

9. I servizi residenziali ⁽¹⁾

Gianbattista Guerrini

9.1. Premessa

A partire dall'inizio del millennio i servizi residenziali per gli anziani della Regione Lombardia sono stati investiti da un profondo processo di trasformazione ben illustrato nel volume "Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo" (Guaita, 2005). Il grosso della produzione legislativa relativa al sistema socio-sanitario risale a questo periodo, compreso tra il 2000 ed il 2005; il quinquennio successivo, oggetto della nostra riflessione, si caratterizza come una fase di consolidamento di tale processo di trasformazione, culminato nella l.r. n. 3 del 12.3.2008 sul "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" e nella successiva Dgr n. 8496 del 26.11.2008 che, in attuazione delle indicazioni contenute in tale legge, contiene "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie".

La valutazione, che le pagine seguenti proporranno, delle politiche regionali relative ai servizi residenziali per gli anziani nel quinquennio 2005-2010 rappresenta pertanto l'occasione per un bilancio più completo dell'impatto della riforma lombarda sul sistema delle residenze e sui relativi bisogni della popolazione anziana. A questo fine, utilizzando i criteri valutativi comuni a tutto il libro introdotti nel capitolo 2, saranno presi in esame tanto gli obiettivi che il Governo regionale ha posto al centro della sua riforma quanto alcune dimensioni che chi scrive ritiene fondamentali.

⁽¹⁾ Ringrazio i colleghi Antonio Guaita, Silvano Lopez, Giovanni Gelmini, Anna Maria Scotuzzi. I funzionari della Regione Lombardia Cinzia Gagliardi, Sergio Rocca e Giuseppe Corsini. I responsabili dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa delle seguenti Asl: Bergamo (Giuseppina Frigeri), Brescia (Anna Nadalini), Como (Adriano Lunini), Cremona (Adriano Schiavi), Lecco (Enzo Turani), Lodi (Carolina Maffezzoni), Mantova (Elena Politano), Milano 1 (Silvano Lopez), Milano 2 (Antonio Colaianni), Sondrio (Lino Buratti), Valcamonica-Sebino (Pierangelo Troletti). I funzionari della FP Ggil Gloria Baraldi, Luciano Pedrazzani e Donatella Cagno.

9.2. Sviluppare la libertà di scelta

Il nuovo modello di welfare della Regione Lombardia assegna un rilievo particolare alla "libertà di scelta" dei destinatari dei servizi, la persona e la sua famiglia, che considera sempre meno "utenti" e sempre più "clienti". Riconoscendo ai cittadini, in una situazione in cui erogatori pubblici e privati competono ad armi pari, la possibilità di scegliere liberamente l'unità di offerta che più risponde alle loro esigenze, la Regione affida loro un'importante funzione di regolazione del "quasi mercato" della sanità e dei servizi, spostando decisamente dal versante dell'offerta a quello della domanda la centralità del sistema.

A questa opzione di fondo, introdotta in Sanità dalla legge 31 del 1997, fa riferimento nei servizi residenziali il superamento di quei meccanismi di regolazione in precedenza in capo all'Asl – l'autorizzazione rilasciata dalle Unità di Valutazione Geriatrica o "Multidimensionale" (Uvg/Uvm) e la definizione di una graduatoria tramite liste d'attesa centralizzate per distretto – in precedenza preposti ai ricoveri in Rsa; l'ammissione ad una residenza è ora affidata alla contrattazione privata tra l'utente (l'anziano e la sua famiglia) ed il gestore, senza alcun intervento del servizio pubblico e senza che tale ammissione sia collegata alla valutazione del bisogno così come si verifica – pur con risultati contrastanti – nelle altre Regioni italiane (Guaita, 2009).

Una simile impostazione è stata indubbiamente favorita dalla deriva burocratica di non poche Uvg, che alla valutazione multidimensionale della persona e del suo ambiente avevano sostituito una pratica di mera autorizzazione amministrativa all'ammissione ai servizi (spesso basata sulla valutazione "delle carte" anziché della persona).

La cancellazione delle Uvg ha però comportato, al tempo stesso, la rinuncia alla funzione di "consulenza", di orientamento e di accompagnamento nella rete dei servizi che un'efficace unità di valutazione può e deve garantire (Guerrini, 2001; Guaita, 2009): soprattutto ad un'utenza "debole" come l'anziano non autosufficiente e come una famiglia traumatizzata dalla drammaticità di una disabilità "catastrofica" o logorata da una prolungata assistenza a casa. E non pare che il "segretariato sociale" che i Comuni sono tenuti ad organizzare, d'intesa con le Asl, a norma della legge 12.3.2008 n. 3, sia in grado di sostituire tale valutazione multiprofessionale e multidimensionale (si tratta fondamentalmente di sportelli di orientamento e di informazione sulle modalità di accesso alle diverse unità di offerta e sui relativi costi), se non ripristinando nei fatti ciò che era stato formalmente abolito.

Inoltre l'accesso diretto dell'utenza alle Rsa fa sì che i Comuni "si vedono inoltrare, dai familiari o direttamente dai gestori delle Rsa, domande di integrazione del pagamento della retta di persone già ricoverate", senza aver avuto "la possibilità di valutare l'appropriatezza del ricovero" né "l'opportunità di proporre eventuali interventi alternativi" (Irer, 2009).

In realtà, l'effettiva espressione della libertà di scelta è limitata da due ordini di fattori:

– in primo luogo dalla carenza di posti letto e dal divario tra la domanda e l'offerta di residenzialità;

– in secondo luogo dalla difficoltà, per utenti con grave compromissione psico-fisica e per le loro famiglie, di valutare in modo realistico la complessità della situazione, di individuare le risposte più adeguate ai propri bisogni di assistenza e cura e di muoversi autonomamente nel difficile sistema dei servizi socio-sanitari.

La disponibilità di posti letto nelle Rsa lombarde, pur nettamente superiore a quella delle altre Regioni, è oggi del 10% inferiore a quella indicata dal Pssr del 2002 (6.3 anziché 7 posti letto ogni 100 anziani ultrasettantacinquenni); se a ciò aggiungiamo le trasformazioni che hanno investito la famiglia e la carenza di servizi domiciliari (quando ne paragoniamo le dimensioni a quelle di altre realtà europee simili alla Lombardia per livello di sviluppo socio-economico) non stupisce il divario tra la domanda e l'offerta di posti letto, nonostante il largo impiego a domicilio di personale di assistenza privato (le cosiddette badanti) ⁽²⁾.

Ne sono conferma l'elevato numero di persone inserite nelle liste d'attesa, il lungo periodo di tempo che separa l'inserimento in lista dall'effettiva ammissione ⁽³⁾ e la disponibilità delle famiglie ad accollarsi gli oneri nettamente maggiori tanto delle Rsa a gestione privata (profit) quanto dei posti letto autorizzati e non accreditati ⁽⁴⁾. Per quanto poi riguarda l'effettiva capacità dell'utenza di orientarsi nella rete dei servizi è importante osservare come la valutazione da parte di un'équipe multiprofessionale e l'eventuale organizzazione di liste d'attesa centralizzate, oltre a consentire alle Asl il controllo sulle ammissioni e a garantire l'accesso prioritario alle persone in condizioni di maggior bisogno ⁽⁵⁾, avesse – ed abbia

⁽²⁾ Il numero preciso di assistenti familiari ("badanti") in Lombardia non è facile da calcolare, anche perché rimane elevata la percentuale di badanti clandestine. Uno studio condotto da Mesini, Pasquinelli e Rusmini nel 2006 calcolava in 126.000 le assistenti familiari a pagamento, il 18.2% del personale privato di cura presente nel Paese, 7 badanti per ogni 100 anziani residenti nella nostra Regione.

⁽³⁾ A fronte di 34,2 persone in lista d'attesa ogni 100 posti letto il turn-over registrato nei 54.545 posti letto accreditati della Regione Lombardia (Rocca, 2009) è, nel 2007, del 35,6%.

⁽⁴⁾ Da un'indagine condotta con i responsabili Asl dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa (vedi Appendice A, in www.lombardiasociale.it) emerge che il tasso di occupazione delle Rsa a gestione profit è inferiore al 90% in una sola delle Asl in cui sono presenti tali realtà (9 su 11); analogamente i posti letto autorizzati e non accreditati hanno un'occupazione superiore al 75% in 9 Asl su 11. Commentando una ricerca condotta nella provincia di Milano (Facchini, 2003), Facchini e Guaita (2004) segnalano del resto una maggior disponibilità di accoglienza e parallelamente un aumento del turn-over degli ospiti "presso le strutture più costose e più grandi, che così possono venir scelte non in via definitiva, ma come soluzione "tampone" perché immediata, in attesa di una soluzione migliore: il ritorno dell'anziano al domicilio con assistenza a pagamento ... oppure l'ingresso in una struttura meno costosa".

⁽⁵⁾ Questa esigenza era particolarmente avvertita quando le classi di utenza (e di contribuzio-

– proprio la funzione di aiutare l’utente e la famiglia non solo ad individuare più facilmente la disponibilità di un posto letto, evitando loro di sobbarcarsi una molteplicità di contatti con i diversi gestori (ognuno dei quali chiede la compilazione di differenti domande di ammissione) ⁽⁶⁾, ma anche ad affrontare con soluzioni alternative l’attesa del ricovero.

Sembra significativo il fatto che, mentre la maggior parte delle Asl ha rinunciato al governo degli accessi e gli utenti contrattano direttamente il loro ingresso con le Rsa, liste d’attesa centralizzate siano tuttora in funzione nelle Asl di Cremona e di Brescia (rispettivamente su tutto il territorio ed in 8 distretti su 12), e in 2 distretti dell’Asl di Bergamo ⁽⁷⁾. Mentre per l’Asl di Brescia si tratta di liste gestite ancora dall’Asl in collaborazione con gli Enti gestori (ma nel distretto che comprende il capoluogo sta nascendo proprio in questi mesi sulla base di un’intesa tra il Comune e gli Enti di maggiori dimensioni), a Bergamo e Cremona l’iniziativa è nata nell’ambito dei “tavoli” del Piano di zona, evidentemente interpreti del gradimento tanto degli utenti che degli Enti gestori (realtà entrambe rappresentate a questi “tavoli”).

9.3. Diffondere il “quasi mercato”

Da ormai quasi 15 anni le politiche socio-sanitarie della Regione Lombardia perseguono con coerenza il superamento di quel modello di “stato sociale” fortemente accentrato e governato che ne aveva caratterizzato la produzione normativa nel decennio precedente e l’introduzione nel sistema socio-sanitario del “quasi mercato” quale motore dell’aumento di efficacia ed efficienza del sistema stesso, grazie alla “presenza di diversi erogatori – accreditati dall’ente pubblico – che competono tra loro per attrarre l’utente, libero di scegliere quello che preferisce” (Gori, 2005). La rinuncia delle Asl ad ogni ruolo di gestione diretta dei servizi (all’Asl restano in capo solo compiti di programmazione, di acquisto delle prestazioni e di controllo *ex post*), l’equiparazione delle strutture pubbliche – a loro volta trasformate in aziende – con quelle private e la competizione dei diversi soggetti pubblici e privati nell’ambito di regole comuni rappresentano per la Regione la strada per superare le inefficienze del pubblico e per liberare le energie presenti nel tessuto sociale.

ne) erano solo 2 (Nap e Nat); l’attuale sistema Sosia riduce il rischio di una selezione “opportunistica” dell’utenza, agevolando al contrario l’accoglienza di persone con maggiori esigenze assistenziali, appartenente a classi Sosia meglio remunerate.

⁽⁶⁾ D’altra parte proprio la carenza di posti letto induce gli anziani e le loro famiglie a “moltiplicare” le richieste di ricovero per aumentare le chance di inserimento; a titolo esemplificativo, nella rilevazione delle liste d’attesa effettuata dall’Asl di Brescia nel settembre 2009 emerge che ogni persona presenta in media la domanda in 2.8 residenze (Asl Brescia, 2009).

⁽⁷⁾ Vedi Appendice A (in www.lombardiasociale.it).

A questo indirizzo politico risponde la rinuncia da parte dell'Asl (ne abbiamo accennato nel paragrafo precedente) alla regolazione degli accessi alle Rsa, sostituita dal controllo *ex post* dell'appropriatezza del ricovero con la verifica del corretto inserimento dell'utente in una delle classi Sosia (vedi oltre). Alla liberalizzazione del mercato mirano anche il superamento del valore vincolante dell'indice di fabbisogno di posti letto e la separazione dell'autorizzazione al funzionamento dall'accreditamento. Tutti i soggetti cioè, a prescindere dall'effettivo bisogno di posti letto, possono realizzare strutture residenziali ed ottenere dall'Asl l'autorizzazione al funzionamento se rispettano i requisiti strutturali e gestionali previsti dalla normativa. La Regione riserva a sé la possibilità di procedere all'accreditamento di nuovi posti letto, in rapporto agli indici di fabbisogno declinati su base Asl (e non più distrettuale) e soprattutto alle risorse economiche disponibili; le Asl sono chiamate a stipulare con gli enti gestori di servizi accreditati un contratto che li vincola al rispetto dei requisiti per l'accreditamento e alla restituzione di un debito informativo, pena la risoluzione del contratto stesso.

Sulla base di tale impostazione è stato possibile realizzare nuove residenze (spesso a gestione privata "for profit") anche in Asl già dotate di un adeguato numero di posti letto rispetto agli standard programmatori. In prospettiva la non corrispondenza tra autorizzazione al funzionamento ed accreditamento dovrebbe rappresentare uno stimolo alla competizione tra le diverse Rsa nell'accesso a risorse limitate, con un possibile vantaggio per l'utenza in termini di costi e di qualità del servizio.

9.3.1. *La regolazione del sistema e il controllo di qualità*

Nel secondo quinquennio della "riforma del welfare lombardo" la Regione ha ritenuto di precisare meglio, ampliandole, le modalità di verifica e controllo sul sistema delle Rsa.

A questo obiettivo risponde la Dgr 26.11.2008 n. 8/8496 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio-sanitarie" in applicazione delle l.r. 3/2008.

I punti salienti di tale Dgr, che rappresenta anche uno strumento di riordino di normative già in parte emanate, sono:

- la possibilità per un soggetto gestore di avviare un'attività previa presentazione di una denuncia d'inizio attività (Dia), che viene a sostituire l'autorizzazione al funzionamento. L'attività di una nuova unità d'offerta a carattere residenziale (e semiresidenziale) può "essere avviata trascorsi 30 giorni dalla decorrenza della Dia", termine entro il quale devono essere effettuati il sopralluogo di vigilanza e la verifica dei requisiti;

- la permanenza in capo alla Regione delle competenze in merito all'accreditamento istituzionale, "presupposto necessario per poter accedere al contratto e, quindi, per ottenere la remunerazione delle prestazioni da parte del sistema socio-sanitario";

– la definizione di un testo tipo di contratto tra l’Ente gestore e l’Asl, che vincola in particolare l’Ente gestore al rispetto delle indicazioni della l.r. 3/2008 ⁽⁸⁾;

– l’enunciazione analitica dei compiti della vigilanza, chiamata a verificare oltre agli aspetti amministrativi ed al possesso dei requisiti strutturali e gestionali le modalità organizzative messe in campo dall’ente gestore (Contratto d’ingresso, Piano di Assistenza Individuale, Fascicolo Socio-Sanitario, linee guida e protocolli, customer satisfaction);

– l’organizzazione ed il contenuto dell’attività di controllo dell’appropriatezza delle prestazioni.

Con questa delibera la Regione da una parte conferma il suo orientamento – da valutare in modo globalmente positivo – a semplificare le procedure per l’inizio di nuove attività; dall’altra sembra perseguire un più stringente controllo non solo sul possesso dei requisiti e sulla congruenza dell’assegnazione degli ospiti alle classi Sosia, ma anche sulla qualità complessiva del servizio erogato dalle residenze. Alle Rsa viene chiesta una particolare attenzione al coinvolgimento dell’utente e dei suoi familiari (contratto d’ingresso, Pai, customer satisfaction). A loro volta le Asl, nel definire il campionamento degli ospiti per le verifiche di appropriatezza delle prestazioni erogate, sono sollecitate ad utilizzare indicatori di rischio riferiti non solo ai processi assistenziali (quale l’utilizzo di strumenti di protezione e tutela) ma soprattutto agli esiti (come il rapporto tra la percentuale di decessi e il livello di “fragilità” dei ricoverati, o la prevalenza di cadute e di piaghe da decubito). Si tratta di uno sforzo lodevole da parte della Regione, date le difficoltà che pone la valutazione della qualità effettiva dell’assistenza erogata in un presidio di degenza continuativa come le Rsa ⁽⁹⁾ e l’insufficiente corrispondenza tra la qualità “tecnica” e la

⁽⁸⁾ In particolare il contratto, nel precisare gli obblighi dell’ente gestore, insiste su due aspetti: assicurare l’appropriatezza del ricovero in raccordo con la rete dei servizi (“rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni stabiliti a livello locale”; “informare le persone e le famiglie ... sulla possibilità di accedere ad altre unità d’offerta accreditate”; “assicurare che la presa in carico della persona assistita avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all’Asl ed al Comune”; “informare il competente ufficio dell’Asl ... qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno”) e coinvolgere attivamente l’assistito ed i suoi familiari (“prendere in carico l’assistito in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza”; “fornire all’assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno”; “assicurare la presenza dei familiari ... e ... la costante informazione sulle condizioni degli assistiti e sulla assistenza praticata”; “informare le persone e le famiglie ... sulle modalità per esprimere il consenso informato”).

⁽⁹⁾ La stessa presenza di eventi “sentinella” quali le cadute e le piaghe da decubito debbono peraltro essere rapportate alla tipologia degli ospiti ed all’evoluzione nel tempo delle loro condizioni cliniche, che molto difficilmente possono essere riassunte, come si vedrà in seguito, da uno strumento di valutazione sintetico come il Sosia. Lo stesso sistema “compare” (www.medicare.gov/nhcompare/), utilizzato da Medicare negli Stati Uniti, che valuta come esito lo scostamento di questi eventi da uno standard previsto sulla base di una media rilevata, appare difficilmente applicabile in una realtà come quella lombarda caratterizzata prevalentemente da strutture di piccole dimensioni, nelle quali anche pochi casi possono spostare la percentuale in modo significativo.

qualità “percepita” rilevabile attraverso la verifica della soddisfazione degli utenti (Tanese *et al.*, 2003).

Sempre a proposito della promozione della qualità, alcune novità emergono dalle più recenti deliberazioni relative alla “remunerazione della qualità aggiunta” delle Residenze. Innanzitutto il “premio qualità” non viene più subordinato all’entità della retta di degenza (si premiano solo le Rsa con le rette più basse); vengono inoltre valorizzati parametri di qualità legati alla struttura, all’amministrazione ed alla gestione (tra questi ultimi anche il basso turn over del personale e la presenza di figure dell’area sanitaria) ma anche progetti innovativi di assistenza, relativi in particolare all’assistenza ai dementi, alla gestione del lutto, alla continuità assistenziale e al miglioramento degli aspetti relazionali.

9.4. Valorizzare il Terzo Settore

Nel comparto delle residenze per anziani la forte valorizzazione del Terzo Settore era già stata realizzata con la legge di riforma delle Ipab del 2003 che aveva favorito la trasformazione della quasi totalità di questi soggetti di diritto pubblico in Fondazioni di diritto privato, mentre solo una ventina di Ipab optava per l’Azienda di Servizi alla Persona (Asp) di diritto pubblico.

Tabella 9.1 - Natura giuridica degli Enti gestori delle Rsa nel 2001, 2004 e 2010 (per i dati 2001 e 2004: Guaita, 2005; per i dati 2010 (marzo), Regione Lombardia, DG Famiglia)

Ente gestore	2001		2004		2010	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ipab	239	46.1	2	0.3		
Asp	1	0.2	24	4.2	20	3.1
Asl	2	0.4	3	0.5	2	0.3
azienda speciale ente locale	3	0.6	5	0.9	17	2.6
comunale	59	11.4	54	9.4	30	4.6
consorzio di enti locali	2	0.4	2	0.3	1	0.1
srl – spa socio pubblico			2	0.3	4	0.8
Totale pubblico	306	59.1	92	15.9	74	11.5
ente ecclesiastico	83	16.0	79	13.7	46	7.1
ente morale di diritto privato	7	1.8	9	1.6	27	4.2
fondazione	47	9.1	271	46.9	286	44.4
associazione	11	2.1	16	2.8	21	3.3
cooperativa	37	7.0	62	10.7	95	13.2
<i>Totale privato non profit</i>	185	35.7	437	75.7	465	72.2
impresa individuale			1	0.2	5	0.8
srl	27	5.2	48	8.3	81	12.6
società consortile – sas – spa					19	2.9
<i>Totale privato for profit</i>	27	5.2	49	8.5	105	16.3
Totale privato	212	40.9	486	84.1	570	88.5
TOTALE	518	100	578	100	644	100

Dall'inizio della legislatura al 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si riduceva pertanto dal 59.1% al 15.9%. Al marzo del 2010 si assiste ad un'ulteriore riduzione dei gestori pubblici, che rappresentano solo l'11.5% del totale; aumenta in modo significativo il numero di Rsa gestite da cooperative sociali (che raddoppia percentualmente, dal 7.1% al 14.7% dal 2001 al 2010) e soprattutto da società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo (dal 5.2% al 16.3% del totale) (tabella 9.1).

È interessante rilevare come al marzo 2010 siano 21 i soggetti gestori riconosciuti dalla Regione come "ente unico", in quanto gestori di più Rsa. Tra questi i soggetti privati profit ammontano a 5, per un totale di 17 Rsa gestite (con complessivi 1.765 posti letto).

Questi dati mostrano come nel corso del primo decennio del 2000 la riduzione della presenza pubblica nel settore socio-sanitario si sia accompagnata al deciso sviluppo del Terzo Settore ed alla crescita di un comparto, il privato for profit, fino a pochi anni fa assolutamente minoritario, a sua volta orientato a modelli operativi pluricentrici. Anche nel settore delle residenze per anziani sembrano in atto dinamiche simili a quelle che hanno investito la sanità lombarda, che ne stanno modificando radicalmente l'assetto complessivo, basato su strutture di piccole dimensioni (il 41% delle Rsa lombarde non supera i 60 posti letto; altrettante hanno una dimensione compresa tra 60 e 120) (Rocca, 2009) amministrate da una molteplicità di singoli enti gestori a forte radicamento locale. In direzione di un riassetto quanto meno gestionale spingono anche le difficoltà di natura economica di un comparto che per quasi due decenni aveva goduto di un costante adeguamento dei finanziamenti regionali. Alla riduzione reale dei trasferimenti regionali negli ultimi anni (tabella 9.2) fanno infatti riscontro una dinamica costante di incremento dei costi e l'impossibilità per le residenze di aumentare ulteriormente le rette di degenza in una situazione di ristrettezze economiche che colpiscono non solo le famiglie ma anche i Comuni. Grava sulle Rsa l'impegno dell'adeguamento ai requisiti strutturali, che ha comportato per molti enti gestori la rinuncia a buona parte del patrimonio e per le Fondazioni ex Ipab, ormai tenute ad una contabilità di natura privatistica, la necessità di esporne i costi a bilancio come quote di ammortamento, con una ricaduta diretta sull'importo della retta. Vanno inoltre crescendo gli oneri connessi all'osservanza di una normativa sempre più complessa (basta pensare alle problematiche relative alla sicurezza, alla privacy, alla qualità, ma anche al rispetto del debito informativo, al Crs-Siss, ...) che impone un potenziamento della struttura amministrativa o il ricorso a consulenze esterne. L'aumento medio dei contributi regionali, tenendo conto della distribuzione degli utenti nelle diverse classi Sosia (Rocca, 2009), è del 3,08% mentre la variazione dell'indice dei prezzi è stata, nel periodo considerato, dell'11.92% (Istat, 2010) (tab. 9.2).

Tabella 9.2 - Finanziamenti regionali (in €) per classe di Sosia (2003-2009) e distribuzione per classi di Sosia (anno 2007) del totale dei residenti delle Rsa lombarde.

	Alzh.	Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8
2003	52,00	47,50	43,50	37,50	33,50	37,00	33,00	27,00	23,00
2009	52,00	47,50	45,30	39,10	35,00	38,60	34,50	28,80	24,70
var. %	-	-	+ 4,14	+4,27	+ 4,48	+ 4,32	+ 4,54	+6,67	+7,39
Cl. / tot %	3,10	27,20	1,85	32,34	2,90	6,01	2,02	19,59	6,99

Alla luce di queste considerazioni non stupisce il dato fornito da un report dell'UO Accreditamento e Qualità della DG Famiglia e Solidarietà Sociale (Rocca, 2009), secondo il quale il 52.3% delle 614 strutture censite nel 2007 chiude il bilancio con un disavanzo; semmai può sorprendere che, ad onta dei modelli economici che collocano tra 60 e 120 le dimensioni ottimali di una struttura, il problema appaia interessare le Rsa di grandi dimensioni più di quelle piccole (tabella 9.3). In mancanza di dati che permettano di incrociare le dimensioni delle Rsa con la loro natura giuridica si possono solo avanzare alcune ipotesi sui motivi di una simile situazione. Mentre per le strutture di grosse dimensioni possono giocare negativamente una struttura amministrativa troppo pesante e/o il costo del lavoro di una mano d'opera più tutelata sindacalmente, la maggior capacità delle strutture più piccole di mantenere l'equilibrio di bilancio potrebbe essere favorita da un ruolo più attivo del volontariato (gli stessi amministratori si fanno spesso carico di compiti operativi) e da un più forte radicamento nella realtà locale, che favorisce l'accesso a donazioni da parte di privati e a contributi economici da parte dei Comuni.

Tabella 9.3 - Distribuzione delle Rsa della Regione Lombardia per risultato della gestione 2007 e dimensioni della struttura (da Rocca, 2009, modif.)

Risultato di gestione	< 60 p. l.		61-120 p. l.		> 120 p. l.		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Utile	119	47,6	124	37,6	13	38,3	256	41,7
Pareggio	18	7,2	18	5,4	1	2,9	37	6,0
Disavanzo	113	45,2	188	57,0	20	58,8	321	52,3
TOTALE	250	100	330	100	34	100	614	100

Lo sforzo di contenere i costi del servizio accomuna comunque tutti gli Enti gestori: e se si considera che le pur auspicabili economie di scala derivanti da eventuali operazioni di fusione o di cooperazione tra le Fondazioni in grado di aumentarne le capacità operative e gestionali (Giorgi, 2008) hanno un'efficacia molto limitata in servizi il cui costo è legato per il 70-80% alla spesa per il personale (Brizioli e Trabucchi, 2009), le manovre di risparmio finiscono per concentrarsi sul fattore lavoro, attraverso la rigorosa razionalizzazione delle risorse umane, l'utilizzo di contratti di lavoro meno onerosi o l'affidamento a cooperative sociali, da parte di Fondazioni ex Ipb,

della gestione di “rami d’azienda” o di tutto il servizio (vedi oltre). Operazioni che confermano la tendenza ad accentuare il peso nel settore socio-sanitario delle realtà della cooperazione e del privato commerciale. Così come potrebbe diventare strategica, in prospettiva, la possibilità di sostenere una congiuntura negativa in forza di una capacità finanziaria propria di realtà commerciali più solide e diversificate.

Sulla base di queste considerazioni l’ulteriore valorizzazione del Terzo Settore, obiettivo ripetutamente affermato dalla Regione e già decisamente realizzato con la trasformazione delle Ipab in Fondazioni di diritto privato, appare per lo più “strumentale” al contenimento dei costi, mentre si profila un protagonismo crescente del privato for profit che non può non destare perplessità proprio alla luce del difficile equilibrio economico delle Residenze, che sembra consentire adeguati margini al profitto solo a prezzo di un contenimento del costo del servizio difficilmente compatibile con la sua qualità e/o di un incremento delle rette insostenibile per la maggior parte delle famiglie.

9.5. Sostenere la famiglia

Il sostegno alla famiglia e la sua valorizzazione come soggetto attivo, che rappresentano la declinazione principale del principio di sussidiarietà alla base delle politiche sociali della Regione Lombardia nell’ultimo quindicennio, trovano costante espressione anche nella normativa relativa alle Rsa.

Già abbiamo accennato al riconoscimento della libertà per la persona e per la sua famiglia di scegliere autonomamente la struttura di ricovero, con l’unico vincolo del rispetto del “requisito dell’appropriatezza delle prestazioni” (l.r. 3/2008). Proprio quest’ultima legge sul governo della rete, nel riaffermare la famiglia tra i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete stessa, ne amplia ulteriormente il ruolo sottolineando tra i “diritti della persona e della famiglia” quelli di “essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti” ed impegnando le unità d’offerta ad assicurare “la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate”.

Si tratta, indubbiamente, di un importante richiamo alla necessità per le residenze che accolgono persone non autosufficienti di coinvolgere nei progetti di cura anche i familiari, in un’alleanza terapeutica che, sia pure con difficoltà, è da tempo perseguita dalle realtà culturalmente più dinamiche. Una sollecitazione che va nella stessa direzione dell’obbligo per le residenze, già previsto dalla precedente normativa regionale, di assicurare agli utenti ed alle loro famiglie un’adeguata informazione (carta dei servizi, contratto d’ingresso), di rilevare periodicamente la loro valutazione sul servizio erogato (*customer satisfaction*) e di garantire l’accesso alla struttura su un arco orario molto ampio (dalle 8 alle 20): un’apertura molto gradita ai familiari che valorizza peraltro la validità anche terapeutica della presenza accanto al pa-

ziente di una persona cara, validità dimostrata, in ambiente geriatrico, perfino in servizi di terapia intensiva ⁽¹⁰⁾.

Proprio in questa capacità delle residenze di rappresentare per la famiglia un sostegno anziché una controparte si gioca, d'altronde, una delle sfide principali della qualità del servizio.

È importante ricordare come per lo più i familiari giungano al momento del ricovero già molto provati dal precedente impegno assistenziale e dai conflitti (inter- ed intra-individuali) che accompagnano la scelta dell'istituzionalizzazione. La progressiva fragilità delle persone ricoverate nelle Rsa accentua inoltre nel familiare l'angoscia ed il senso di colpa che egli avverte nell'affidare (abbandonare?) il proprio congiunto a persone estranee, ad una situazione nella quale non è riproducibile il modello di assistenza personalizzata che viveva a domicilio; chi approda a queste strutture ha difficoltà a comprendere e ad accettare la razionalità (quando c'è!) dei modelli organizzativi che le reggono, guarda con diffidenza all'alternarsi quotidiano del personale turnista, teme – o avverte – la precarietà dei sistemi reali di comunicazione. Se a tutto questo aggiungiamo il crescente impegno economico che il ricovero richiede alle famiglie si comprende facilmente il costante aumento delle loro richieste (delle pretese) segnalato da molti operatori ⁽¹¹⁾ e l'importanza di un percorso che assuma come obiettivo l'alleanza terapeutica tra la residenza e la famiglia ⁽¹²⁾.

Il sostegno concreto alle famiglie dovrebbe però prevedere, oltre alla prescrizione di "buone pratiche" ed al controllo della loro attuazione, anche un intervento economico della Regione atto a contrastare il costante aumento nel tempo delle rette di ricovero.

In questi anni, in mancanza di un adeguamento dei contributi regionali (tabella 2), ai crescenti costi del servizio è corrisposto infatti un continuo aumento delle rette delle Rsa, giunte ormai a livelli difficilmente sostenibili per molte famiglie. Dal 2001 al 2007 la retta media ponderata delle Rsa lombarde passa da 39,99 euro (Guaita, 2005) a 51,28 euro (Rocca, 2009), con un aumento del 28,2% (tabella 4). Nello stesso periodo 2001-2007 l'aumento della tariffa media erogata dalla Regione, al netto

⁽¹⁰⁾ Un lavoro condotto dal gruppo di Marchionni (Fumagalli *et al.*, 2006) su 226 pazienti anziani di un'unità coronarica ha dimostrato che la liberalizzazione delle visite dei parenti non solo non ha comportato per i pazienti un aumento delle infezioni ma ne ha anche ridotto significativamente le complicanze cardio-vascolari, probabilmente grazie alla netta riduzione dello stato ansioso connesso al ricovero.

⁽¹¹⁾ Non è solo questa modalità "rivendicativa" a rendere complesso il rapporto tra la famiglia e l'équipe di assistenza; altrettanto problematiche sono la "delega totale" alla struttura di tutte le decisioni e di tutti i problemi, anche i più banali, o, al contrario, l'esplicita o implicita richiesta alla residenza di farsi carico dell'intero nucleo familiare "in difficoltà".

⁽¹²⁾ Proprio la capacità di coinvolgere effettivamente la famiglia rappresenta, a parere dei responsabili Asl dei servizi di vigilanza e controllo sulle Rsa (vedi nota 3), una criticità del sistema delle Rsa (appendice A).

del premio qualità, è solo del 15.2% ⁽¹³⁾, da 34,17 euro a 39,36 euro (40,01 euro se si comprende il premio qualità).

Tabella 9.4 - Tariffe regionali (al netto del premio qualità) e rette medie delle Rsa lombarde negli anni 2001, 2004 e 2007 (Guaita, 2005; Rocca, 2009)

	2001	2004	04 su 01	2007	07 su 04	07 su 01
Tariffe	34,17	36,61	+ 7,1%	39,36	+ 7,5%	+ 15,2%
Rette	39,99	45,46	+ 13,7%	51,28	+ 12,8%	+ 28,2%

Dal 2007 al 2009 non si registra alcun aumento né delle tariffe Sosia né dell'ammontare complessivo del premio qualità, mentre le rette medie ponderate raggiungono, nel primo semestre del 2009, i 54,87 euro.

È importante ricordare che la normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza (d.P.C.M. 29.11.2001) prevede per le "forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del Ssn". Sulla base dei dati sopra riportati la partecipazione ai costi da parte del fondo sanitario regionale sarebbe in realtà – al 2009 – di poco superiore al 40% (41.8%). Si potrebbe obiettare che tale norma fa "riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi degli standard regionali" e che la grande maggioranza delle Rsa lombarde operano con livelli assistenziali superiori a quelli minimi indicati dalla Regione (vedi paragrafo 9.6). Ma proprio il riscontro che la quasi totalità delle residenze supera gli standard minimi prescritti non solo sta ad indicare, come si argomenterà in seguito, l'inadeguatezza di tali standard in relazione ai bisogni dell'utenza, ma autorizza la richiesta alla Regione di un adeguamento delle tariffe che consenta di ridurre la percentuale dei costi oggi a carico delle famiglie.

A sostegno delle famiglie si muove anche la normativa più recente sull'accoglienza in Rsa dei pazienti in stato vegetativo persistente (Svp) e affetti da malattia del motoneurone (in particolare da Sclerosi Laterale Amiotrofica), che pone a carico del servizio sanitario regionale l'intero onere dell'assistenza. Anche in questo caso si tratta di norme che, pur con alcune ambiguità (un regime transitorio piuttosto complesso nel caso degli Svp), hanno offerto una risposta concreta a problemi di particolare rilievo sia per gli utenti che per gli enti gestori, anche se hanno messo in luce alcuni limiti (quali, ad esempio, la gestione in regime di ricovero definitivo di pazienti affetti da altre patologie neuro-degenerative di analogo impegno assistenziale) che la Regione era impegnata ad approfondire nella legislatura regionale appena conclusa grazie ad appositi gruppi di studio.

⁽¹³⁾ A determinare questo aumento contribuiscono, oltre all'incremento delle tariffe Sosia che, come si è visto, è più contenuto, il cambiamento nel tempo del mix degli utenti e il superamento graduale delle classi Nat e Nap (la cui tariffa era globalmente inferiore alla media delle tariffe delle classi Sosia corrispondenti).

9.6. Effetti sugli utenti

Si è cercato fino ad ora di verificare l'effettiva capacità della "riforma lombarda" di realizzare gli obiettivi che ne erano alla base. Ma è possibile valutarne le ricadute sulla qualità della vita e sulla salute degli utenti del sistema?

Tra i meriti delle politiche sociali lombarde deve essere senz'altro annoverato l'aumento del numero di posti letto disponibili sul territorio regionale: aumento che, in un periodo di difficoltà economiche ed in un quadro nazionale di stabilità della disponibilità di posti letto, pur non riuscendo a tenere il passo con l'aumento degli ultrasessantacinquenni, è quanto meno riuscito a garantire agli anziani lombardi un indice di dotazione nettamente superiore a quello nazionale ⁽¹⁴⁾.

Un altro elemento positivo è rappresentato dal significativo e generalizzato miglioramento della qualità residenziale ed alberghiera delle Rsa. Oggi più dell'80% delle residenze lombarde (tabella 9.5) ha completato il percorso di adeguamento ai requisiti necessari per ottenere l'accreditamento ed è in possesso di standard strutturali (nuclei funzionali di dimensioni contenute, dotati di tutti i servizi; camere ad 1 o 2 letti con bagno contiguo; servizi sanitari e aree di soggiorno e socializzazione di nucleo e comuni; adeguate dotazioni tecnologiche) meglio rispondenti tanto alle necessità assistenziali quanto alla richiesta di qualità alberghiera dell'utenza.

Tabella 9.5 - Piani di adeguamento strutturale delle Rsa; confronto tra l'anno 2003 e l'anno 2010

	totale p.l.	Rsa accreditate		Rsa a norma		p.l. a norma		p.l. non a norma	
		n.	n.	n.	%	n.	%	n.	%
dicembre 2003	49.176	564	200	35,5	16.825	34,2	32.351	65,8	
gennaio 2010	56.420	647	523	80,8	45.890	81,3	10.530	18,7	
diff. 2010/2003	+ 7.244	+ 83	+ 323		+ 20.065		- 21.821		

Non è disponibile un analogo confronto dell'andamento nel tempo degli standard gestionali. I dati relativi all'anno 2007 forniti dalla Regione (Rocca, 2009) evidenziano però che a fronte dei 901 minuti settimanali per ospiti prescritti come standard assistenziale minimo le Rsa lombarde garantiscono in media 1.110,9 minuti (+ 23,3%). Se si confrontano i minuti settimanali di assistenza erogati ad ogni ospite con lo standard che era stato prescritto dalla Dgr 7/7453 del 2001 (poi superata dalla citata Dgr 7/12618 del 2003) ⁽¹⁵⁾ emerge nello specifico un aumento significativo della

⁽¹⁴⁾ I dati più recenti forniti dall'Istat sulla disponibilità di posti letto a livello nazionale, relativi solo all'1.1.2005, evidenziano una sostanziale stabilità degli anziani ricoverati rispetto al 1999, con una dotazione media di posti letto (2.3 per 200 ultrasessantacinquenni) nettamente inferiore a quella lombarda (2.9 nel 2005) (Gori e Guaita, 2007; Pesaresi e Brizioli, 2009).

⁽¹⁵⁾ Quest'ultima Dgr dispone il superamento degli standard assistenziali differenziati per le diverse figure professionali e prevede per l'accreditamento uno standard assistenziale globale (901

presenza degli animatori (il cui standard era peraltro particolarmente basso), ma anche dei medici e degli infermieri (tabella 9.6), mentre solo i tecnici della riabilitazione hanno nelle Rsa una presenza di poco inferiore allo standard citato.

Tabella 9.6 - Minuti di assistenza settimanali garantiti dalle Rsa lombarde nel 2007 (da Rocca, 2009)

Figura professionale	Standard ex Dgr 7453/2001	Assistenza erogata	Diff. %	Standard Nuclei Alzheimer
	min/sett/ospite	min/sett/ospite		min/sett/ospite
Medici	28	36.9	+ 31.8	42
Tecnici della riabilitazione	42	41.7	- 0.7	252
Infermieri	140	196.0	+ 40.0	
Asa/Oss	674	801.8	+ 19.0	842
Animatori	17	30.3	+ 78.2	84
Totale	901	1.110.9*	+ 23.3	1220

* il dato comprende anche 4.2 min settimanali erogati da "personale vario da standard"

Questi dati sembrano smentire le previsioni più pessimistiche relative all'applicazione della citata Dgr 7/12618 del 2003 che consente ai singoli gestori di decidere autonomamente il mix delle diverse figure professionali all'interno di un tempo minimo di assistenza garantito (901 min/settimana per ospite). Se infatti aveva destato preoccupazione che tale norma sancisse, ad esempio, solo l'obbligo di reperibilità del medico, senza precisarne una presenza minima, conforta il comportamento delle residenze lombarde, che prevedono in media una presenza medica del 32% superiore ai 28 minuti settimanali previsti dalla normativa precedente (standard corrispondente a 28 ore garantite alla settimana di un medico per 60 ospiti).

Anche la modesta riduzione della presenza dei terapisti della riabilitazione può esser letta alla luce del cambiamento progressivo delle condizioni e dei bisogni dei ricoverati: la crescente prevalenza di persone affette da demenza può infatti giustificare un investimento maggiore su figure professionali dell'area "educativa" (Lopez e Sibilano, 2009) e socio-sanitaria; a sua volta il crescente numero di ospiti con autonomia motoria gravemente compromessa chiede alla riabilitazione nelle Rsa un ripensamento dei propri obiettivi, sempre meno coincidenti con il "recupero funzionale" e sempre più indirizzati al supporto da parte dei fisioterapisti a tutta l'équipe (Asa e Oss in particolare) nelle quotidiane attività di mobilitazione e di posizionamento degli ospiti, a tutela tanto del mantenimento delle capacità funzionali residue e del benessere dei ricoverati quanto dell'integrità fisica di chi se ne cura (Gelmini *et al.*, 2009).

minuti settimanali per ospite), con la garanzia " di personale infermieristico nell'arco delle 24 ore" e dell'assistenza medica "nell'arco dell'intera giornata, anche utilizzando lo strumento della reperibilità".

I dati riportati nella tabella 5 consentono però un'altra considerazione. Si è già accennato alla necessità per le residenze, a fronte della sostanziale stabilità negli ultimi anni dei finanziamenti regionali, di contenere i costi del servizio per evitare eccessivi aumenti delle rette. Il fatto che nonostante ciò le Rsa mantengano livelli assistenziali superiori a quelli prescritti dalla normativa regionale sta ad indicare una sostanziale inadeguatezza degli standard minimi previsti (e dei finanziamenti che a tali standard sono collegati) nel rispondere all'evoluzione dei bisogni dei ricoverati. E sollecita ancora una volta – se pure ce ne fosse bisogno – un aggiornamento delle tariffe regionali al progressivo aumento dei bisogni (soprattutto sanitari) degli anziani ricoverati.

9.7. Migliorare l'equità

9.7.1. L'equità verticale

Uno dei requisiti fondamentali di un sistema di welfare è la sua capacità di garantire un maggior sostegno alle persone con bisogni più gravi e/o in condizioni economiche più precarie (equità verticale) e di offrire le stesse opportunità a chi vive il medesimo bisogno (equità orizzontale).

La riforma lombarda ha indubbiamente migliorato l'equità verticale del sistema. Il nuovo meccanismo di finanziamento delle Rsa, basato su 8 classi di retribuzione graduate sulla gravità complessiva delle condizioni dell'anziano, incentiva infatti l'accoglienza di persone in maggiori condizioni di bisogno, evitando il rischio di comportamenti opportunistici da parte delle Residenze, senz'altro più facile quando all'ampia classe dei non autosufficienti totali (Nat) si potevano correttamente assegnare pazienti con livelli molto diversificati di bisogni assistenziali e sanitari.

Tra il 2003 ed il 2007 (ultimo anno per il quale sono disponibili i dati relativi) la percentuale degli ospiti appartenenti alle classi 1 e 3 del Sosia – le classi più rappresentate, e a più elevato carico assistenziale – passano infatti dal 52.7% al 59.5% (tabella 9.7) mentre calano dal 28.3% al 26.6% quelli appartenenti alle classi 7 ed 8, relative agli ospiti meno impegnativi.

Tabella 9.7 - Distribuzione percentuale degli anziani ricoverati nelle Rsa lombarde per classe di Sosia negli anni 2003 e 2007 (% sul totale escluse classi Nat, Alzheimer, Svp)

anno	Cl. 1	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 4	Cl. 5	Cl. 6	Cl. 7	Cl. 8
2003	25,94	5,15	26,77	6,37	4,48	2,65	16,24	12,10
2007	27,20	1,85	32,34	2,90	6,01	2,02	19,59	6,99

Questo dato, se da una parte rispecchia il progressivo aggravamento dell'utenza delle Rsa (con tutte le conseguenze già citate in termini di livelli assistenziali), conferma anche l'utilizzo appropriato di questi servizi, più strutturati e "pesanti", a favore degli anziani più in difficoltà.

Merita peraltro una riflessione anche quel 26.6% di ospiti delle Rsa appartenenti alle classi 7 e 8 di Sosia, persone cioè che solo per le condizioni sanitarie (classe 7) o nemmeno per quest'ultima (classe 8) sono giudicate portatrici di bisogni rilevanti⁽¹⁶⁾. È importante premettere che in queste classi a "bassa intensità assistenziale" finiscono per essere collocati anche pazienti con patologie psichiatriche, espulsi dalla rete dei servizi psichiatrici per l'età, spesso in condizioni cliniche tutt'altro che stabilizzate; quando non addirittura persone affette da demenza negli stadi iniziali, in condizioni di autonomia funzionale ancora discrete, ma non per questo meno bisognose di sorveglianza e di assistenza finalizzata proprio al mantenimento dei margini di autonomia residui (vedi oltre). Resta però nelle Rsa una quota di persone che, talvolta anche a seguito di un recupero funzionale promosso dalla struttura stessa, hanno minori bisogni assistenziali e potrebbero giovare di alternative residenziali più "leggere" e meno costose (uso della domotica, vicinato solidale, alloggi protetti, comunità alloggio, ...). Lo sviluppo più deciso di simili alternative potrebbe contenere il trend di incremento dei costi del sistema (Brizioli e Trabucchi, 2009), aumentare la disponibilità di posti letto in Rsa per le situazioni più gravi e superare la necessità per le famiglie di sostenere oneri anche molto elevati (strutture più costose, posti letto non accreditati) pur di avere una risposta tempestiva ai loro bisogni. Soluzione oggi consentita, ovviamente, solo a chi ne ha la disponibilità economica.

9.7.2. *L'equità orizzontale*

Per quanto riguarda l'altra declinazione dell'equità – quella orizzontale – l'aspetto più cruciale è rappresentato dalle dimensioni delle differenze territoriali, nonostante lo sforzo da parte della Regione di riequilibrare la distribuzione dei posti letto nelle diverse Asl. Dal 2001 al 2009 tali differenze si sono indubbiamente ridotte, con un aumento in particolare della disponibilità di posti letto nell'area milanese, decisamente in sofferenza all'inizio del millennio. A fronte, infatti, di un aumento del 37.0% dei posti letto su tutto il territorio regionale l'incremento nelle 4 Asl dell'area milanese (Milano città, Milano1 e 2, Monza) è del 62.4% (tabella 9.8). In quest'area la dotazione di posti letto in rapporto alla popolazione ultrasettantacinquenne resta peraltro ben inferiore alla media regionale: e ciò spiega perché proprio dalle Asl della zona metropolitana si riscontrino i tassi più elevati di anziani costretti a cercare accoglienza nelle Rsa di altre Asl, e non solo nelle Province limitrofe (tabella 9.9)⁽¹⁷⁾.

⁽¹⁶⁾ Come è noto il sistema Sosia valuta in maniera dicotomica (lieve e grave) tre dimensioni – l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (*Mobilità*), la situazione sanitaria (*Severità-comorbidità*) e la presenza di problematiche cognitive-comportamentale (*Cognitività*) – e dalla combinazione di queste 3 dimensioni costruisce 8 classi di distribuzione degli ospiti, cui corrispondono 8 diverse tariffe (nella classe 1 tutte e 3 le dimensioni si trovano a livello "grave", nella classe 8 tutte e 3 a livello "lieve").

⁽¹⁷⁾ Anche l'abbandono del distretto quale ambito di riferimento della programmazione (fino alla metà degli anni '90 il fabbisogno dei servizi era rapportato alla popolazione del distretto) e

Tabella 9.8 - Evoluzione della dotazione di posti letto nelle Asl lombarde dal 2001 al 2009 (dal 2009, a seguito dell'istituzione della nuova Provincia di Monza e Brianza, sono mutati i confini territoriali delle Asl dell'area milanese)

Asl	Dotazione di posti letto			variazione % 2009 /2001	p.l. % ≥ 75 aa (2009)
	31.12.2001	31.12.2005	31.12.2009		
Bergamo	4.844	5.122	5.219	+ 7.7	6,1%
Brescia	5.696	5.960	6.054	+ 6.3	6,3%
Bs Valcamonica	737	737	786	+ 6.7	6,0%
Como	3.261	4.161	4.357	+ 33.6	8,9%
Cremona	3.639	3.720	3.746	+ 2.9	8,1%
Lecco	1.749	1.905	1.915	+ 9.5	9,9%
Lodi	1.061	1.194	1.271	+ 19.8	6,2%
Milano	4.208	6.047	8.808	+ 109.3	4,9%
Milano 1	2.864	3.899	4.131	+ 44.3	5,5%
Milano 2	1.560	1.904	2.462	+ 57.8	5,6%
Monza e Brianza	2.673	3.815	3.059	+ 14.4	4,5%
Mantova	2.410	2.951	3.135	+ 30.1	6,4%
Pavia	4.139	4.961	5.165	+ 24.8	7,1%
Sondrio	1.377	1.396	1.405	+ 2.0	8,5%
Varese	4.188	4.674	4.882	+ 16.6	8,2%
Totale	44.403	52.446	56.395	+ 37.0	6,3%

Tabella 9.9 - Persone ricoverate nelle Rsa delle diverse Asl della Lombardia in rapporto all'Asl di residenza (2007) (da Rocca, 2009)

ASL STRUTTURA	ASL RESIDENZA UTENTI SU PL ACCREDITATI															EXTRA REGIONE	TOTALE	SALDO MOBILITA'
	BG	BS	CO	CR	LC	LO	MN	MI	MI 1	MI 2	MI 3	PV	SO	VA	VALC			
BG	6.469	38	11	18	35	2	1	234	14	110	211	6	2	14	2	9	7.167	+ 419
BS	51	8.037	3	21	2	5	23	66	13	19	21	5		6	10	23	8.282	+ 23
CO	10	3	4.656	5	220	2	2	483	105	30	289	6	39	201	1	7	6.032	+ 1.106
CR	29	69	2	3.644	6	72	71	320	32	323	178	4	1	4	1	8	4.756	+ 964
LC	35	1	37	1	2.274	2		150	8	18	237	3	6	4		2	2.776	+ 114
LO	2		2	12		1.428	2	43	3	68	5	13					1.578	- 53
MN	2	51	2	26			3.991	101	3	4	17	1		1		9	4.199	+ 86
MI	26	10	29	26	25	24	7	8.319	317	161	473	35	28	46	1	17	9.527	- 3.873
MI 1	11	3	30	7	7	3	3	621	4.280	51	170	27	2	131		9	5.346	- 381
MI 2	13	3	5	22	8	68	3	1.102	48	1.498	198	16	3	9		12	2.996	+ 343
MI 3	32	4	51	3	71	3	2	564	130	93	4.346	8	3	31	1	10	5.342	- 1.001
PV	7	5	4	3	3	20	5	933	395	251	115	5.322		16		27	7.079	+ 1.626
SO	2	1	7		4			35	3		5		1.764	1		3	1.822	- 32
VA	19	3	86	3	7	1	1	419	370	21	58	5	6	5.599	1	14	6.599	+ 533
VALC	40	31	1	1		1	2	30	6	6	20	2		3	871	3	1.014	+ 126
TOTALE	6.748	8.259	4.926	3.792	2.662	1.631	4.113	13.400	6.727	2.653	6.343	5.453	1.954	6.066	868	163	74.515	

la sua sostituzione con il territorio dell'Asl contribuiscono, nelle Asl di grandi dimensioni, a favorire significative "migrazioni" di anziani non autosufficienti verso residenze anche molto distanti da casa.

All'ineguale dotazione di posti letto fanno riscontro, ovviamente, tempi d'attesa molto diversificati sul territorio regionale. Da una rilevazione condotta nel settembre del 2009 da tutte le Asl della Lombardia emerge come ogni 100 letti di Rsa risultassero in lista d'attesa 34,2 persone⁽¹⁸⁾, corrispondenti a più del 2% degli ultra-settantacinquenni lombardi⁽¹⁹⁾ con marcate differenze territoriali.

È interessante osservare come il numero di persone in lista d'attesa non presenti una relazione univoca con la disponibilità di posti letto: ad un'elevata dotazione di posti letto corrisponde in alcune Asl un basso numero di persone in lista (è il caso di Como e di Cremona), in altre una percentuale più elevata (Sondrio, Lecco e Varese, che probabilmente risentono della "domanda" dell'area milanese). L'apparente casualità di questa relazione non si modifica se si aggiunge il dato relativo al costo della retta: se Milano Città, Asl con le rette più alte, presenta il numero minimo di persone in lista d'attesa, nonostante la carenza di posti letto, opposta è la situazione dell'Asl di Monza, altrettanto carente, dove la percentuale di persone in lista è doppia, nonostante le rette siano di poco inferiori (tabella 9.10).

Tabella 9.10 - Persone in lista d'attesa nelle Rsa della Lombardia confrontate con la dotazione di posti letto e con le rette medie (1: dati al 31.12.2009, Regione Lombardia, DG Famiglia; 2: dati al 30.9.2009, id; 3: dati al 30.6.2008, Rocca 2009)

Asl	Dotazione di p.l. % (1)	Persone in lista d'attesa × 100 p.l. (2)	Rette medie (Euro) (3)
Bergamo	6,1%	37,00	47,73
Brescia	6,3%	49,18	46,21
Como	8,9%	23,50	53,69
Cremona	8,1%	24,16	47,67
Lecco	9,9%	43,66	52,78
Lodi	6,2%	48,21	43,84
Mantova	6,4%	38,60	44,97
Milano	4,9%	12,19	66,63
Milano 1	5,5%	43,28	55,57
Milano 2	5,6%	37,29	63,16
Monza e Brianza	4,5%	50,05	60,81
Pavia	7,1%	27,74	46,76
Sondrio	8,5%	52,88	38,50
Varese	8,2%	40,44	55,93
Vallecamonica	6,0%	41,86	36,76
TOTALE	6,3%	34,20	52,91

Un ultimo elemento di disegualianza, a parità di condizioni di bisogno assistenziale, è legato alle condizioni economiche dell'utente e della sua famiglia; la ri-

⁽¹⁸⁾ Il dato è reale, in quanto depurato dai nominativi di persone inserite nelle liste di più Rsa o già accolte in altra struttura o decedute.

⁽¹⁹⁾ Vedi Appendice B nel sito www.lombardiasociale.it.

chiesta al Comune di un contributo economico fa scattare da parte di quest'ultimo la prova dei mezzi ("means test"), la richiesta cioè di una partecipazione alle spese dell'utente e dei familiari "tenuti agli alimenti" proporzionale al loro reddito (Irer, 2009) che costituisce, soprattutto in presenza di conflitti famigliari, un ulteriore ostacolo alla fruizione di un diritto.

9.7.3. Equità e sistema di tariffazione

Dal 2003 la Regione Lombardia utilizza, per la classificazione dell'utenza delle Rsa e per la relativa tariffazione, un nuovo sistema – la Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza, Sosia – che sulla base di tre dimensioni di valutazione (l'autonomia nelle attività quotidiane, le funzioni cognitivo-comportamentali e lo stato di salute) suddivide gli utenti in 8 classi di bisogno assistenziali cui corrispondono 8 diverse tariffe.

Va da sé che un sistema di tariffazione dovrebbe essere in grado di rappresentare la realtà degli utenti delle Rsa in modo equo ed efficace. L'esperienza dei primi anni di impiego del Sosia ha messo in luce, in realtà, non poche criticità.

Un primo limite si è individuato nella difficoltà del Sosia a valorizzare le problematiche sanitarie degli ospiti delle Rsa. La complessità dei bisogni sanitari dei ricoverati deriva infatti dalla compresenza di patologie croniche multiple (*comorbidità*), che necessitano di trattamento medico-infermieristico e/o hanno un impatto sull'autonomia della persona (*severità*) e che richiedono un monitoraggio nel tempo in ragione della loro *instabilità*. Nel Sosia la gravità dei bisogni sanitari è valutata sulla base dell'indice di comorbidità tratto dalla Cirs, Cumulative Illness Rating Scale (Linn *et al.*, 1968), cioè sul numero di patologie con uno score da 3 (moderata) a 5 (molto grave) assegnando maggior peso alle patologie dell'apparato genito-urinario, del sistema muscolo-scheletrico-cutaneo e del sistema nervoso. Si tratta di uno strumento in grado di rappresentare il numero delle patologie attive e la loro severità ⁽²⁰⁾ ma non l'instabilità clinica (Bagarolo e Bellocchi, 2007; Lopez *et al.*, 2009) e la frequenza degli eventi avversi che accompagnano la storia naturale degli ospiti delle Rsa (Bernardini *et al.*, 1993; Bagarolo e Bellocchi, 2007). Secondo questi ultimi autori tra i 1131 eventi clinici avversi documentati in 3 mesi nei 544 ospiti di 3 Rsa milanesi solo quelli più gravi mostrerebbero infatti una modesta correlazione con le classi Sosia ⁽²¹⁾.

⁽²⁰⁾ La polipatologia cronica è un riscontro comune tra gli ospiti delle residenze. Bagarolo e Bellocchi (2007) hanno rilevato in 544 ospiti di 3 Rsa della città di Milano un indice di comorbilità medio di 5.3 ± 2.04 ; analogamente l'Uoc Vigilanza e Controllo dell'Asl MI 1 documenta 5 o più patologie con punteggio ≥ 3 allo staging di gravità della scala Cirs nel 91.1% di un campione di 426 ospiti delle Rsa del loro territorio (Lopez *et al.*, 2009).

⁽²¹⁾ Secondo la Commissione Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007) "le strutture residenziali *devono* essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza dell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero" ... "la

D'altra parte uno studio condotto su un campione rappresentativo di anziani lombardi ha dimostrato che proprio l'instabilità clinica e la presenza di disturbi comportamentali associati alla demenza, con il loro carico di complessità e di imprevedibilità, rappresentano la causa principale di stress per i familiari che assistono a domicilio anziani non autosufficienti ed un fattore decisivo nella scelta dell'istituzionalizzazione (Guaita e Pucci, 2001).

Un'altra criticità del Sosia è rappresentata dal peso preminente assegnato alla disabilità e dal conseguente paradosso che l'impegno della residenza nel migliorare i livelli funzionali abbia ad essere penalizzato, anziché premiato, con una riduzione della tariffa. Resta infine discorde – con conseguenze concrete del tutto evidenti – la modalità con la quale valutare correttamente la conservata funzione motoria dei dementi: la valutazione della sola autonomia funzionale, che non tenga conto della loro capacità di “finalizzare” tale autonomia, porta infatti ad escluderli dalle prime 4 classi del Sosia, mortificando il rilevante impegno per la sorveglianza (e per il mantenimento delle altre funzioni solo parzialmente compromesse) richiesto da quella peculiare “dipendenza senza riduzione di mobilità” (Guaita, 2008) che caratterizza la demenza e che è alla base del modello di cura dei Nuclei Alzheimer istituiti dal Piano Alzheimer del 1995 ⁽²²⁾. Da una rilevazione condotta con i responsabili dei servizi incaricati della vigilanza e del controllo sulle Rsa solo in due delle 11 Asl che hanno fornito i dati il paziente demente con deambulazione afinalistica (“wandering”) viene classificato in classe 1 di Sosia, mentre da tutti gli altri viene assegnato alla classe 5 ⁽²³⁾.

Alla luce di queste ultime considerazioni, appare auspicabile da parte della Regione – oltre ad un chiarimento sulla corretta classificazione del demente “deambulante” – la ripresa del finanziamento (a fronte di standard gestionali maggiori) di altri posti letto in Nuclei Alzheimer: Nuclei che, pur con alcuni limiti (da individuare soprattutto nella loro scarsa propensione a dimettere gli ospiti nei quali l'evoluzio-

prestazione ‘residenziale’ non si differenzia necessariamente da quella ‘ospedaliera’ per un minor gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie”.

⁽²²⁾ Considerazioni analoghe valgono per i disabili adulti, che spesso accedono alle Rsa col venir meno della rete familiare, e per i pazienti psichiatrici ultrasessantacinquenni, che i servizi psichiatrici dirottano volentieri sulle Rsa considerandone “stabilizzata” (non sempre correttamente) la patologia specifica. In tutti e due i casi si tratta di soggetti con margini di autonomia nella Adl ancora discreti ma con rilevanti problemi di natura relazionale e con disturbi comportamentali fortemente influenzati dal contesto di vita: che chiedono al personale di assistenza, all'interno di un progetto di cura teso al mantenimento delle capacità funzionali residue, competenza specifiche e capacità operative tutt'altro che semplici da costruire ed un impegno assistenziale spesso non inferiore a quello richiesto dai pazienti più gravemente dipendenti nelle Adl.

⁽²³⁾ Vedi Appendice A nel sito www.lombardiasociale.it.

ne della malattia faccia venir meno i disturbi comportamentali), hanno dimostrato la capacità di ridurre i disturbi comportamentali limitando al tempo stesso il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica (Bellelli *et al.*, 1998; Nobili, 2007; Colombo *et al.*, 2007).

Ai 1.222 posti letto realizzati subito dopo l'approvazione, nel 1995, del Piano Alzheimer, se ne sono aggiunti nel 2006, dopo un decennio di stallo, soltanto 435: 1.657 posti letto destinati alla cura di pazienti dementi con disturbi comportamentali sugli oltre 56.000 posti letto accreditati delle Rsa (il 2.9% del totale) appaiono in realtà decisamente insufficienti ad affrontare una domanda in drammatico aumento. Una conferma sembra venire dal riscontro che numerose Rsa abbiano deciso di realizzare, senza finanziamenti regionali, Nuclei speciali per pazienti affetti da demenza⁽²⁴⁾ e che la stessa Regione abbia inserito negli ultimi anni i progetti di cura per le demenze tra quelli meritevoli del premio qualità. Purtroppo, in assenza di un finanziamento specifico e certo, il maggior costo dei nuclei speciali non ricompresi nel Piano Alzheimer resta a carico degli utenti.

9.8. Valorizzare le figure professionali

Il precedente rapporto sulle politiche relative alla residenzialità per gli anziani della Regione Lombardia (Guaita, 2005) esprimeva una valutazione preoccupata del superamento degli standard obbligatori per ogni figura professionale ed il timore che ragioni di bilancio, oltre alle carenze del mercato del lavoro, avrebbero indotto gli Enti gestori a ridurre nelle Residenze la presenza degli operatori più qualificati, pur in presenza di bisogni sanitari crescenti.

Abbiamo già visto (tabella 9.6) come, almeno fino al 2007, tale eventualità non si sia verificata⁽²⁵⁾.

È innegabile, peraltro, che in realtà come le Rsa, dove il personale rappresenta il 75-80% dei costi e la qualità del servizio poggia fondamentalmente sulla qualità delle relazioni, sia fondamentale la partecipazione di tutte le figure professionali ad un progetto di cura condiviso; e che tale partecipazione sia quanto meno favorita dalla stabilità del personale che vi opera.

I dati forniti dalla Regione per l'anno 2007 (Rocca, 2009) offrono a questo proposito un dato meno confortante: solo il 52.2% del personale a standard che opera

⁽²⁴⁾ I dati in proposito non sono univoci. L'osservatorio Fnp Cisl Lombardia sulle Rsa (Fnp Cisl, 2010) riporta 1.821 posti letto in totale sul territorio regionale, 164 posti letto in più di quelli accreditati (vedi tabella 12); secondo i responsabili dei servizi di vigilanza sulle Rsa i posti in Nuclei Alzheimer non accreditati come tali sarebbero, in 11 Asl, oltre 550.

⁽²⁵⁾ Anche se una recente tendenza alla riduzione della presenza, oltre che dei fisioterapisti, anche di medici, infermieri ed animatori è segnalata dai responsabili della vigilanza delle Asl interpellate.

all'interno delle Rsa è alle dipendenze dirette dell'ente gestore; una percentuale che scende al 51.8% per i fisioterapisti, al 46,2% per gli animatori, al 35% per gli infermieri, addirittura al 9.8% per i medici. Più di un terzo del personale che opera è dipendente di cooperative (in particolare Asa/Oss, animatori ed infermieri), l'11.2% lavora sulla base di un contratto libero-professionale (la larga maggioranza dei medici ed una quota significativa di infermieri e di fisioterapisti).

Certo, le modeste dimensioni medie delle Rsa lombarde possono giustificare l'utilizzo di personale non strutturato, soprattutto tra le figure professionali a più basso standard. Ma resta il dubbio che il ricorso a personale precario sia motivato soprattutto dalla necessità di contenere i costi del servizio e che proprio i bassi salari, insieme all'impegno psico-fisico che il lavoro in Rsa comporta, siano alla base dell'elevato turn-over del personale di queste strutture.

Preoccupa in particolare, alla luce dei crescenti bisogni sanitari degli ospiti delle Rsa, la precarietà delle figure sanitarie. La situazione più critica appare quella degli infermieri. In una Regione nella quale è ben nota la carenza di infermieri ⁽²⁶⁾, non desta stupore leggere che il 65.1% delle Rsa lamentino difficoltà nel trovare infermieri e nel ridurre il turn-over a livelli tollerabili (Lo Schiavo *et al.*, 2009). Rispetto alle strutture ospedaliere – che soffrono peraltro in Lombardia di analoghi disagi – le Rsa appaiono infatti contrattualmente più deboli nell'attrarre e nello stabilizzare gli infermieri, non solo in ragione delle condizioni economico-contrattuali che possono loro offrire, ma anche perché il lavoro in Rsa appare meno gratificante sul piano delle opportunità professionali e del riconoscimento sociale e più gravoso in termini psico-fisici ⁽²⁷⁾. In questa situazione molte residenze debbono affidarsi – magari con l'intermediazione di cooperative o di studi professionali – a personale infermieristico proveniente da paesi extracomunitari, con una preparazione professionale ed una padronanza della lingua italiana spesso insufficienti. Questa difficoltà per le Rsa a reperire infermieri – per le carenze del mercato del lavoro, ma anche per le basse remunerazioni – viene segnalata anche dai responsabili della vigilanza delle Asl, che segnalano anche l'incongruenza della presenza notturna dell'Oss in sostituzione dell'infermiere ⁽²⁸⁾, dati i crescenti bisogni sanitari degli ospiti.

⁽²⁶⁾ È stata stimata per la Lombardia una carenza di quasi 17 mila infermieri (Collegio IPASVI Como Cremona Mantova e Pavia, 2007).

⁽²⁷⁾ Sulla base di una serie di interviste condotte a "testimoni privilegiati" (responsabili di Rsa, coordinatori infermieristici, ...) gli autori di questa indagine sulla professione infermieristica nelle Rsa lombarde (Lo Schiavo *et al.*, 2009) suggeriscono che "la leva dell'incentivo economico deve essere accompagnata dall'impiego di altre leve (quali ad esempio l'organizzazione del lavoro, il tipo di compiti assegnati, la costruzione di team) che, a seconda delle singole realtà, possono, nel tempo, concorrere a ridurre il turn-over, rendere più attraente una struttura, favorire investimenti degli operatori nei processi di cura".

⁽²⁸⁾ Consentita dalla normativa regionale – purché sia assicurata la reperibilità infermieristica – nelle Rsa con posti letto inferiori a 60.

Problematica appare anche la situazione dei medici, la maggior parte dei quali svolge all'interno delle Rsa solo una parte della sua attività, legati alla struttura da un contratto di natura professionale ⁽²⁹⁾ per lo più di breve durata, spesso soggetto alle imprevedibili decisioni degli organi amministrativi. Medici che, non di rado (viste le dimensioni medie delle Rsa e gli standard di riferimento) operano da soli, in una condizione oggettivamente "marginale" nella rete dei servizi sanitari, con scarse possibilità di interazione e di confronto professionale: tutte condizioni che non facilitano né l'investimento su un'attività lavorativa certamente complessa né lo sviluppo del senso di appartenenza al gruppo e della condivisione di un progetto comune che il ruolo delicato del medico in Rsa richiede. Stupiscono, semmai, la carica motivazionale e l'impegno dimostrati da molti medici delle Rsa, nonostante la frequente casualità del loro approdo a questo impegno professionale e la citata precarietà della loro condizione. La carenza di medici specialisti, soprattutto in Geriatria (Trabucchi, 2010), non lascia peraltro intravedere alcun miglioramento di questa situazione, almeno nei tempi medi.

Le politiche di gestione del personale sono poi fortemente influenzate, nelle Rsa, dall'ormai cronica carenza di risorse economiche, cui si è già fatto cenno nel paragrafo 9.4. La necessità di contenere le rette di degenza, in mancanza di un'adeguata integrazione della quota sanitaria, impone una riduzione del principale capitolo di spesa delle residenze, quello per il personale, ponendo di fatto in conflitto il diritto dell'utenza ad un servizio a prezzi accessibili con il diritto dei dipendenti ad un trattamento economico appropriato all'impegno richiesto. Tra l'altro, alla mancata definizione di un "autonomo comparto di contrattazione" per il "personale delle Ipab che si trasformano in persone giuridiche di diritto privato" previsto dalla legge regionale 13 febbraio 2003 n. 1 sul "Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza" ⁽³⁰⁾ fa riscontro la presenza in questo settore di una molteplicità di contratti di lavoro ⁽³¹⁾, con garanzie per i dipendenti ed oneri per i gestori molto diversificati ⁽³²⁾. La "competizione" tra le diverse Rsa finisce così per svolgersi sul versante del costo del lavoro, sulle spalle dei lavoratori. In questa situa-

⁽²⁹⁾ Si trova in questa condizione, nel 2007, quasi l'80% dei medici in servizio nelle Rsa lombarde (Rocca, 2009).

⁽³⁰⁾ La seconda parte del comma 13 dell'articolo 18, che prevedeva "l'applicazione dei contratti in essere o di contratti compatibili ed omogenei con quelli applicati al personale già in servizio" anche "al personale assunto successivamente alla trasformazione" è stato abrogato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 411 del 14.12.2008.

⁽³¹⁾ In una rassegna della situazione contrattuale delle Rsa lombarde abbiamo potuto elencare i seguenti contratti: Autonomie Locali, Sanità pubblica, Sanità privata, Uneba, Anaste, Agidae, Cooperative Sociali.

⁽³²⁾ A titolo esemplificativo, un Asa con 10 anni di anzianità che opera sui 3 turni giornalieri aveva nel 2008 un costo globale per l'Ente di quasi il 15% in meno (4.500,00 euro circa in meno) nel contratto Uneba rispetto al contratto delle autonomie locali (vedi appendice C nel sito www.lombardiasociale.it).

zione le difficoltà maggiori si sono registrate per le Fondazioni ex Ipab, storicamente tenute all'applicazione del più oneroso contratto delle Autonomie Locali. Non è infatti sufficiente a contenere i costi l'affidamento in outsourcing dei servizi alberghieri e di supporto. Molti enti gestori hanno finito per sostituire, o più spesso per affiancare per i nuovi assunti, un altro contratto – in genere quello dell'Uneba – meno oneroso per l'ente ma anche meno vantaggioso per gli operatori. Altre Fondazioni si sono invece orientate alla realtà delle cooperative, affidando loro parte del servizio specifico (uno o più nuclei), quando non la gestione completa della Rsa: obbligando in questo caso i dipendenti – fatta salva la salvaguardia dei diritti acquisiti – ad aderire al nuovo contratto di lavoro ⁽³³⁾.

È evidente come queste scelte, motivate nel caso delle Fondazioni ex Ipab dalla necessità di contenere i disagi per gli utenti, siano fonte di conflitto tra questi ultimi e chi li assiste e di disparità tra operatori che lavorano fianco a fianco: disparità che non aiuta certo a mantenere quel clima di collaborazione essenziale ad un'efficace organizzazione dell'assistenza.

9.9. Conclusioni

Da oltre 20 anni le politiche sociali della Regione Lombardia hanno saputo valorizzare la storica propensione delle comunità lombarde alla solidarietà, che aveva dotato il territorio regionale di un fitto tessuto di istituzioni caritatevoli, favorendone la progressiva trasformazione in una rete di residenze per gli anziani non autosufficienti che non ha eguali nel nostro Paese (2.9 posti letto ogni 100 ultrasessantacinquenni contro i 2.26 del resto dell'Italia nel 2005, ultimo anno per il quale è possibile un confronto con le altre Regioni) e che la avvicina, unica Regione in Italia, ai Paesi dell'Europa centrale (Pesaresi e Brizioli, 2009).

Oltre ad un attento utilizzo della leva economica (con finanziamenti adeguati sia in conto capitale che in conto gestione), si sono dimostrate vincenti a giudizio di chi scrive due scelte di fondo: aver ricompreso sotto il termine di Rsa tutti i presidi deputati ad accogliere le persone non autosufficienti (affidando l'intervento riabilitativo "a termine" agli Istituti di Riabilitazione ex articolo 26/833, poi confluiti con i servizi ospedalieri nella rete della riabilitazione) ⁽³⁴⁾ e aver tempestivamente riconosciuto la valenza sanitaria delle Rsa, prevedendo per questi presidi l'obbligo di dotarsi di un'organizzazione sanitaria propria e di garantire la presenza di un medico responsabile dei processi di cura, legato alla struttura da un rapporto di dipendenza formale.

⁽³³⁾ Vedi Appendice D nel sito www.lombardiasociale.it.

⁽³⁴⁾ Altre Regioni italiane destinano le Rsa all'accoglienza temporanea a carattere riabilitativo, prevedendo altre tipologie di residenza (Strutture Protette, Case Protette, ...) per il ricovero di persone non autosufficienti.

Queste politiche regionali hanno favorito – e ne sono state sollecitate, in una dinamica “virtuosa” – la crescita e la diffusione nelle residenze destinate agli anziani non autosufficienti di una cultura e di una pratica assistenziali ispirate ai principi gerontologici e geriatrici ⁽³⁵⁾, capaci di innovare un modello puramente “custodialistico” di assistenza e di proiettare le Rsa sul territorio come protagoniste della costruzione di una rete diversificata dei servizi ⁽³⁶⁾.

Le nuove politiche regionali, a partire dalla fine del secolo scorso, hanno cercato di promuovere anche nel settore socio-sanitario quel “quasi mercato” che rappresenta la specificità della sanità lombarda, fondato sulla possibilità (libertà) per tutti i gestori di inserirsi nel sistema, sull’equiparazione di pubblico e privato, con un forte impulso al Terzo Settore ed una decisa e del tutto nuova apertura al privato for profit, e sulla libertà di scelta da parte dell’utenza come “regolatore” del sistema.

Nelle intenzioni del legislatore regionale questo disegno era destinato ad aumentare la competitività tra i diversi soggetti e a favorire la selezione di chi sa meglio rispondere alla domanda, ma puntava anche a migliorare l’efficienza complessiva di un sistema in buona parte “condizionato” da logiche di natura pubblica ed esentato dalla necessità di “procurarsi” l’utenza, vista la netta prevalenza della domanda sull’offerta di posti letto.

La leva principale per il conseguimento di questi due obiettivi si è dimostrata, ancora una volta, quella economica: il persistente divario tra domanda ed offerta ha di fatto impedito, fino ad oggi, una reale competizione tra i gestori ⁽³⁷⁾. Sull’altro versante, la riduzione dei trasferimenti dalla Regione alle Rsa, insieme ad una normativa sempre più rigorosa ed alla crescente richiesta di qualità (oltre che, per quanto riguarda le Ipab, la loro trasformazione in Fondazioni di diritto privato) ha obbligato tutte le residenze a concentrarsi sui fattori produttivi e sugli aspetti organizzativi e gestionali, con una costante attenzione all’equilibrio tra la qualità del servizio reso e la compatibilità dei suoi costi.

Si è trattato, per molti versi, di un percorso virtuoso, che ha stimolato in molte Rsa una crescita delle capacità gestionali e della qualità assistenziale. Gli stessi operatori Asl deputati alla vigilanza ed al controllo delle residenze, per questo loro ruolo testimoni privilegiati del sistema dei servizi, confermano la crescita qualitativa del complesso delle residenze.

Ma si è anche sottolineato, nelle pagine precedenti, quanto l’insufficienza dei finanziamenti regionali abbia ormai superato il livello di guardia, inducendo molte Rsa a mettere in campo – soprattutto nella gestione delle risorse umane – operazioni che rischiano di far venir meno la continuità e la qualità del servizio. Mentre

⁽³⁵⁾ Una cultura nata e sviluppatasi in Lombardia per lo più al di fuori del sistema ospedaliero dove, fino a pochi anni fa, si registrava l’assenza pressoché totale di unità operative geriatriche.

⁽³⁶⁾ Vedi Appendice E.

⁽³⁷⁾ Nell’attuale situazione, come si è visto, nemmeno le rette più elevate rappresentano un ostacolo alla piena occupazione dei posti letto.

crescono la complessità dei bisogni degli utenti e le richieste/aspettative delle famiglie chiamate ad un contributo sempre più oneroso ai costi del servizio, una politica di risparmio basata solo sulla riduzione del costo del personale rischia infatti di aumentare l'insoddisfazione, la demotivazione ed il turn-over degli operatori e di vanificare gli sforzi per migliorare una qualità complessiva che, proprio in questi servizi, dipende fundamentalmente dalla qualità delle relazioni.

Un'altra conseguenza delle politiche "aziendalistiche" della Regione Lombardia è l'affievolirsi del ruolo, proprio dell'Asl, di regia degli accessi alle diverse articolazioni della rete, con una sorta di scollamento tra di loro dei singoli servizi, visti sempre più come erogatori di specifiche prestazioni. In queste condizioni infatti alla libertà degli utenti di rivolgersi direttamente alle Rsa fanno da contraltare non solo, come abbiamo visto, la difficoltà per loro di muoversi nella realtà complessa dei servizi ma anche la ridotta possibilità per il sistema di proporre alternative al ricovero in Rsa (e di promuoverle quando mancano: molte esperienze nella nostra Regione hanno dimostrato come una regia unitaria degli accessi alle unità di offerta abbia facilitato la sperimentazione e la realizzazione di servizi innovativi). Ci sembra che anche la Regione abbia colto questo limite, quando sollecita, con la recente legge 3 del 2008 e la citata Dgr 8496/2008, un più stretto raccordo delle Rsa con la rete dei servizi (vedi nota 6).

Il senso di appartenenza a tale rete dei servizi ci sembra, per le Rsa, un patrimonio ed un valore da conservare e da promuovere. La natura privatistica delle Fondazioni ex Ipab – ma anche di altri soggetti gestori, soprattutto non profit – non deve far passare in secondo piano la loro funzione sostanzialmente pubblica (di risposta, cioè, a bisogni che nascono nella comunità e ai quali la comunità risponde con la rete dei servizi); allo stesso modo la necessaria qualificazione tecnico-organizzativa delle Rsa – che può anche accompagnarsi ad un percorso di specializzazione nel rispondere a bisogni specifici (Alzheimer, Svp, Sla, ...) – non deve entrare in conflitto con il loro radicamento locale, con la ricerca da parte loro di una costante collaborazione con i servizi sociali e sanitari, con la loro capacità di continuare ad interpretare i bisogni del territorio mettendo a disposizione il proprio bagaglio di professionalità e di esperienza.

Un'ultima considerazione merita la segnalata carenza di posti letto sul territorio lombardo: mentre si è arrestato, negli ultimi anni, il processo di adeguamento dell'offerta di posti letto alle dinamiche della domanda non hanno avuto adeguato sviluppo i servizi domiciliari o le possibili opzioni residenziali più "leggere" capaci di allentare la pressione verso le Rsa senza lasciare sulle sole famiglie il peso dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il progressivo ridursi delle capacità di cura di una famiglia di dimensioni sempre più contenute e l'incertezza che tuttora avvolge il futuro del fenomeno "badanti" consiglia quanto meno di garantire la stabilità della dotazione dei posti letto in rapporto all'incremento quantitativo dell'utenza potenziale. Lo sforzo economico richiesto dall'ulteriore sviluppo di servizi sia residenziali che domiciliari crediamo possa essere sostenuto – ad esempio con l'istituzione di un adeguato Fondo per la non autosufficienza – da una Regione, come la nostra, ricca tanto di risorse economiche quanto di capacità di affrontare con successo i problemi più complessi.

Bibliografia

- ASL BRESCIA, *Monitoraggio liste d'attesa e rette Rsa*, 2009.
- BAGAROLO R., BELLOCCI F., *Gestione della complessità e instabilità clinica in Rsa, I luoghi della cura*, 5(2):12-15, 2007.
- BELLELLI G., FRISONI G.B., BIANCHETTI A., BOFFELLI S., GUERRINI G., SCOTUZZI A., RANIERI P., RITONDALE G., GUGLIELMI L., FUSARI A., RAGGI G., GASPAROTTI A., GHEZA A., NOBILI G., TRABUCCHI M., *Special care units for demented patients: a multicenter study*, *Gerontologist*, 38:456-462, 1998.
- BERNARDINI B., MEINECKE C., ZACCARINI C., BONGIORNI N., FABBRINI S., GILARDI C., BONACCORSO O., GUAITA A., *Adverse clinical Events in dependent long term nursing home residents*, *J Am Geriatr Soc*, 41:105-111, 1993.
- BRIZIOLI E., TRABUCCHI M., *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in *Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.
- COLLEGIO IPASVI COMO, CREMONA, MANTOVA E PAVIA, *Proposte per lo sviluppo e la valorizzazione professionale dell'infermiere*, dicembre 2007.
- COLOMBO M., VITALI S., CAIRATI M., VACCARO R., ANDREONI G., GUAITA A., *Behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD) improvements in a special care unit: a factor analysis*, *Arch Gerontol Geriatr*, 44 (suppl. 1):113-120, 2007.
- FACCHINI C., *Anziani e rete dei servizi. La residenzialità*, Provincia di Milano, 2003.
- FACCHINI C., GUAITA A., *Tramonto o crisi di crescita delle Rsa di grandi dimensioni? Considerazioni in margine ad una ricerca nella provincia di Milano*, *I luoghi della cura*, 2(1):11-15, 2004.
- FNP CISL, OSSERVATORIO FNP CISL LOMBARDIA SULLA ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA RESIDENZIALE (RSA), *Report sulle Rsa lombarde: posti letto, liste d'attesa, costi e servizi*, <http://www.fnplombardia.cisl.it/sito/osservatorio.asp>, 2010.
- FUMAGALLI S., BONCINELLI L., LO NOSTRO A., VALOTI P., BALDERESCHI G., DI BARI M., UNGAR A., BALDASERONI S., GEPPETTI P., MASOTTI G., PINI R., MARCHIONNI N., *Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an Intensive Care Unit*, *Circulation*, 113:946-952, 2006.
- GELMINI G., BOTTURA R., VANOLI E., GUERRINI G., *La riabilitazione nelle strutture residenziali* in BELLELLI G. e TRABUCCHI M. (a cura di), *Riabilitare l'anziano*, Carocci, Roma, 2009.
- GIORGIO F., *Le politiche socio-assistenziali in Lombardia. Strutture e prestazioni socio-sanitarie*, "Foglio informativo Welfare Cisl", 1:3-6, 2008.
- GORI C., *Gli obiettivi della riforma*, in GORI C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.
- GORI C., GUAITA A., *Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?*, *I luoghi della cura*, 5(3):5-6, 2007.
- GUAITA A., *La residenzialità per anziani*, in GORI C (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.
- GUAITA A., *I bisogni ed i diritti del cittadino anziano con patologia psicogeriatrica*, *Psicogeriatrics*, 3(3):7-13, 2008.
- GUAITA A., *Le Uvg tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete*, in *Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.

- GUAITA A., PUCCI D., *Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione qualitativa e quantitativa*, *Tendenze Nuove*, 2-3:243-250, 2001.
- GUERRINI G., *Ripensare le Unità di Valutazione Geriatrica: le ragioni di una crisi e le ipotesi per il futuro. Riflessioni sull'esperienza lombarda*, *G. Gerontol*, 49:281-284, 2001.
- IRER, *La Rsa: governo della risorsa sociale tra crescita, controllo e sviluppo qualitativo*, Regione Lombardia, Milano, 2009.
- IRER, *Le famiglie lombarde e la rete degli interventi*, in *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo*, 2010, <http://www.lrer.it/lombardia2010>.
- ISTAT, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma, 2007
- ISTAT, *Indice dei prezzi al consumo FOI al netto dei tabacchi*, 2010, <http://www.istat.it/prezzi/precon/rivalutazioni/>
- LINN B.S., LINN M.W., GUREL L., *Cumulative Illness Rating Scale*, *J Am Geriatr Soc*, 16:622-626, 1968
- LO SCHIAVO M., CIOLETTI D., TURATI G., *La professione infermieristica nelle Rsa lombarde. Una prima indagine esplorativa*, IRS, Milano, 2009.
- LOPEZ S., SIBILANO M.G., STEFANONI G., GAZZARDI R., BALCONI R., GUAITA A., *La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato*, *G. Gerontol*, 57:23-32, 2009.
- LOPEZ S., SIBILANO M.G., *Vigilanza e controllo sono funzionali al miglioramento della qualità in Rsa? I luoghi della cura*, 7(3):18-27, 2009.
- MAGGI S., MARZARI C., NOALE M. et al., *Epidemiologia dell'invecchiamento*, in GENSINI G.F., RIZZINI P., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- MANTON K.G., GU X., LAMB V.L., *Changes in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population*, *PNAS*, 103(48):18374-18379, 2006.
- MESINI D., PASQUINELLI S., RUSMINI G., *Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione*, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano, 2006.
- MINISTERO DELLA SALUTE, COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*, Roma, 2007.
- NOBILI A., *Il malato di demenza in Rsa: risultati di una valutazione comparativa tra i pazienti degenti nei Nuclei Alzheimer e in Rsa senza Nuclei Alzheimer*, in AA.VV., *Informazione Alzheimer. Alla ricerca di nuove connessioni nella rete lombarda dei servizi alle demenze*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- PESARESI F., BRIZIOLI E., *I servizi residenziali*, in *Network Non Autosufficienza* (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.
- ROCCA S., *Andamento e monitoraggio dei costi nelle Rsa lombarde*, Regione Lombardia, DG Famiglia e Solidarietà Sociale, 2009.
- TANESE A., NEGRO G., GRAMIGNA A., DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA (a cura di), *La customer satisfaction nelle amministrazioni pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2003.
- TRABUCCHI M., *Cercasi medici*, *grg-news*, 4, 2010 (www.grg-bs.it).
- ZANETTI E., TRABUCCHI M., *Strutture residenziali per anziani: quale futuro*, *I luoghi della cura*, 6(2):5-7, 2008.