

Residenze protette anziani non autosufficienti. Prestazioni extra accreditamento e quote e carico degli utenti. Le evasive risposte dell'assessore Mezzolani

Nella seduta del Consiglio regionale del 24 giugno 2014, è stata discussa (allegato 1) l'interrogazione presentata il 24 marzo dal consigliere Massimo Binci (SEL), successiva alla delibera 282/2014, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3616>, riguardante le residenze protette rivolte ad anziani non autosufficienti, nella quale viene definito il percorso di allineamento dell'assistenza e delle tariffe anno 2013, insieme alle "indicazioni operative all'ASUR per il piano di convenzionamento anno 2013-2014".

La nuova delibera non apporta modifiche al modello di Convenzione previsto nella delibera 1729/2010, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=2364>, eccetto che per l'allegato A.1 (prestazioni aggiuntive supplementari alla tariffa di riferimento, inerenti il livello assistenziale) considerato che al 31 dicembre 2013 per tutti i posti convenzionati (3179) è stata riconosciuta per intero la quota sanitaria di 33 e 40 euro alle residenze che hanno erogato il minutaggio previsto (100 e 120 minuti). Per una ricostruzione della vicenda si rimanda a: [La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani e Residenze protette anziani e quote sanitarie. La trepidazione regionale.](#)

Arrivati, per i posti convenzionati, al pagamento per intero delle quote sanitarie, continua a rimanere invece purtroppo aperta la questione delle quote a carico degli utenti (e in qualche caso dei Comuni). Confermata, infatti, la tariffa complessiva di 66 euro e rispettato il pagamento del 50% da parte dell'ASUR, in base a quali criteri e disposizioni si assoggettano quote aggiuntive che arrivano fino ad un aumento del 100% della quota prevista? Ma andiamo con ordine e vediamo la risposta dell'assessore Mezzolani alle tre questioni che pone l'interrogazione.

1) Con il riconoscimento dell'intera quota sanitaria di 33 euro per l'anno 2013 (contro i 29,11 del 2012) per tutti i posti convenzionati a 100 minuti (circa 3079), ad ogni utente - ad eccezione dei casi in cui la somma sia stata anticipata da ente gestore o dal Comune di residenza - deve essere rimborsata la cifra corrispondente pari a 3,89 euro. Non dovrebbe volerci molto a fare conti e l'assessore Mezzolani dovrebbe impegnarsi fattivamente in tal senso. Arrivati a fine giugno, a circa 3 mesi dall'emanazione della delibera, c'è stato tutto il tempo per effettuare ogni verifica e procedere conseguentemente.

2) Da gennaio 2013, dunque non è più possibile assoggettare all'utente alcun aumento del 25% (in relazione, alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità di carattere locali) sulla retta giornaliera di 33 euro. La corresponsione dell'intera quota sanitaria, determina in automatico l'abrogazione dell'allegato A.1 della dgr 1729/2010, considerato che vi si poteva conteggiare la differenza economica tra minutaggio massimo (100 minuti) e minutaggio effettivamente pagato dall'ASUR (63m/2010; 72m/2011; 88m/2012). Come noto la maggiorazione prevista del 25% permetteva, furtivamente, di caricare sull'utente, anche oneri di tipo sanitario data la mancata assunzione della quota sanitaria da parte dell'ASUR. La delibera 282/2014, mantiene l'allegato A2 e permette di caricarvi eventuali prestazioni aggiuntive.

3) L'interrogazione chiedeva fosse esplicitata la formulazione presente nell'allegato A.2 riguardo le "prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento", ovvero quali prestazioni comprendono questa formulazione. L'assessore non risponde, rimanda solo ad una nota (*allegato 2*) del 23 febbraio 2011 della regione all'ASUR, sulla quale poi ritorneremo.

Il chiarimento su questo punto è importantissimo in quanto è proprio sulla base dell'allegato A.2 (mantenuto anche nella dgr 282) che vengono conteggiate le prestazioni "extraccreditamento" che determinano (insieme a quelle di confort alberghiero) quote a carico degli utenti anche di 60 euro (per un dettaglio, vedi il dato ASUR per gli anni 2010-12, [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)). Il punto è che qui possono essere conteggiate sia prestazioni di tipo infermieristico che di assistenza tutelare. Dunque prestazioni attinenti al livello assistenziale (sanitarie e sociosanitarie). Ricordiamo che la residenza protetta prevede l'accoglienza di persone non autosufficienti che "non necessitano di prestazioni sanitarie complesse". Se la persona richiede un livello assistenziale più alto di quello di un residenza protetta è evidente che deve essere ricoverata in una struttura con un

più alto livello assistenziale (RSA). Il mantenimento dell'allegato A.2, senza alcuna modifica permette il perpetuarsi delle situazioni più volte denunciate. Il richiamo al fatto che dette prestazioni possono essere erogate solo su richiesta formale dell'utente (così come specificato dal decreto della Regione 19/12 "in ordine alla interpretazione della convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e le Residenze protette, come da schema approvato con DGR 1729 del 29.11.2010, le prestazioni di cui all'allegato A2 vanno erogate, e di conseguenza contabilizzate, soltanto su richiesta formale dell'utente, trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazione fuori dai requisiti di accreditamento"), è - visto quanto successo in questi anni - alquanto ridicolo. Ma forse sufficiente per mettere l'anima in pace all'assessore e ai dirigenti regionali. Lo scorso 20 marzo il Comitato Associazioni Tutela (CAT), chiedeva alla Regione e all'ASUR se "può essere nella facoltà di una struttura rifiutare un ricovero nel caso in cui l'utente non chieda prestazioni aggiuntive". La risposta non è mai arrivata.

Dunque, al quesito non viene data alcuna risposta se non ricordare che la quota a carico dell'utente non può superare comunque il 50% della quota di compartecipazione (quindi 33 + 16,50 euro).

Diverse sono le questioni che l'interrogazione ripropone. Ne segnaliamo alcune

- Restituzione (vedi sopra) agli utenti dei 3,89 euro giornalieri per l'anno 2013,
- Per l'anno 2014 definizione delle prestazioni aggiuntive indicate nell'extra accreditamento,
- Per l'anno 2015 rivedere il contenuto della convenzione indicando con chiarezza quali prestazioni sono ricomprese nella tariffa e quali, confort alberghiero, possono essere aggiuntive,
- Definire gli strumenti di valutazione (previsti dalla Regione, ma mai realizzati) che definiscono i criteri di accesso alle strutture
- Fornire il dato delle persone in lista di attesa (art. 5, dgr 1729/2010)
- Aumentare il numero dei posti convenzionati. Sono circa 2.000 gli anziani non autosufficienti ricoverati in posti non convenzionati o in Case di Riposo per autosufficienti.

C'è da augurarsi che la Regione, a differenza del passato, voglia, in vista del rinnovo della Convenzione, davvero confrontarsi con tutti i "portatori di interesse", a partire dalle criticità emerse in questi anni.

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Allegato 1

- **Interrogazione n. 1645, presentata in data 24 marzo 2014**

a iniziativa del Consigliere Binci

"Quote a carico degli utenti"

a risposta orale urgente

Premesso che:

- con dgr 282/2014 sono state fornite indicazioni all'ASUR in merito al convenzionamento per il biennio 2013-2014, confermando i contenuti della convenzione di cui alla dgr 1729/2010, ad eccezione del modello A1;
- per tutti i posti convenzionati a 100 minuti è prevista la corresponsione dell'intera quota sanitaria pari a 33 euro;

Considerato che:

- con la dgr 282/2014 si conferma, per i posti convenzionati a 100 minuti, la quota a carico degli utenti pari a 33 euro con la possibilità di una quota aggiuntiva entro il 25% (41.25 euro);
- l'allegato A2 prevede su richiesta dell'utente la possibilità di prestazioni aggiuntive per il miglioramento del confort alberghiero e per prestazioni extra accreditamento;

Osservatorio Marche, n. 27 del 30 giugno 2014

- in molte situazioni (oltre il 25% dei posti), attraverso l'allegato A2 della convenzione all'utente vengono assoggettate quote che arrivano fino a 60 euro al giorno comprendenti anche prestazioni aggiuntive di tipo sanitario;
 - nel caso in cui la persona malata e non autosufficiente necessiti di una assistenza sociosanitaria superiore a quella fornita dalla residenza protetta è compito dell'Unità Valutativa distrettuale indicare la struttura residenziale più adeguata in risposta ai bisogni di salute dell'utente;
 - all'interno della residenzialità sociosanitaria solo in questa tipologia di struttura si permette di addebitare agli utenti quote aggiuntive rispetto a quelle stabilite;
 - la normativa riguardante i livelli essenziali di assistenza prevede che la quota sociale non possa superare il 50% della tariffa complessiva;
- Tutto ciò premesso il sottoscritto consigliere regionale

INTERROGA

il Presidente della Giunta per conoscere:

1. il dato quantitativo della riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013 considerata la corresponsione dei 33 euro di quota sanitaria rispetto ai 29,11 del 2012;
2. quali sono le particolari condizioni che permettono alle residenze protette di aumentare la quota a carico degli utenti fino al 25% passando da 33 a 41,25 euro;
3. cosa si intenda per "prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento" dell'allegato A2.

La risposta dell'assessore alla Salute, seduta Consiglio regionale 24 giugno 2014

Almerino MEZZOLANI. E' una interrogazione divisa in più punti, tre per l'esattezza.

Al **punto 1** il dato quantitativo della riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013 non è ancora disponibile perché solo il 13 dicembre 2013 - questa, Consigliere Binci, è una interrogazione datata - a seguito della sottoscrizione del verbale d'intesa con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil «sulle politiche di bilancio 2014 a sostegno del lavoro e della coesione sociale», recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 217/2014, si è deciso di dare seguito alle indicazioni riportate nell'Accordo sul percorso di riallineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente (2010-2013)" sottoscritto con le organizzazioni sindacali il 2 agosto 2010 e recepito lo stesso giorno con atto di Giunta n. 1230, modificandone però la tempistica. Infatti la conclusione del percorso di riallineamento veniva prolungato di un anno stabilendo che venissero assicurati 3.000.000 di euro per l'anno 2013 e 4.500.000 di euro per l'anno 2014, "al fine di procedere agli adempimenti necessari per garantire la compartecipazione sanitaria alle rette per accedere alle Residenze protette per anziani". Sono quindi in corso tutte le procedure di convenzionamento per il biennio 2013-2014 da parte dell'Asur che utilizzerà lo stesso modello approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 ad esclusione dell'allegato A.1 confermando per l'anno 2014 la tariffa giornaliera di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010 a fronte dei requisiti assistenziali di cui al regolamento regionale 1/2004 e della legge regionale 20/2002. Solo a conclusione di tale percorso l'Asur sarà nelle condizioni di comunicare esattamente il dato quantitativo richiesto relativo alla riduzione delle rette a carico degli utenti per l'anno 2013.

Per quanto riguarda **i punti 2 e 3** occorre riepilogare un po' la situazione come si è sviluppata dal 2006 ad oggi.

La quota aggiuntiva del 25% dei 33,00 euro (fino a 41,25 euro) veniva prevista all'art. 18 della deliberazione di Giunta regionale n. 704/2006 con la quale veniva approvato il "modello di convenzione per Residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA" il quale prevedeva che "rispetto alla retta giornaliera si permette una variazione contenuta in +/- 25% in relazione, alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità di carattere locali".

Tale indicazione viene ripresa nella deliberazione di Giunta regionale n. 1230/2010 relativa allo "schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente" sottoscritto con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil, il 2 agosto 2010, articolando il percorso di riallineamento tenendo conto delle tre classi di quota di compartecipazione del cittadino e cioè:

- a. strutture con quota di partecipazione del cittadino fino a 33 euro;
- b. strutture con quota di partecipazione del cittadino da 33 euro a 41,25 euro;

Osservatorio Marche, n. 27 del 30 giugno 2014

c. strutture con quota di partecipazione del cittadino superiore a 41,25 euro, concordando però, in quest'ultimo caso, in fase di stipula della convenzione, le modalità con cui graduare il rientro nel tetto di 33 euro, fatte salve eventuali indicazioni regionali su prestazioni aggiuntive fuori tariffa, comunque entro il tempo di riallineamento previsto.

Con l'approvazione del modello di convenzione tra Asur e residenze protette per anziani, successivo all'accordo del 2 agosto 2009, avvenuto con deliberazione di Giunta regionale n. 1729/2010, l'indicazione del possibile incremento della tariffa del +/- 25% è stata sostituita con l'inserimento nello schema, dell'allegato A.2 con il quale si prevede la possibilità di "Prestazioni aggiuntive, in quanto costituiscono intervento esclusivo di miglioramento del confort alberghiero" concedibili a "particolari condizioni" poi indicate con note e atti successivi:

1. devono essere erogate, e quindi contabilizzate, solo su richiesta formale dell'utente trattandosi di interventi esclusivi di miglioramento del confort alberghiero o di prestazioni fuori dai requisiti di accreditamento (secondo quello che è il decreto del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali n. 19/2012), prestazioni che sono quelle che non rientrano nella tabella delle Prestazioni assistenziali inserita nell'art. 14 della Convenzione;
2. non devono superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente (anche questo previsto dalla nota del Direttore del Dipartimento per la salute e per i servizi sociali al Direttore Asur del 23 febbraio 2011).

PRESIDENTE. Ha la parola, per dichiararsi soddisfatto o meno, il Consigliere Binci.

Massimo BINCI. Premetto che non sono soddisfatto della risposta dell'Assessore perché di fatto la risposta dimostra una cosa, che ancora non si è affrontato il governo delle residenze protette, delle case di riposo e delle Rsa.

Rispetto al dato quantitativo, cioè l'impegno della Regione di aumentare il minutaggio inserendo 3 milioni di euro per il 2013, e 4 milioni e cinquecentomila di euro per il 2014 e quanto questo abbia inciso sulla diminuzione delle rette per gli utenti, questo manca. L'unica cosa certa è che di fatto potrebbe anche essere stato un contributo di 3 milioni di euro alle residenze da parte della Regione senza nessun beneficio per gli utenti.

In merito alla seconda questione: a quali condizioni e come viene regolamentato il possibile aumento del 25%, l'Assessore ha elencato le classi di compartecipazione delle quote da parte degli utenti e di fatto per la classe c), quella che dai 41 euro può arrivare fino a 60, la certificazione delle prestazioni dovrebbe essere elencata in un allegato della Regione, non è possibile salvarsi l'anima dicendo che vengono erogate solo su richiesta formale dell'utente, cioè la Regione se ne lava le mani e dice "se qualcuno paga 60 euro è per le prestazioni accessorie che ha accettato di ricevere o ha richiesto di ricevere". Allora noi non sappiamo che i nostri anziani o le persone in difficoltà che devono andare presso le case di riposo, presso le residenze protette che non hanno i posti sufficienti rispetto alla domanda, non si tiene conto che siamo in una situazione in cui la domanda è superiore all'offerta e quindi chi è in difficoltà e non può essere seguito a casa e va presso una casa di riposo o una residenza protetta o una Rsa per chiedere di essere accolto, si sente dire: "C'è solo il posto a 60 euro, firma qui". E chi non ne può fare a meno, chi non è in grado di gestire una persona a casa deve semplicemente firmare e in quel caso non è una firma consapevole, è una firma obbligata. Cosa c'è da fare? Prima di tutto coprire gli oltre 1.500 posti che mancano rispetto alla richiesta di residenzialità in questi servizi socio sanitari e coprire con le convenzioni regionali tutte le richieste dei cittadini marchigiani che vanno presso le residenze protette o le residenze sanitarie.

Questo è quello che c'è da fare. Poi regolamentare le modalità con cui si possono dare servizi aggiuntivi. Ci deve essere una reale possibilità per l'utente di scegliere tra avere un servizio fino a 40 euro oppure avere la pedicure, avere la visita dello psicologo, avere servizi che poi neanche vengono dati. Sono messi solamente lì per aumentare la retta agli utenti obbligati a pagare se vogliono un posto.

L'altra questione ancora più importante da risolvere, ed è uno dei motivi per cui la sanità marchigiana è tra le meno trasparenti, è che non ci sono le liste di attesa. Nel momento in cui non ci sono le liste di attesa trasparenti, un cittadino che ha una persona anziana che non riesce a gestire e che deve assolutamente appoggiare presso una Rsa, deve, se vuole il posto, andare direttamente presso la residenza protetta o presso la Rsa, quindi tutta quella funzione che nella legge è prevista: l'unità di valutazione, spesso è inutile perché l'unità

di valutazione funziona solo per i posti convenzionati e i posti convenzionati non sono sufficienti al bisogno.

Bisogna aumentare questa capacità, aumentare la convenzione, rendere trasparenti e pubbliche le liste d'attesa perché questo dice la legge sulla trasparenza. E' una legge dello Stato e questo è necessario anche per i nostri ospedali e dopo affronteremo la questione delle liste d'attesa, ma l'uovo di Colombo delle liste d'attesa è che le liste d'attesa devono essere pubbliche, allora si vede dove si fermano, chi le fa fermare e chi viene favorito dal fatto che ci siano le liste d'attesa.

Allegato 2

REGIONE MARCHE GIUNTA REGIONALE

Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali

Il Direttore

23/02/2011

Al Direttore Generale ASUR
Dr. Piero Ciccarelli
Via Caduti del Lavoro, 40
60131 ANCONA

Oggetto: Residenze Protette per anziani non autosufficienti - nota esplicativa relativa all'applicazione della DGR 1729/10

Con l'approvazione del modello di convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale e residenze protette per anziani ha preso avvio il processo di allineamento delle tariffe delle residenze protette per anziani alla normativa vigente.

Nell'ultimo incontro con le organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo del 2 agosto scorso è stato definito un percorso attuativo le cui tappe fondamentali si riportano di seguito:

- Predisposizione da parte dell' ASUR, entro il 7.02.2011, del Piano di convenzionamento con l'elenco analitico delle strutture da convenzionare (comprensivo di importo economico attribuito a ciascuna struttura unitamente al n. dei posti convenzionati);
- Adozione da parte dell' ASUR del relativo atto deliberativo che recepisca la DGRM 1729/10 e apporvi il Piano di Convenzionamento e le schede riferite ad ogni singola struttura;
- Sottoscrizione, da parte delle Zone Territoriali, delle convenzioni con gli Enti gestori sulla base della delibera ASUR;
- Assunzione, da parte della direzione generale ASUR, di una determina complessiva per il recepimento di tutte le convenzioni.

Al fine di arrivare nel modo più veloce e preciso alla sottoscrizione delle convenzioni si riportano, di seguito, alcune brevi note esplicative emerse da un confronto con gli Enti gestori, pubblici e privati, utili ad una corretta ed omogenea interpretazione dello schema di convenzione da trasferire ai Direttori di Zona:

1. La convenzione ha validità dal 1/10/2010 al 31.12.2012 (art. 23); per gli anni successivi, si prevede sempre in convenzione, si procederà con atti separati. Dato che la sottoscrizione della stessa avverrà nel corso dell'anno 2011 l'indicazione è quella di mantenere inalterata la decorrenza e di applicare i benefici previsti da quella data in relazione al corrispettivo di euro 1.425.000 trasferiti all' ASUR con Decreto del Dirigente del servizio salute n. 50 del 28.12.2010. Atteso ciò le Zone Territoriali, successivamente alla sottoscrizione delle convenzioni, potranno procedere all'erogazione prevista per l'ammontare di € 4,82 pro capite pro die relativa agli ultimi mesi dell'anno 2010 a fronte del rimborso all'utente, o, in caso di decesso, ai loro eredi titolati richiedenti, della quota parte della retta a carico del cittadino effettivamente applicata e pagata dallo stesso nell' anno 2009, tenendo conto delle tre classi di quota di compartecipazione previste dalla DGR 1230 del 2/8/201. Il rimborso viene effettuato dall' ente gestore a seguito dell' avvenuto trasferimento allo stesso da parte dell' ASUR della quota parte di spettanza.

2. Le "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" sanitarie o socio-sanitarie sono quelle previste e regolamentate dal comma 6 dell' art. 14 del modello di convenzione ed evidenziate negli appositi allegati A1 e A2;

· Nel caso dell'allegato "A1" vanno riportate unicamente le prestazioni effettivamente erogate dall'Ente gestore nel caso siano aggiuntive rispetto a quelle indicate e finanziate per l'annualità in corso (alcuni enti gestori offrono già i 100' di assistenza). In questo caso è ammissibile solo la quantificazione

Osservatorio Marche, n. 27 del 30 giugno 2014

economica della differenza tra il minutaggio effettivamente offerto pro capite pro die (al massimo 100') e il minutaggio effettivamente pagato dal SSR per l'anno di riferimento. La tabella A1 quindi vale unicamente per il periodo complessivo di vigenza della convenzione e serve a verificare la quota effettiva (in caso di offerta superiore di assistenza rispetto a quella richiesta) ancora a carico del cittadino fino al raggiungimento dell'allineamento indicato nell'accordo sindacale del 2 agosto 2010. Si fa presente inoltre che non sono previste tra le "prestazioni assistenziali" quelle offerte da eventuali figure mediche messe a disposizione dalla struttura le quali non rientrano tra quelle richieste dal regolamento 1/04. L'assistenza medica va garantita dai MMG o dalla guardia medica o dal 118 già a carico del SSN. In sede di sottoscrizione dell'atto le modalità per garantire questo tipo di intervento vanno quindi esplicitate agli Enti gestori.

· Nel caso dell'allegato A2 vanno riportate le prestazioni aggiuntive di esclusivo miglioramento del confort alberghiero o prestazioni extra accreditamento o su richiesta del paziente. In questo caso va contrattato un tetto massimo che, nel caso dell'assistenza socio-sanitaria infermieristica e OSS non dovrà superare il 120' pro die pro capite trattandosi del livello massimo previsto, dal Regolamento 1/04 anche in caso di demenze. La quantificazione economica delle prestazioni aggiuntive inserite nell'allegato A2 non può superare un incremento del 50% della quota di partecipazione a carico del cittadino per l'anno corrente.

Cordiali saluti

Carmine Ruta

Per approfondire

- [Residenze protette anziani e quote sanitarie. La trepidazione regionale](#)
- [La vicenda delle quote sanitarie 2013 nelle residenze protette per anziani](#)
- [Quote sanitarie nelle residenze protette anziani. Le interpretazioni dell'ASUR](#)
- [Marche. Quanto si paga nelle residenze protette per anziani?](#)
- [Marche. Interrogazione su anziani non autosufficienti. Le imprecise risposte regionali](#)
- [Rette e tariffe delle RP anziani. L'ASP Grimani Buttari risponde al Difensore Civico](#)
- [Un commento sulla nuova Convenzione tra Asur Marche e residenze protette anziani](#)
- [Marche. Caparre per l'accesso alle strutture. Richiesta intervento normativo](#)
- [Marche. Interventi e servizi per anziani non autosufficienti. Analisi e proposte](#)