

Interventi e servizi per anziani non autosufficienti nelle Marche

Analisi, riflessioni e proposte

Di seguito si propongono schematiche riflessioni e proposte in merito ad alcuni interventi attualmente in atto riguardanti gli anziani non autosufficienti nella nostra Regione.

L'obiettivo è quello di analizzare alcune questioni sul tappeto, avanzando conseguenti proposte.

Sostegno alla domiciliarità e interventi del fondo nazionale non autosufficienti

Con il 2013 cesserà sostanzialmente la quota del fondo nazionale (rimangono circa 1,9 milioni del fondo 2010). La Regione si è impegnata a compensare con propri finanziamenti il mancato trasferimento nazionale. La somma annua attualmente utilizzata è di circa 9 milioni di euro. I fondi sono destinati al potenziamento del Sad e all'assegno di cura. A parte la cifra vincolata di 1 milione di euro prevista a partire dal 2012 per gli assegni di cura, l'entità della quota destinata ai due interventi non viene definita dalla Regione ma dagli Ambiti (ogni intervento non può essere inferiore al 30% della cifra messa a disposizione).

Aspetti problematici dell'intervento. La sperimentazione di questi anni evidenzia: - la difficoltà a verificare l'effettivo utilizzo aggiuntivo a fine Sad da parte dei Comuni; una piccolissima quota degli aventi diritto riesce ad usufruire dell'assegno di cura (primo anno circa 20%; come si sa il dato del secondo anno - 40% - dipende dalla riduzione delle domande motivate dalla certezza di non avere il beneficio). L'assegno viene inoltre assegnato, nei fatti, ad anziani - fruitori dell'indennità di accompagnamento - o nuclei familiari poveri (vedi stima redditi Isee coperti dal contributo).

Proposte

a) Destinare una quota fissa regionale per l'assegno di cura (così come avviene per la cosiddetta assistenza indiretta per il disabile in condizione di particolare gravità). Ridefinire il criterio di fruizione nel quale l'aspetto legato alla gravità (non più ancorato alla sola indennità di accompagnamento) non è più secondario rispetto al reddito. Anzi, meglio ancora, rivedere una doppia quota dell'assegno (sanitaria e sociale) con le regole dei due settori (universalismo e selettività) con diversa erogazione sulla base della gravità (vedi scelta di utilizzo del fondo nazionale da parte del Piemonte). In ogni caso pare indispensabile che la Regione definisca priorità e obiettivi dell'intervento (ad esempio: sostegno alla famiglia con assistente familiare, sostegno prioritario alle situazioni di maggiore gravità, importi che possano essere effettiva alternativa alla residenzialità, ecc ...)

b) L'introduzione di un fondo stabile e vincolato (è questo l'impegno assunto dalla Regione) per il Sad, deve portare alla definizione di questa tipologia di intervento. Occorre creare quindi le condizioni per determinare un effettivo meccanismo: recupero della somma non spesa; effettivo potenziamento dell'intervento. Diventa centrale dunque la definizione della obbligatorietà dell'intervento da parte dei Comuni. Se il fondo vincolato riguarda servizi discrezionali pare difficile, infatti, non trovarsi nelle seguenti condizioni: a) I Comuni che già lo erogano diminuiscono il loro impegno nel momento in cui arriva il contributo regionale (cosa accaduta in questi anni con le risorse aggiuntive del fondo nazionale); b) i Comuni, e sono tanti, che non lo erogano e quindi non spendono, temono di dover aggiungere alla quota regionale propri fondi e dunque preferiscono continuare a fare come hanno sempre fatto. D'altra parte la motivazione addotta da molti Comuni riguardo la mancata attivazione del servizio, vale a dire la cessazione del

finanziamento regionale, è parsa del tutto strumentale ad evitare ogni possibile rischio di assunzione successiva di oneri, ovvero il SAD dove a essere e restare a costo zero per l'amministrazione comunale. Pare inoltre indispensabile andare a definire il livello organizzativo di tale tipologia di intervento attraverso - al pari delle norme di autorizzazione delle strutture diurne e residenziali - la determinazione degli aspetti erogativi del servizio (figura professionale, prestazioni, ecc....). E' importante ricordare inoltre che nessun servizio domiciliare (disabili, minori, anziani) è attualmente normato. Non si può - a maggior ragione in un intervento finanziato dalla Regione - lasciare alla discrezionalità comunale ogni aspetto del servizio. E' necessario infine evidenziare il problema della compartecipazione: sempre più anche ad utenti con redditi medio bassi viene chiesta una compartecipazione di entità rilevante e comunque molto vicina all'acquisto di un prestazione sul mercato irregolare. Ciò determina il mancato ingresso o l'uscita dal sistema dei servizi.

Problematiche residenzialità socio sanitaria

L'intero sistema è costruito senza nessuna attenzione alla appropriatezza dei percorsi. Ciò è sancito dalla mancata definizione dei criteri con i quali vengono definiti i percorsi assistenziali. Se si vuole mettere a sistema il percorso pare indispensabile definire:

a) Criteri di accesso alle strutture attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione.

Il Ministero impone (Decreto ministeriale 17.12.2008), a tal fine, l'utilizzo di alcuni strumenti (Rug, Aged, Svama, Sosia). Le Marche continuano (non si sa con quale obiettivo) ad utilizzare il Rug per valutare la condizione dei malati ricoverati all'interno delle strutture, ma non per la definizione dei percorsi. Occorre invece che le UVI definiscano tali percorsi in maniera uniforme in tutto il territorio regionale attraverso apposito strumento individuato dalla Regione. A quel punto non dovrà essere più la discrezionalità il criterio che guida l'accesso alle strutture (se nella struttura adeguata non c'è posto si attiva la lista di attesa; evitando di continuare a vedere ciò che accade nella gran parte dei territori regionali: se nella struttura adeguata non c'è posto non lo si fa sapere all'utente e lo si invia alla prima struttura inadeguata disponibile).

b) Definizione dello standard assistenziale delle Rsa, così da stabilire l'offerta assistenziale di questa struttura. La regolamentazione deve definire (vedi punto precedente), criteri di accesso, di permanenza di dimissione. Al pari delle residenze protette deve essere definito (e dunque ridefinita anche per le RP) cosa compone la quota alberghiera e quali prestazioni gli erogatori sono tenuti ad assicurare. E' del tutto evidente che se la Rsa assicura una prestazione di tipo estensivo e non di mantenimento (dpcm 29.11.2001 e documento prestazioni semiresidenziali e residenziali Commissione Lea) a quelle indicazioni normative riguardanti tariffa e compartecipazione ai costi occorre riferirsi. Più sotto vedi la parte riferita alle demenze.

c) Standard, prestazioni, tariffe delle RP. Come sopra indicato, riguardo le RP c'è un problema di rispetto e di contenuto della convenzione, ma anche di appropriatezza nell'accesso. Se, come avviene per la gran parte oggi, l'imbuto dei percorsi porta quasi tutta la residenzialità permanente all'interno delle RP, è evidente che quel contenitore (20 minuti di assistenza infermieristica al giorno e 80 di Oss) è inadeguato per la maggioranza dei malati ricoverati (a dimostrazione il fatto che molte RP hanno standard infermieristici molto più alti di quelli previsti). A ciò si aggiunge il problema irrisolto (ma tacitamente accettato a danno degli inconsapevoli utenti) della tariffa e delle quote a carico degli utenti. Evidentemente tutti (a partire dalla Regione) ritengono che 66 euro per 100 minuti di assistenza (80+20) sia una tariffa inadeguata; altrimenti non si spiegherebbe perché si accetta che vengano praticate rette stabilmente sopra il 25% di quelle previste, ma spesso superiori al 50% (vedi tariffe che si aggirano e in qualche caso oltrepassano i 50 euro). Una situazione dalla quale l'attuale struttura della convenzione (vedi prestazioni aggiuntive, allegato A1 e A2, dgr 1729-2010) pone le condizioni per non uscirne. E'

evidente che ciò si potrebbe fare se esistesse una effettiva volontà regionale di superare le ambiguità presenti. L'aspetto molto grave della convenzione è che le prestazioni aggiuntive non sono quelle di natura alberghiera, ma anche quelle sanitarie; prestazioni che, come è universalmente noto, sono a carico del servizio sanitario e non del cittadino. Se si vuole dunque uscire davvero dalla attuale ambiguità occorre ridefinire in modo non interpretabile le prestazioni ricomprese nella retta. In questo modo, tutto ciò che supera tale previsione diventerà quota aggiuntiva scelta dall'utente.

Diurno e residenziale per demenze (compreso Alzheimer). Il sostegno alla domiciliarità passa – in particolare per le persone con demenza - attraverso una definita offerta di servizi diurni. Aspetto oggi completamente indefinito nella nostra regione (vedi scheda nella nota). Mancata definizione che riguarda anche la residenzialità. I *nuclei Alzheimer*, previsti dalla nostra normativa all'interno dei posti di Rsa anziani, non sono mai stati regolamentati in alcun aspetto (standard assistenziali, fabbisogno, ecc...); alcune strutture rispondono alle esigenze di questi malati attraverso servizi regolamentati localmente (convenzione con Asur). A ciò si aggiunge la confusione, spesso voluta, con i posti di residenza protetta per "demenze senza rilevanti disturbi comportamentali" (120 minuti di assistenza: 20 infermiere, 100 Oss) che non sono nuclei ma posti (93 in tutta la Regione) disseminati in diverse strutture: 36 (20 + 16) al Santa Colomba a Pesaro; 12 a Jesi, 43 a Osimo, 2 a Matelica (determina Asur 143-2011). In questo caso non si può parlare di ritardo ma di un'inaccettabile indifferenza. E' tempo dunque che con urgenza si metta fine a questo inammissibile comportamento omissivo determinando: numero posti di nuclei Alzheimer, con relativo standard; ridefinizione RP demenze, requisiti strutturali ed organizzativi Centri diurni, legge 20-2000.

L'auspicio e la speranza è che si possa da un lato riprendere la riflessione su questioni che, a mio parere, chiedono maggiore analisi e di riflessione, dall'altro che finalmente si faccia ciò di cui molti cittadini hanno bisogno e diritto .

Per approfondire

Sui criteri per l'utilizzo fondo per le non autosufficienze anno 2012 - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=661

Servizi sociali nelle Marche. Sulla "strategia" regionale 2012 - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=665

Su standard e tariffe delle Rsa anziani delle Marche - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=624

Anziani non autosufficienti. Valutazione, presa in carico, percorsi assistenziali
www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2682

Percorsi assistenziali e non autosufficienza nelle Marche - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=590

Un commento sulla nuova Convenzione tra Asur Marche e RP anziani - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=595

I Centri diurni per persone con demenza nelle Marche - www.grusol.it/apriSociale.asp?id=552

9 marzo 2012