

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Residenze protette per anziani non autosufficienti e persone con demenza Modalità di accesso, tipologia di utenza, liste di attesa

Tra prassi sbagliate e comportamenti illegittimi

Chi sono, o dovrebbero essere, gli ospiti delle residenze protette per anziani e demenze? Quale lo standard di personale? Chi dispone l'accesso e con quali modalità?

Le modalità di "funzionamento" delle residenze protette per anziani non autosufficienti sono regolamentate dalla legge 20/2002 in materia di autorizzazione delle strutture sociali e sociosanitarie, dai successivi **Regolamenti** e dalla Convenzione (**Dgr 1729/2010**) tra le stesse e l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR).

Offerta, regolamentazione, convenzionamento

Nel **2017** sono stati **convenzionati** complessivamente **3957 posti**. Di questi **3702** sono rivolti ad anziani non autosufficienti; **255** a persone con demenza. Poichè al gennaio 2018 i posti autorizzati risultano essere **5287** (4487 per anziani e 400 per demenze), i posti autorizzati, ma non convenzionati, sono **1330** (dati ripresi dalla **risposta** ad una **interrogazione consiliare** dello scorso 27 marzo¹). A questi posti vanno aggiunti quelli delle Case di Riposo, che, seppur destinate ad anziani autosufficienti o parzialmente tali, in realtà sono occupate per la massima parte da anziani non autosufficienti e persone con demenza. Sono circa **2250** posti.

Ciò significa che l'accoglienza nelle Residenze Protette non è uguale per tutti, perché è diversa la valenza dei diversi posti disponibili. Ciò genera, inevitabilmente, situazioni di disuguaglianza tra utenti che hanno il medesimo bisogno. Per i posti convenzionati, parte del costo è assunto dall'ASUR attraverso la cosiddetta *quota sanitaria*. Di conseguenza, la quota a carico dell'utente o del Comune è più bassa.

Nei posti autorizzati, ma non convenzionati, l'utente paga per intero il costo del servizio, in quanto non c'è quota sanitaria e il rapporto tra strutture e utente è di tipo privatistico (anche se in molte strutture, al fine di non fare differenze tra persone in identiche condizioni, la quota utente non varia. Si danno allora due possibilità: a) qualcun altro mette la quota sanitaria; b) la quota sanitaria, ad insaputa degli aventi diritto, viene spalmata su tutti i ricoverati, con conseguente aumento della quota a carico dell'utente nei posti convenzionati.

Un anziano non autosufficiente o con demenza non dovrebbe invece essere ricoverato in una Casa di Riposo, in quanto non è una struttura autorizzata per l'accoglienza di persone non autosufficienti. Quando questo accade ci sono precise responsabilità: a) della struttura che accoglie una persona in un servizio non deputato ad accoglierla, b) del Distretto sanitario e delle Unità valutative distrettuali, che hanno la responsabilità della valutazione della persona e della definizione del percorso assistenziale. Distretto che dovrebbe diffidare la residenza che compie un atto illegittimo. Per un approfondimento vedi la **Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie**.

Infatti, quando un anziano non autosufficiente o una persona con demenza è ricoverato in una Casa di riposo, quale e quanta "assistenza riceve"? Quella che la struttura ritiene necessaria: e se 20 minuti di assistenza/giorno alla persona è lo standard della CdR, tutto il "minutaggio"

¹ Il numero riportato nella risposta alla interrogazione è minore (1230), ma abbiamo ritenuto opportuno prendere come riferimento il dato riportato nelle convenzioni tra ASUR e residenze protette.

aggiuntivo, necessario a raggiungere una assistenza dignitosa, sarà a carico dell'utente. In alcuni casi, una parte di questi "minuti" viene rimborsata forfetariamente dal Distretto come ADI.

Utenza e modalità di accesso

Se questo è il quadro dell'offerta, qui ci interessa analizzare quale sia la "tipologia di utenza" e quali le modalità di accesso. Per meglio capire a quali persone siano destinate queste residenze, pare opportuno indicare quale sia lo standard di personale previsto.

Tabella 1, Standard di personale RP anziani e demenze

RP anziani: Totale: 100 minuti. Oss: 80m; Infermiere: 20
RP demenze: Totale: 130 minuti. Oss: 100m; Infermiere: 20; FKT/attività educativa: 10m

I destinatari del servizio. Riprendiamo dalla Convenzione tra ASUR e residenze (Dgr 1729/2010) e dai requisiti di autorizzazione (RR 3/2016) la tipologia di utenza.

Convenzione

Art. 2 - Oggetto

1. L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, le cui problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale che necessitano di un livello elevato di assistenza tutelare e di un livello di tutela sanitaria comunque inferiore a quello erogato dalle RSA.

L'assistenza, offerta presso la Residenza Protetta, è rivolta a soggetti di norma ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza misurabile con le scale di valutazione previste dai vigenti atti regionali che disciplinano l'accesso al sistema delle cure domiciliari. Si tratta di soggetti soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo ai quali va garantita una adeguata assistenza da parte di equipe multiprofessionali attraverso interventi multidisciplinari sanitari e sociali non attuabili a domicilio. L'assistenza è offerta, ad esaurimento, anche a soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura purché compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

Regolamento 3/2016

Definizione. La Residenza Protetta 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 stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

Tipologia dell'utenza. L'utenza anziana non autosufficiente a cui è destinata la Residenza Protetta può essere suddivisa in due tipologie:

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).

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.

La valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di medesime scale di valutazione multidimensionali individuate dalla regione Marche.

Non dovrebbe essere necessario ribadire dunque che le residenze protette possono ospitare persone non autosufficienti le cui condizioni sono compatibili con lo standard assistenziale sopra indicato (per esemplificare, ricordiamo che *20 minuti/persona di assistenza infermieristica* per un nucleo di 20 utenti, sono equivalenti ad una presenza giornaliera dell'infermiere inferiore alle 7 ore). Quindi dovrà essere compito dell'Unità valutativa (vedi punto successivo) verificare la

compatibilità del ricovero in una residenza protetta di una persona con necessità sanitarie complesse e comunque incompatibili con lo standard previsto.

Vediamo ora come si accede alla residenza protetta. Riprendiamo dall'articolo 5 della Convenzione.

Art. 5 - Modalità di accesso alla Residenza Protetta

1. L'accesso alla Residenza Protetta avviene solo a seguito di parere favorevole dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) secondo la seguente procedura:
 - a) Richiesta dell'interessato o di chi è civilmente obbligato o del Medico di Medicina Generale, delle strutture ospedaliere o dei Servizi sociali del Comune corredata da scheda compilata dal sanitario utilizzando la modulistica regionale destinata all'accesso al sistema delle cure domiciliari. La richiesta o la segnalazione va presentata presso le strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA - o, laddove non presente, Segreteria delle cure domiciliari);
 - b) Valutazione della domanda da parte dell'UVI sulla base delle modalità previste dalle norme vigenti ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
 - c) Inserimento del cittadino con i requisiti per l'accesso alla Residenza Protetta nella lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale;
 - d) Domanda di ricovero del cittadino alla Residenza Protetta scelta che procede all'accoglienza nel rispetto della lista di attesa di livello distrettuale/sovradistrettuale e della disponibilità di Posti Letto (PL) della Residenza Protetta.
2. In caso di assenza di PL disponibili il cittadino verrà collocato in una lista d'attesa la cui trasparenza è garantita dal responsabile dell'UVI.

Su questo aspetto intendiamo porre ora l'attenzione. Su funzioni e modalità organizzativa dell'Unità Valutativa Integrata (UVI), rimandiamo ai contenuti della [Dgr 111/2015](#) (in particolare da pag. 14). Vale la pena riportarne alcuni contenuti.

Processi, percorsi e procedure

L'UVI è un gruppo di lavoro multidisciplinare con attività di valutazione multidimensionale e di avvio della presa in carico, coinvolgendo le figure professionali del "Nucleo fisso" ove necessario integrata da professionisti con competenze specialistiche per garantire, attraverso strumenti specifici di valutazione, una corretta analisi del bisogno per l'individuazione dei possibili interventi da attuare nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari integrati.

Le attività svolte sono principalmente: predisposizione di documentazione, visite finalizzate alla valutazione, incontri, riunioni multidisciplinari, raccolta degli indicatori dei bisogni e comunicazione delle ipotesi di trattamento funzionali alla stesura del piano di intervento per chi ha in carico il soggetto, verifiche e aggiornamenti del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In particolare:

- L'UVI acquisisce le informazioni socio sanitarie sulla persona e avvia il processo valutativo multidimensionale, attivando i professionisti e i servizi necessari; in caso di soggetti non autosufficienti e/o con gravi problematiche, l'UVI può effettuare visite domiciliari.
- Dalla valutazione multidimensionale deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, l'eventuale patologia emergente, acuta e/o cronica, le condizioni di disabilità che condizionano i processi di sviluppo in età evolutiva e di autonomia nelle attività della vita quotidiana nell'età adulta, la rete delle relazioni sociali del soggetto, le sue risorse familiari, ambientali ed economiche.
- Nella fase di valutazione, l'UVI definisce le necessità assistenziali, individua i soggetti e i servizi più appropriati per il percorso terapeutico più idoneo, indica il case manager (MMG, PLS, Ass. Sociale o altro) ove presente, coinvolge il care giver (familiare o congiunto) anche mediante l'inserimento in percorsi di *family learning*, individua il setting assistenziale appropriato.
- Le indicazioni emerse forniscono la base del PAI che viene opportunamente definito e dettagliato dall'equipe che prende in carico l'utente e concordato con l'assistito e (ove possibile) con la famiglia.

La valutazione non comporta alcun costo / ticket a carico dell'assistito.

Quindi l'articolo 5 della convenzione stabilisce che:

- Si entra in RP solo a seguito di valutazione da parte dell'UVI;
- Una volta accertata idoneità la persona, che può indicare la residenza scelta, viene inserita in lista di attesa distrettuale. Nel caso di assenza di posti disponibili, la trasparenza della lista di attesa è garantita dal responsabile dell'UVI (nominato da direttore Distretto e Coordinatore Ambito).

Sulla base di quanto sopra riportato, si può affermare che:

- la residenza protetta non è destinata genericamente a tutti gli anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio. E precisamente non a quelli con problematiche sanitarie complesse, la cui assistenza e cura è incompatibile con lo standard stabilito. Questi devono accedere ad altro livello assistenziale (vedi Residenza sanitaria assistenziale).

- l'UVI al momento della valutazione, accertata l'idoneità della persona ad un ricovero in RP, deve attivarlo utilizzando i posti convenzionati. Nel caso risultino tutti occupati, e siano disponibili solo posti autorizzati, questo deve essere esplicitamente comunicato all'utente. Non può proporre ricoveri presso posti autorizzati per Casa di Riposo, in quanto sono destinati a persone non autosufficienti o parzialmente tali.

- Contestualmente deve essere attivata la lista di attesa di livello distrettuale per tutti coloro che sono idonei alla residenza protetta, ma: a) attendono al domicilio o presso altra struttura la liberazione del posto; b) hanno scelto il ricovero presso un posto autorizzato, ma non convenzionato. Conseguentemente non compete ai familiari la ricerca del posto, ma solo quella della scelta della residenza. Ovviamente, nel momento in cui a livello distrettuale si libera un posto convenzionato, seppur non scelto, e la persona stia attendendo il posto mentre è ricoverata presso altra struttura (ad esempio RSA) deve accettare quella destinazione.

Cosa accade nella realtà?

Le segnalazioni che giungono alla nostra associazione ed indicano prassi molto diverse. Ad esempio:

a) non viene fatta differenza tra posto autorizzato e posto convenzionato in Residenza Protetta, e spesso tra questi e posti di Casa di Riposo;

b) la RP, con il suo standard, è il luogo di destinazione finale della gran parte delle persone malate e non autosufficienti. A dimostrazione, basti vedere il minutaggio aggiuntivo di assistenza infermieristica e tutelare posto come *prestazione aggiuntiva* a carico dell'utente. Il periodo di permanenza nella RSA viene comunque considerato a termine e spesso utilizzato alla stregua di un posto di lungodegenza ospedaliera;

c) I familiari "sono invitati" (soprattutto quando sono ricoverati presso altre strutture) a fare domanda nelle diverse residenze (a prescindere dalla autorizzazione ricevuta) così da avere "maggiori possibilità di trovare il posto".

L'enorme responsabilità della regione Marche

In molti casi, come abbiamo visto, si tratta di prassi illegittime in contrasto con le norme vigenti. Una situazione nella quale è enorme la responsabilità della regione Marche, che ha rinunciato ad ogni forma di programmazione e controllo. Su tutte, il permanere di indicazioni del tutto generiche in merito ai criteri di accesso alle varie tipologie di residenze sociosanitarie. Ha così preso il sopravvento un sostanziale *fai da te*, sia in termini di organizzazione che di applicazione o interpretazione delle norme. Con sempre più operatori che si sono autoridotti a

funzionari. Un quadro grave e tanto più preoccupante quando a subirne gli effetti sono persone e nuclei familiari deboli, fragili e indifesi.

Per approfondire

- [Continuità assistenziale, appropriatezza, offerta](#)
- [Criteri di accesso ai servizi socio-sanitari. Garanzia dei diritti e appropriatezza degli interventi](#)
- [Aggiornata Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie](#)
- [Residenze protette anziani. Della norma e della sua elusione](#)
- [Marche. Convenzioni 2017 e prestazioni aggiuntive a carico utenti nelle RP anziani AV1 Pesaro](#)
- [Servizi socio-sanitari nelle Marche. Risposte a quesiti ricorrenti](#)
- [Il ridisegno dell'offerta dei servizi socio-sanitari nelle Marche](#)

Tutte le schede dell'[Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche del Gruppo Solidarietà](#)

[Sostieni il Gruppo Solidarietà con il 5 x 1000](#), CF 91004430426

