente al tipo di assistenza sanitaria che dovrà ricevere in base ai regolamenti e qual è l'importo preciso a suo carico per la componente alberghiera; - Indicare la composizione della quota sanitaria specificando il livello medio di assistenza affidata all'infermiere e il livello medio di assistenza affidato all'OSS; - Indicare la composizione della stessa quota alberghiera nella Carta dei servizi (da redigere in conformità ai contenuti descritti nel r.r 1/2004 e da allegare alla convenzione quale parte integrante) in modo da sapere se nella stessa sono compresi eventuali servizi aggiuntivi; - prevedere una indicazione circa le modalità operative più opportune con cui si intende adeguare la qualità del servizio nella prospettiva del raggiungimento dei 33 euro di retta nel corso degli anni successivi; - Definire un rapporto più stretto con gli enti gestori finalizzato a ricevere dagli stessi informazioni precise e stabili sul proprio bilancio, sulle risorse umane impiegate e sulla composizione delle rette, allegando alla convenzione tra ente gestore e ASUR lo schema standardizzato di rilevazione dei costi. Si tratta di avere infatti un quadro informativo preciso e aggiornato sulla situazione delle residenze e sull'utilizzo dei finanziamenti, rafforzando una funzione di monitoraggio e verifica, che dovrà essere curato dell'Osservatorio politiche sociali. <p>Queste indicazioni devono far parte di una "linea guida" regionale nella quale prevedere che i direttori di zona, assieme ai Coordinatori di ambito offrano un quadro complessivo di intervento su tutte le residenze socio-sanitarie della Zona elaborando un piano complessivo da trasmettere in Regione che preveda inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indicazione delle modalità per raggiungere l'adeguamento dei criteri tariffari indicati dalla Regione per tutte le residenze presenti sul territorio della Zona; - Il rispetto di una tempistica regionale, da definire nell'atto di fabbisogno, per la stipula delle nuove convenzioni e la conseguente certezza di applicazione dei minimi di assistenza previsti in modo da utilizzare nel corso del 2005 i finanziamenti regionali messi a disposizione; - La definizione delle modalità di controllo del processo attraverso l'individuazione di procedure di monitoraggio (previste per altro dagli stessi regolamenti attuativi della lr 20/02); - La definizione delle procedure di concertazione istituzionale e di comunità per l'individuazione sul proprio territorio delle residenze da inserire nell'atto di fabbisogno nel rispetto della tabella regionale allegata al protocollo stipulato con le organizzazioni sindacali che prevede la riqualificazione dei 333 ex NAR (già individuati quindi) e dei 2.200 PL in RP (da individuare in sede locale); procedure da indicare nell'atto di fabbisogno.
7. Risorse umane	
	<p>Il processo avviato è qualificante anche per i riflessi positivi sul fronte dei livelli occupazionali, in quanto il potenziamento dei livelli di assistenza richiederà un conseguente ampliamento delle risorse umane. Qualora il percorso avviato rendesse necessari processi di mobilità, oggi non preventivabili, si</p>

Allegato "A" – applicazione protocollo sindacale

	attiverà un tavolo per la gestione di tali dinamiche. I lavoratori interessati da eventuali processi di mobilità godranno di precedenza nei percorsi di ricollocazione.
--	---

CGIL _____

CISL _____

UIL _____

SPICGIL _____

FNPCISL _____

UILP UIL _____

ASSESSORE ALLA SANITA' _____

ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI _____