

I diritti vanno garantiti. A proposito dell'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti nelle residenze protette della regione Marche.

Immaginiamo di entrare in un ospedale nel quale sono presenti due reparti entrambi con lo stesso nome. Evidentemente per chi entra, ed ha i requisiti per farlo, non fa differenza l'uno o l'altro. La differenza può farla, eventualmente, il buono o cattivo nome del reparto. Poi però quando si entra ci si accorge che nel reparto A lo standard è quello previsto, mentre in quello B lo standard è al 50%, oppure può diventare come quello A se l'utente se ne assume l'onere.

Potremmo anzi immaginare 10 reparti da 400 posti in tutta la Regione.

In **uno** di questi lo standard è rispettato; in **sette** lo standard assicurato è al 50%, nei restanti **due**, è di circa il 10%. Nei nove reparti quindi o lo standard è ridotto con le percentuali sopra indicate, oppure la differenza viene coperta dall'utente.

Considerato che, in genere, la responsabilità dei gestori impedisce che si possa far morire le persone per mancata assistenza, nove volte su 10, con importi differenti, l'utente deve pagare anche parte delle prestazioni sanitarie che per legge sono gratuite ed a carico del fondo sanitario. Questa è la fotografia dell'assistenza sociosanitaria rivolta ad anziani malati non autosufficienti nelle Marche¹ ospiti delle residenze protette. Secondo la normativa vigente infatti, (allegato 1c, dpcm 29.11.2001) nella fase di lungoassistenza il costo dell'assistenza sociosanitaria residenziale deve essere ripartito al 50% tra settore sanitario e utente. Nel caso in cui lo stesso non abbia redditi sufficienti è chiamato ad intervenire il Comune di residenza. Risulta dunque evidente e incontrovertibile che la regione Marche non rispetta la normativa vigente, e viola i diritti dei cittadini ai quali deve essere assicurato dal servizio sanitario il 50% del costo dell'assistenza ricevuta.

Standard e tariffe

Vanno aggiunti inoltre altri aspetti. Il principale è quello riguardante la tariffa prevista dalla Regione Marche: nelle Marche alla residenza protetta viene affidata la gestione di anziani non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse (art. 6, comma 5, legge regionale 20/2002). Per garantire questa assistenza la Regione ha previsto uno standard di 100 minuti al giorno (120 se gli anziani sono affetti da demenza): l'assistenza infermieristica è pari a 20 minuti cui si aggiungono 80 minuti (100 nel caso delle demenze) di assistenza sociosanitaria. La tariffa indicata per coprire i 100 minuti è di 66 euro al giorno; 80 nel caso dei nuclei con demenze. Come detto è prevista una ripartizione al 50% del costo (33/40). La Regione, però, copre il 50% solo a meno del 10% degli anziani, per l'altro 70% (circa 3.000) copre poco meno del 25% versando 16 euro al giorno; per i restanti, l'assistenza sanitaria viene finanziata con le prestazioni in ADI (circa 8-10 euro al giorno). Per quanto riguarda gli utenti la quota a loro carico deve essere pari al 50% del costo quindi 33 o 40 euro.

La normativa regionale, inoltre, prevede che all'utente "in relazione alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità locali", si può chiedere oltre i 33 euro anche una maggiorazione del 25%. Maggiorazione che viene richiesta da molte strutture, a prescindere dalla qualità dei servizi alberghieri erogati ed alle specificità locali. Ciononostante tale maggiorazione viene giudicata da molte strutture insufficiente a

¹ Il testo integra altri recenti contributi che di seguito segnaliamo ed ai quali si rimanda per ulteriori approfondimenti: *Le residenze sanitarie per anziani nelle Marche. L'improcrastinabile regolamentazione*, www.grusol.it/vocesociale/20-04-09.PDF; *Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF; *Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta e residenza sanitaria assistenziale anziani nelle Marche*, www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF; *Acuzie, post acuzie, servizi residenziali e domiciliari nel sistema sanitario della regione Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 2/2009.

coprire i costi di gestione. A questo punto diventa quindi indispensabile rispondere ad alcune domande.

1) **Se effettivamente i 66 euro o 80 coprono 100-120 minuti di assistenza.** Se così fosse, infatti, non avrebbero motivo di lamentarsi i gestori, la maggioranza dei quali recupera la mancata corresponsione del 50% della quota sanitaria direttamente sulla quota dell'utente che versa come dicevano non il 50% ma più spesso il 75%.

Pare allora urgente che la Regione renda visibile la modalità con cui si è costruita la tariffa. Una chiarezza indispensabile ai fini di una irrinunciabile trasparenza (si veda in proposito la recente delibera della regione Piemonte riguardante i Centri diurni per persone con demenza nella quale si indica standard e tariffa indicando le modalità di calcolo della stessa www.grusol.it/informazioni/23-04-09.PDF). La questione è tanto più urgente se si analizzano i rapporti convenzionali tra le Zone territoriali e le RSA private presenti sul territorio regionale. Ciò che importa in questa sede è mettere in relazione standard e tariffa. Ad esempio nel caso della RSA *Anni Azzurri* di Ancona viene riconosciuta una quota sanitaria pari a circa 90 euro e una quota a carico degli utenti pari a 50 euro² (nonostante ciò sia in contrasto con la normativa della stessa Regione). Nell'accordo sottoscritto tra Regione - Asur - Anni Azzurri si dichiara che la struttura eroga una assistenza superiore a 120 minuti. Ipotizzando uno standard di 132 minuti, - e facendo una comparazione con la tariffa delle residenze protette -, la sola quota sanitaria coprirebbe l'intero costo (ipotizzando 132 minuti la tariffa sarebbe di circa 88 euro). Si faccia ora il conto: con 140 euro quale minutaggio dovrebbe essere erogato? Come detto, diventa urgente, ai fini della indispensabile trasparenza, l'indispensabile chiarimento³.

E' poi evidente che ad una chiara definizione della tariffa si deve accompagnare la successiva corresponsione dell'intero ammontare della quota sanitaria così da evitare che agli anziani malati non autosufficienti venga chiesto di assumere anche il pagamento degli oneri sanitari.

2) **Se i 100-120 minuti di assistenza sociosanitaria,** comprensiva dei 20 minuti di assistenza infermieristica (in un nucleo di 30 ospiti le ore coperte dall'infermiere sarebbero 10) **sono sufficienti a rispondere ai bisogni dei malati ricoverati.** In particolare se 20 minuti di assistenza infermieristica per utente sono compatibili con le esigenze dei ricoverati. E' evidente che l'analisi di questo aspetto non può prescindere dalla definizione della funzione delle RSA anziani (vedi nota 1). Abbiamo sopra riportato la tipologia di utenza che dovrebbe afferire alle residenze protette: persone che non richiedono prestazioni sanitarie complesse. In realtà sappiamo che nei circa 400 posti effettivi di RP i malati ricoverati necessitano di prestazioni sanitarie complesse, tanto che lo standard dell'assistenza infermieristica è superiore ai 20 minuti. Va inoltre ricordato che, secondo la rilevazione con il sistema RUG riportato nel Piano sanitario 2003-2006, erano oltre 1500 i malati ricoverati con necessità da RSA anziani. Dunque se i 100-120 minuti potrebbero essere sufficienti per gli anziani non autosufficienti a basso impegno sanitario non lo sono certo per quelli che sono attualmente ospiti di queste strutture. Dunque oggi il problema non è solo quello della mancata corresponsione dell'intera quota sanitaria per il 90% dei malati ricoverati, ma l'insufficienza di quello standard per la gran parte degli oltre 4.000 non autosufficienti, ospiti delle residenze protette e della Case di riposo della nostra Regione⁴.

² Sullo specifico vedi: *A proposito dell'Accordo tra Regione, Asur e RSA Anni Azzurri*, www.grusol.it/vocesociale/24-04-09bis.PDF ; *Rsa Anni Azzurri: dove sono i forti, dove sono i deboli*, www.grusol.it/vocesociale/19-02-09.PDF.

³ Non si può non stigmatizzare il comportamento della regione Marche. Non solo deroga - con un accordo con una sola struttura - alla norma da essa emanata aumentando la quota a carico degli utenti di 8.5 euro al giorno, ma la deroga riguarda una residenza che percepisce una tariffa enormemente più alta di tutte le altre.

⁴ Deve infatti essere ricordato che esiste una popolazione di circa 1.000 anziani non autosufficienti nelle stesse condizioni degli altri 3.300 che sono esclusi dalle cosiddette convenzioni (non ricevono né il 50% - 33 euro - né il 25% - 16 euro - della quota sanitaria) con una copertura dell'assistenza sociosanitaria non arriva a 10 euro al giorno. Soggetti che ricevono più o meno l'assistenza degli altri ma che sono costretti a pagarsela quasi per intero. Paradossalmente, o forse è meglio dire tragicamente, alcune Zone territoriali non vorrebbero riconoscere neanche il finanziamento attraverso l'ADI (che magari l'utente aveva quando era a casa). Non è chiaro sulla base di quale ragionamento, deduzione o applicazione normativa. Per parte nostra riteniamo che quando ciò accada e le Zone siano pervicacemente convinte delle loro tesi, i gestori debbano immediatamente sporgere denuncia. Si vedrà se la misera quota in ADI verrà poi erogata.

Come uscirne?

La questione, se si vuole risolvere, deve intanto cominciare ad essere seriamente affrontata. Cosa che, purtroppo, la Regione, non ha ancora effettivamente fatto⁵. Per farlo occorre partire dal presupposto, ed occorre enunciarlo, che non siamo di fronte solo a bisogni ma a diritti. Gli utenti hanno diritto a ricevere determinate prestazioni e queste prestazioni – per le residenze protette – devono essere finanziate per la metà dal servizio sanitario. Il servizio sanitario ha il dovere di assumere gli oneri che gli competono. Ogni altro punto di partenza risulta sbagliato (il solo bisogno senza il diritto) ed ha come risultato la situazione attuale: l'assistito si paga anche gran parte dell'assistenza sanitaria, le istituzioni non si sentono vincolate al rispetto della normativa.

Contemporaneamente è indispensabile costruire un sistema (gli standard) imperniato sui bisogni (che poi faranno i conti con le risorse necessarie), senza inutili e dannose scorciatoie. Non si può continuare a disconoscere le esigenze per ridurre la forbice tra necessità e risposta.

Appare pertanto indispensabile:

- Fissare standard prestazionali e tariffa (remunerativa ma non speculativa) delle Rsa anziani e delle RP indicando contestualmente il sistema di calcolo;
- fissare, attraverso l'utilizzo di apposite schede, i criteri di valutazione e selezione dei malati non autosufficienti da inserire nelle diverse tipologie di residenza;
- rendere trasparente ruolo e funzione delle UVD;
- istituire effettivamente le liste di attesa informando gli utenti sui loro diritti.

Concludiamo riprendendo la parte finale della scheda sulle Rsa anziani "Mantenere inalterata questa situazione richiama una duplice responsabilità: politica e tecnica. L'inconsapevolezza e l'incapacità, se di questo si tratta, non è compatibile con le funzioni, le competenze e la responsabilità di una Regione. Se si tratta invece di precisa volontà, dovrebbe essere dichiarata e coraggiosamente motivata. In tutti i casi si attende un segnale".

5 maggio 2009

⁵ Basterebbe ricordare in proposito l'assenza di regolamentazione delle Rsa (standard e tariffe); gli standard fissati ma non rispettati riguardo le residenze protette con quota sanitaria piena (a meno del 10% dei posti viene corrisposta la quota sanitaria al 50%); la sostanziale mancanza di regolamentazione dei Centri diurni (sia quelli della legge 20/2000 che della 20/2002). Bisognerebbe inoltre sapere come sono state impiegate le somme recuperate con il finanziamento della cosiddetta riqualificazione dell'assistenza residenziale. Secondo i dati della Regione a partire dalla fine del 2005 sono stati impiegati circa 7,5 milioni di euro. Dal novembre 2008 tale quota è stata implementata di ulteriori 4,5 milioni. Complessivamente circa 12 milioni di euro per l'aumento dell'assistenza socio-sanitaria all'interno delle RP. I circa 3.000 destinatari dell'assistenza fino a quella data usufruivano di un finanziamento attraverso il fondo ADI. Si trattava evidentemente di un finanziamento improprio recuperato ora con il fondo dell'assistenza residenziale. E' importante pertanto sapere come viene utilizzata la quota del fondo ADI liberata dal finanziamento dell'assistenza residenziale.