

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327 e mail: segreteriaicatmarche@gmail.com

Aderiscono: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Free Woman, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche.*

Sui contenuti della nuova Convenzione tra Asur e Residenze protette per anziani non autosufficienti (dgr 1729-2010¹)

La Convenzione sostituisce quella in vigore dal 2009 (dgr 1493/2009²), ed ha validità dal 1 ottobre 2010 al 31 dicembre 2012. La nuova Convenzione riprende i contenuti dell'accordo Regione - sindacati recepito con dgr 1230/2010 "Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013³". Nello stesso si stabilisce che nel periodo 2010-2013 tutti i posti letto attualmente convenzionati (3411) come residenza protetta raggiungeranno il minutaggio (100 minuti) delle residenze protette per anziani non autosufficienti così come previsto dal Regolamento regionale 3-2006⁴.

Prima di esaminarne il testo si ricorda che ad oggi dei 3411 posti convenzionati (circa 4200 quelli autorizzati), poco più di 400 dovrebbero essere quelli che si vedono finanziati al minutaggio (quota sanitaria al 50%) da RP (100/120 minuti); i restanti, poco meno di 3.000, ricevono un finanziamento per un minutaggio della metà (50 minuti) con quota sanitaria ridotta del 50% (16 euro al giorno invece di 33). La tariffa rimane quella di 66 euro al giorno per Rp non autosufficienti e di 80 per Rp demenze (minutaggio 120 minuti). Ovviamente è possibile che chi riceve il finanziamento al 50% eroghi un minutaggio superiore (fino a 100 minuti al giorno o anche oltre); è chiaro però che in questi casi la differenza viene pagata dall'utente (compresa quindi la parte a carico del servizio sanitario che è gratuita). Si ricorda infine, come ultima precisazione, che tutte le residenze convenzionate vengono chiamate residenze protette. Ciò purtroppo ingenera, spesso, l'equivoco che nelle Marche siano finanziati 3400 posti di RP (attualmente, lo ripetiamo, lo sono circa il 15%; nel 2013 dovrebbero essere tutti finanziati al 100%). Rimangono esclusi dal finanziamento circa 1000 anziani non autosufficienti che sono ricoverati in posti non convenzionati (che, ad oggi, hanno meno diritti degli altri).

Di seguito si prenderanno in esame i principali contenuti della nuova Convenzione che, come detto, recepisce i contenuti della dgr 1230/2010. In verde le nostre considerazioni.

La Convenzione

Gli articoli **1** e **2** definiscono la residenza protetta e richiamando la normativa regionale vigente ricordano che gli utenti di questa struttura sono anziani non autosufficienti che "non necessitano di prestazioni sanitarie complesse", le cui "problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale".

L'articolo **4 (destinatari)**, comma 2, specifica: "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". Il punto, presente, seppur con formulazione diversa, anche nella precedente convenzione, che rimandava ad un altro articolo (il 17), non è chiaro. Chi sono questi soggetti "ad esaurimento"? tenendo conto che la maggior

¹ Il testo della delibera è consultabile in, www.grusol.it/informazioni/03-12-10bis.PDF.

² www.grusol.it/informazioni/14-02-09ter.PDF.

³ www.grusol.it/informazioni/29-09-10.PDF, Sui contenuti dell'accordo, vedi "Il dovere della verità. Anziani non autosufficienti: sull'Accordo Regione - sindacati, in www.grusol.it/vocesociale/06-08-10.PDF.

⁴ Per approfondimenti vedi, Nota informativa sui ricoveri in residenza protetta e residenza sanitaria assistenziale anziani nelle Marche, www.grusol.it/vocesociale/17-02-09.PDF.

parte degli utenti delle RP non è compatibile con il livello assistenziale della stessa (si ricorda che il Psr 2003-2006 indica, a quella data, circa 1500 ricoverati con Rug da Rsa)?

L'articolo **5 (Modalità di accesso alla residenza protetta)**, ne disciplina l'accesso; si può entrare solo a seguito di parere favorevole dell'UVI, che ha l'obbligo di valutazione e di definizione del piano di assistenza individualizzato (Pai). Una volta valutata la presenza del requisito viene creata una lista di attesa a livello distrettuale/sovradistrettuale. L'utente dovrà poi presentare la domanda alla Rp prescelta che procede all'accoglienza nel rispetto della lista di livello distrettuale. In caso di assenza di posti il responsabile dell'UVI garantisce circa la trasparenza della lista.

Rimane il problema che seppur aventi lo stesso nome le RP erogano standard differenti e dunque sarebbe stato opportuno precisarne la differenza a seconda dello standard erogato; ci si chiede inoltre perché il cittadino una volta presentata la domanda e verificato il requisito debba rivolgersi direttamente alle strutture. La domanda, una volta accolta, dovrebbe essere girata direttamente dal distretto alla struttura prescelta. Ovviamente il cittadino una volta informato di quali residenze sono adeguate per l'accoglienza può indicare quella che preferisce. Dovrà essere il livello distrettuale (segreteria UVI, Pua o quel che si vuole) a fornire tutte le informazioni necessarie ai fini del ricovero. Giova inoltre ribadire che la Convenzione stabilisce che compito dell'UVI è quello di fare la valutazione e di definire il PAI. Non si tratta, come purtroppo spesso accade, di una pratica amministrativa. L'articolato, in ogni caso fa chiarezza definitivamente, rispetto alla formulazione della lista di attesa. In ogni distretto – alcuni sono coincidenti con la Zona – deve essere presente una lista di attesa alla quale si accede previa valutazione dell'UVI.

L'articolo **6 (Posti letto)**, stabilisce che le RP devono garantire posti per cicli di ricovero temporaneo (solievo alla famiglia) per periodi della durata massima di 30 giorni (prorogabile, per documentate esigenze, per ulteriori 30).

L'articolo **7 (Modello organizzativo)**, modifica alcuni aspetti della precedente convenzione (l'assistenza riabilitativa precedentemente era ricompresa nel minutaggio di quella infermieristica; alcuni ausili: letto, sponde materasso, carrozzina, dovevano essere assicurati dalla residenza). In particolare si stabilisce che ai fini della prescrizione degli ausili valgono le indicazioni del nomenclatore tariffario in analogia ai cittadini che stanno a casa.

Ciò significa che oltre ad ausili per il movimento (carrozzina, deambulatore), la residenza non è tenuta ad assicurare (come invece previsto dal requisito 21 del regolamento 3/2006) letti articolati, sponde, materasso antidecubito, ecc ...?

All'articolo **8 (Responsabili delle attività)**, si aggiunge rispetto alla precedente convenzione la competenza dell'Ambito rispetto la verifica dei requisiti (legge 20/2002) della residenza.

Uno dei problemi più rilevanti di molte strutture autorizzate ai sensi della legge 20/2002 (ad esempio case di Riposo, Comunità alloggio soggetti con disturbi mentali) è l'incoerenza tra classificazione e funzione⁵. Un problema che purtroppo non viene affrontato al momento della richiesta di autorizzazione. L'attenzione viene, infatti, posta sui requisiti strutturali e non anche su quelli organizzativi; tra questi la tipologia di utenza. Tale problema riguarda anche le strutture autorizzate come Residenze protette per anziani. Sarebbe dunque opportuno che tale compatibilità venisse effettivamente verificata sanzionando severamente chi (in particolare strutture autorizzate come Case di Riposo) accoglie utenti non compatibili con l'autorizzazione (chiedendo magari il giorno dopo il ricovero, l'attivazione dell'Adi).

Riguardo l'articolo **9 (Pianificazione delle attività)** non possiamo evitare di chiederci, ancora una volta, a che cosa serve (punto 4) continuare a rilevare il dato RUG. La rilevazione ad oggi non ha avuto, infatti, alcuna efficacia in termini programmatori (vedi posti di Rp a 120 minuti, vedi posti Rsa e nuclei Alzheimer).

⁵ Vedi in proposito, F. Ragaini, *Le norme e le prassi. Sulle comunità alloggio per persone con disturbi mentali nelle Marche*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3-4/2010, p. 33.

L'articolo **11 (Il ruolo del medico di medicina generale)**, ripropone il solito comma 3; si continua a far riferimento a strutture ad "alta complessità organizzativa ed assistenziale", pur occupandoci di residenze con ricoverati aventi problematiche "prevalentemente di ordine socio assistenziale". Evidentemente in queste strutture ci sono malati in condizioni diverse da quelle previste dalla normativa regionale vigente.

Prendiamo ora in esame congiuntamente gli articoli **14 (Standard assistenziali)**, **15 (tariffa giornaliera - quota a carico SSR)**, **16 (tariffa giornaliera - quota a carico dell'ospite)**. Riprendendo i contenuti della dgr 1230/2010, viene stabilito il percorso riguardante l'aumento dell'assistenza nei posti letto attualmente convenzionati a 50 minuti al giorno. Nel 2010 (ultimi 3 mesi), lo standard deve salire a 63 minuti (13 infermiere + 50 Oss); nel 2011, a 72 (15 + 57); nel 2012, a 88 (18 + 70), nel 2013 a 100 (80 + 20). La tariffa corrispondente ai 100 minuti è confermata in 66 euro al giorno. Negli stessi anni la quota a carico del servizio sanitario (che deve essere pari al 50% della tariffa) attualmente pari a 16 euro (invece dei 33) arriverà a regime con questa progressione: ultimo trimestre 2010: 20,82 euro; 2011: 23,85 euro; 2012: 29,11 euro; 2013: 33,00 euro. Pertanto a partire da ottobre 2010 si potranno verificare diverse situazioni: diminuzione della tariffa a carico dell'utente in quelle strutture che erogavano un minutaggio più alto (fino a 100 minuti di assistenza) di quello finanziato (quota giornaliera pari a 16 euro), con la differenza che veniva, quindi, pagata dall'utente; aumento dell'assistenza sociosanitaria in quelle strutture che erogavano assistenza sulla base del finanziamento del servizio sanitario (16 euro). Si specifica inoltre la diversa situazione riguardante gli oneri a carico dell'utente: strutture nelle quali l'utente paga fino a 33 euro; strutture nella quali paga da 33 a 41,25 euro; strutture nelle quali la tariffa è superiore a 41,25. *E' importante ancora una volta ricordare che la quota a carico dell'utente non dovrebbe superare il 50% del costo della tariffa (quota sociale) e dunque 33 euro; cifre superiori sono determinate dalla mancata corresponsione da parte del servizio sanitario della quota di spettanza (50%, pari a 33 euro). Quota che dovrebbe essere assunta - per i posti convenzionati - a partire dal 2013. La vigente normativa regionale stabilisce inoltre che la tariffa massima a carico degli utenti non può superare, a determinate condizioni, una cifra pari a 41,25 euro. Cifre superiori richieste agli utenti sono quindi illegittime.*

Al comma 3 dell'articolo 16 si specifica inoltre "Nel caso la RP già eroghi assistenza per 100 minuti pro capite pro die per i PL convenzionati per 50 minuti pro capite pro die, il cittadino pagherà la quota di partecipazione dovuta per il 2009, diminuita, progressivamente, degli importi di incremento della quota sanitaria (euro 4,82 al giorno per gli ultimi mesi del 2001; euro 3,03 al giorno per il 2011, euro 5,26 al giorno per il 2012; euro 3,89 al giorno per il 2013)". Inoltre, il comma 6 dell'articolo 14, rimanda all'allegato A nel quale si riportano le eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino.

Le questioni che la lettura congiunta dei 3 articoli pongono sono di diverso tipo.

1) Nei circa 3.000 posti attualmente convenzionati a 50 minuti, se è facilmente rilevabile l'entità della quota richiesta all'utente, con la stessa precisione non sembrerebbe possibile conoscere il minutaggio assicurato per gli stessi posti. In sostanza: come è possibile verificare se le strutture che dichiarano di erogare più dei 50 minuti finanziati (fino a 100) e per questo motivo richiedono agli utenti cifre anche superiori ai 41,25 euro al giorno, lo fanno realmente? Il punto è importantissimo e non deve lasciare spazio ad alcun dubbio. Poniamo che una struttura attualmente convenzionata per 50 eroghi 70 minuti al giorno per un costo, considerata la tariffa regionale, corrispondente di circa 46 euro. Dedotta la quota sanitaria di 16 euro la quota a carico dell'utente è di 30 euro. Come è possibile verificare che tale minutaggio sia effettivamente erogato e dunque si abbia una corrispondente richiesta di quota sociale? Si è in grado di verificare se possa darsi il caso di richiesta superiore a 30 euro al giorno mantenendo un minutaggio di 70 minuti (tanto più che la maggior parte dei gestori ritiene che la tariffa di 66 euro non è compatibile con l'erogazione di 100 minuti di assistenza)?

2) Come si può stabilire la possibilità di prestazioni aggiuntive a carico del cittadino senza indicare quelle che devono essere garantite? Chi stabilisce, peraltro, quali sono? Tale formulazione appare foriera di abusi. Si prevede, dunque, la possibilità che vengano inserite tra quelle aggiuntive anche prestazioni sanitarie e sociosanitarie. E' noto che le prestazioni aggiuntive fanno riferimento a "standard alberghieri ulteriori" a quelli garantiti. Se invece le prestazioni aggiuntive riguardano interventi sanitari o sociosanitari (l'assistenza erogata) il problema è di altro tipo e rimanda all'adeguatezza della struttura. Evidentemente la stessa non

è compatibile per l'accoglienza di quel determinato malato. Appare, infine, del tutto evidente che in questo modo anche aumentando le quote sanitarie le tariffe potrebbero rimanere inalterate o addirittura aumentare.

L'articolo **19 (Conservazione del posto)** stabilisce che in caso di ricovero ospedaliero il posto viene conservato – tranne diversa indicazione da parte dell'UVI - con retta a carico dell'utente, così come quella sanitaria, decurtata del 50%. Nel caso di ricovero in Rsa il posto sarà conservato per un periodo massimo di 60 giorni. Il problema che rimane irrisolto è quello degli oneri per l'assistenza che, nella maggior parte dei casi, le famiglie devono sostenere durante il ricovero ospedaliero (assistenza a pagamento in ospedale più parte della retta della residenza). Rimane una totale assenza di responsabilità da parte della struttura (che incassa comunque il 50% della retta) nella fase di ricovero ospedaliero. L'introduzione della disposizione nel ricovero in Rsa non tiene conto che le Rsa delle Marche sono spesso utilizzate in alternativa al ricovero in riabilitazione o lungodegenza ospedaliera. Date le disposizioni conviene consigliare gli utenti – quando sicuri che il ricovero si protrarrà a causa della gravità delle condizioni oltre i 60 giorni – di provvedere da subito alla dimissione. Eviterà così di pagare per i primi 60 giorni di ricovero la metà della quota alberghiera.

Considerazioni conclusive

Nell'analisi dei singoli articoli si sono indicati i diversi punti critici rispetto all'articolato. Appare particolarmente problematica la questione relativa alle modalità con le quali all'aumento della quota sanitaria potrà esserci contestuale aumento dell'assistenza o diminuzione della quota a carico dell'utente. Assolutamente da chiarire la questione delle eventuali prestazioni aggiuntive. Riteniamo urgente che questi aspetti vengano chiariti in modo inequivocabile da parte della Regione attraverso informazioni che giungano direttamente agli utenti ricoverati presso le strutture.

Ci auguriamo che la stessa iniziativa venga presa dalle organizzazioni sindacali con le quali il contenuto della convenzione è stato concertato.

Per parte nostra oltre a ricordare che la quota a carico dell'utente, sulla base della normativa vigente, non deve superare il 50% della tariffa e solo a determinate condizioni, può essere incrementata del 25%, esprimiamo rammarico e delusione per non aver avuto la possibilità di esprimere un parere, ripetutamente richiesto, sull'atto in via di emanazione.

13 dicembre 2010