

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Le prestazioni aggiuntive a carico degli utenti nelle residenze protette anziani non autosufficienti e demenze nelle convenzioni 2015. Analisi e commento

A conclusione del percorso di convenzionamento delle Residenze protette anziani e demenze (R3.2 e 1) per il 2015, si possono proporre alcune riflessioni, a partire dalle indicazioni che emergono dai prospetti delle prestazioni aggiuntive (allegati A.2) a carico degli utenti (nota 1).

Considerazioni che confermano, quanto già emerso dall'analisi delle prestazioni aggiuntive delle convenzioni 2013-2014 ([Vedi qui, da pag. 1 a 4](#)). Quelle del 2015 sono infatti la sostanziale riproposizione di quelle dell'anno precedente.

Non pare, pertanto, utile, dilungarsi nell'esame analitico già proposto per le convenzioni 2013-2014. Il quadro macro offre, dunque non da ora, chiare indicazioni ai fini programmatori. Per quanto riguarda il dato numerico [il convenzionamento 2015 \(vedi allegati\)](#), ha riguardato **3.387 posti**. 3197 di RP anziani e 190 di RP demenze. Su un totale di posti autorizzati pari a 4.621 ([DGR 289/2015](#)). Di seguito mettiamo all'attenzione alcuni aspetti.

a) In un numero cospicuo di residenze le prestazioni aggiuntive riguardano interventi di natura sanitaria e socio sanitaria (Infermiere, OSS, fisioterapista, educatore). In particolare nelle Aree Vaste 1 e 2, in molti posti lo standard assistenziale complessivo è assimilabile o addirittura superiore a quello delle RSA. Che tale standard aggiuntivo venga addebitato agli utenti è chiaramente non solo ingiusto ed iniquo, ma chiaramente illegittimo. Utenti che, nel caso, dovrebbero afferire a servizi con standard assistenziali superiori o veder riconosciuta la quota sanitaria aggiuntiva corrispondente. Peraltro, a seguito della definizione dello standard assistenziale delle RSA anziani e demenze; non appare rinviabile la definizione di criteri che definiscano inclusione/esclusione. Un problema questo che ovviamente non riguarda solo questa tipologia di servizio. Si pensi, ad esempio, ai Centri diurni demenze (SRD). Esiste una sola generica indicazione nella dgr 1331/2014, "pazienti con prevalenti disturbi cognitivi e/o del comportamento". Quali sono i criteri di accesso? Oggi nelle Marche ogni CD, al quale dovrebbe corrispondere identico standard, disciplina in maniera autonoma l'accesso.

b) La tariffa complessiva di 66 euro (Rp anziani) giornaliera viene praticata in pochissime strutture; la quota sanitaria è sempre più lontana dal 50% della tariffa così come previsto nei LEA. Si va configurando sempre più come un finanziamento sanitario forfetario sganciato dalla tariffa. Una quota che di fatto, copre posti convenzionati e no; se è vero come è vero che sostanzialmente in nessuna RP la quota a carico degli utenti differisce tra i posti convenzionati e non convenzionati. Se ciò a una prima valutazione appare come scelta di buon senso (non si possono fare parti disuguali tra uguali), in realtà - attraverso il meccanismo dello spalramento - impedisce di evidenziare con chiarezza la differenza tra posti convenzionati e autorizzati e dunque la distanza tra chi, seppur in maniera inadeguata, è coperto da convenzione e riceve quota sanitaria e chi no. In questo modo non emerge e dunque non si prende sufficientemente coscienza dello scarto tra posti coperti da convenzione e no. E dunque l'esigenza di corrispondere a ciascuno secondo bisogno e diritto.

c) Non esiste, di fatto, alcun tetto alle prestazioni aggiuntive, così come alcuna limitazione delle loro tipologie (basta scorrerne l'elenco). Un considerevole numero di posti supera il tetto massimo previsto del 50% della quota sociale (33 + 16,50), così come l'elenco tipologico va molto

al di là del miglioramento del “confort alberghiero”. Pare del tutto evidente la rinuncia a qualsiasi governo delle prestazioni aggiuntive. A fronte dell’inadeguatezza della tariffa, si è scelto di andare incontro alle esigenze delle residenze, permettendo l’estensione senza limiti delle prestazioni aggiuntive a pagamento. Non è un caso che nella [DGR 1331/2014](#) le residenze protette sono le uniche strutture per le quali la tariffa è stata derubricata in sola quota sanitaria. Il messaggio è il seguente: “non ti riconosco (tariffa) quello che dovrei ma ti permetto di andare a prenderlo nelle quote a carico degli utenti (quote aggiuntive)”. Un meccanismo che potrebbe e dovrebbe trovare un argine se l’aumentare delle quote a carico degli utenti determinasse un maggior onere a carico dei comuni attraverso le integrazioni delle rette per gli utenti che non hanno oneri sufficienti. Ma siccome nella gran parte dei territori della regione Marche la quota sociale viene intesa tout court come quota utente, il problema se lo deve gestire l’utente e i suoi familiari e dunque, sostanzialmente, non si pone.

Sarebbe a questo proposito utile e interessante una ricerca che analizzasse quanto ogni Comune spende per integrazione delle rette residenziali di anziani non autosufficienti, insieme alla verifica dei regolamenti comunali che disciplinano tale aspetto.

d) La strategia regionale, che credo non dispiaccia alla gran parte degli enti gestori, è quella di far fronte a tali problemi attraverso l’adeguamento dei budget. “Non rivedo le tariffe perché non “posso” aumentare le quote sanitarie”, ma ti aumento, per quello che posso, la quota dei posti convenzionati, così aumenta complessivamente il budget sanitario cui puoi attingere”. Vedi, a questo proposito, la recente [DGR \(851/2016\) che contrattualizza nuovi posti](#). Non sembra, davvero, ci sia volontà di affrontare le questioni che la convenzione pone. E d’altra parte se, da parte regionale, ci fosse stato desiderio di cambiamento non si sarebbe lasciata ingessata una convenzione da quattro anni. Si cercherebbe di affrontare e intervenire sulle questioni chiaramente critiche. La mancanza di volontà di intervenire si è, peraltro, mostrata plasticamente rispetto alle questioni riguardanti i rimborsi delle quote sanitarie anticipate, nel 2013-2014, da gran parte degli utenti. Non risulta alcun effettivo lavoro, da parte di Regione e ASUR, volto a garantire [tali rimborsi](#).

e) Chi ritiene che adeguare le tariffe agli standard, ovvero calcolarle sulla base dei costi effettivamente stimati, determini di conseguenza (quote al 50%) l’aumento delle quote sociali, fa finta di non vedere che tale quota da tempo è di gran lunga superiore al 50%. Ma rendere corrispondente e trasparente la tariffazione dovrebbe porre un argine ad un sistema nel quale non si includono molte prestazioni specifiche di una residenza all’interno della tariffa e come detto si caricano per intero sugli utenti prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

f) Da ultimo un accenno al quadro complessivo anche con riferimento alla DGR 851 dello scorso 1 agosto che prevede il convenzionamento di ulteriori 400 posti (previsti, come riconosciuto dalla stessa Regione, dal 2014), portando dunque il numero dei posti convenzionati nel 2016 a 3787: circa l’82% dei posti autorizzati. Si tratta certamente di un aspetto positivo. Ma vanno ricordati anche altri aspetti.

- Il numero complessivo di anziani non autosufficienti all’interno delle residenze (sociali e sociosanitarie) delle Marche si può stimare in 5.550/6.000. Ai 4.621 presenti nei posti di RP, vanno aggiunti quelli ricoverati nelle Case di Riposo. Sul totale di 2.259 posti attivi, appare verosimile una stima di anziani non autosufficienti del 50/60%.

- l’indicazione del Piano di fabbisogno (dgr 289/2015) di contrattualizzare nel triennio complessivi 4.670 posti di RP (ovvero tutti quelli autorizzati).

- l'offerta estremamente bassa di posti dedicate alle demenze compreso Alzheimer. Sono 190 i posti di RP, cui se aggiungono un numero non definito (i posti attivi hanno riferimento indistinto alle RSA) ma sicuramente inferiore a quello delle RP.

La scheda, come premesso, si è posta l'obiettivo di offrire alcune riflessioni sulla base delle convenzioni 2015 stipulate dalle Area Vaste, analizzando le tabelle in cui sono indicate le prestazioni aggiuntive a carico degli utenti. Nella nota 1, che segue, oltre alle singole tabelle 2015, riportiamo anche la scheda di analisi delle prestazioni aggiuntive 2014, che come detto sono in sostanziale fotocopia. Nella nota 2, le disposizioni regionali citate - largamente disattese e non applicate - in merito alle prestazioni aggiuntive. [Per approfondimento vedi qui.](#)

Nota 1, Prestazioni aggiuntive convenzioni per Area Vasta (all'interno gli allegati A.2 per singola convenzione).

- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 1](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 2](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 3](#) - [Commento convenzione 2013-14](#)
- [Prestazioni aggiuntive 2015, AV 5](#) - [Commento](#)

Nota 2, Riferimenti normativi e regolamentari citati

- Decreto direttore Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, n. 19 del 26.3.2012, *Convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e Residenze Protette per anziani – interpretazione utilizzo allegato A.2*
- Nota del Direttore Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali, del 23.2.2011, al direttore ASUR, *“Residenze Protette per anziani non autosufficienti - nota esplicativa relativa all'applicazione della DGR 1729/10”*.

[Qui il testo delle note citate insieme alla risposta dell'assessore alla salute il 26.4.2014 ad una interrogazione consiliare.](#)

Per approfondire rimandiamo anche al *Quaderno Marche n. 4*, [Della norma e della sua elusione. Le residenze protette per anziani nelle Marche.](#)

Vedi anche, sul tema, la recente [nota inviata alla regione Marche.](#)