I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

LO STATO DI SALUTE DELLE RSA LOMBARDE

a cura di Rosemarie Tidoli

prefazione di Cristiano Gori

ottobre 2013

Indice

Prefazione di Cristiano Gori **2**
Introduzione **3**

Il futuro delle RSA: gli effetti delle nuove regole di sistema sugli enti gestori 6
La revisione delle modalità di valutazione e del sistema di classificazione degli ospiti delle RSA 10
Le RSA lombarde, la crisi politica regionale e gli scenari possibili per il prossimo futuro 14
Un nuovo ruolo per le RSA lombarde? 18
Nuove unità d'offerta sperimentali: un percorso di cura verso casa 21
Le rette delle RSA lombarde 25
A che punto siamo sulla residenzialità per anziani? 30
Rsa: un cammino nella "resilienza" 36
Cosa sta accadendo nelle RSA lombarde? La strana vicenda degli stati vegetativi 41

Prefazione

di Cristiano Gori
Direttore di LombardiaSociale.it

Un altro anno insieme! Tutti noi di Lombardiasociale.it - direzione, redazione e collaboratori - siamo contenti di cominciare la terza annualità di lavoro del nostro sito. I risultati positivi del primo biennio, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti nei territori, ci motivano ad impegnarci sempre più. Non meno ci spinge la consapevolezza dei limiti - non pochi - che abbiamo manifestato in questi primi 24 mesi e ai quali cercheremo di porre rimedio. Gli obiettivi sono quelli di sempre: **costruire occasioni di confronto** sul welfare lombardo e di discussione delle scelte di policy, e **fornire strumenti concreti** per l'attività di chi coordina e gestisce i servizi nel territorio.

Per cominciare vi proponiamo questi Vademecum, nove dossier che raccolgono vari articoli pubblicati sinora nel sito e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

I temi dei Vademecum sono rispettivamente: "Conciliare famiglia e lavoro: dalla road map alle sperimentazioni", "Area minori e famiglie: i bisogni e le misure ", "Le politiche per la domiciliarità e la riforma ADI", "Lo stato di salute delle RSA lombarde", "Residenzialità e semiresidenzialità per le persone con disabilità", "I percorsi di presa in carico", "Lo stato della programmazione in Lombardia", "Le risorse per il welfare sociale lombardo" e "La povertà in Lombardia e alcune esperienze di interventi di contrasto".

Speriamo che i Vademecum possano servire a chi è – a qualunque titolo – impegnato nel welfare sociale lombardo e interessato al suo futuro. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, ottobre 2013

Introduzione

di Rosemarie Tidoli

Nel corso della IX legislatura regionale il sistema di offerta delle unità socio-sanitarie è stato interessato in modo trasversale da varie novità e riforme introdotte, nel corso di annualità successive, dalle cosiddette "delibere delle regole" .

Il settore della residenzialità non fa eccezione: le tre delibere delle regole emanate per il 2011, 2012 e 2013 (DGR 937 del 1/12/2010; DGR 2633 del 6/12/2011; DGR 4334 del 26/10/2012, reperibili sul sito www.lombardiasociale.it alla sezione "atti e normative") hanno apportato cambiamenti di rilievo a vario livello[1].

A partire dal 2011, la legislazione ha previsto per le RSA nuove tariffe di remunerazione, accorpamento delle classi di utenza, revisione del sistema di accreditamento e adozione di nuovi strumenti valutativi, nuove linee per contrattualizzazione e budget, sperimentazione di nuovi ruoli e di differenti forme di residenzialità, e altro ancora.

La nuova regolamentazione ha suscitato, fin da subito, un acceso dibattito. Per presentarlo nelle sue diverse sfaccettature, LS ha dato ampio spazio ad interventi sia di singoli gestori che delle Associazioni di categoria; all'opinione di geriatri e di altri esperti; a ricerche e monitoraggi svolti sulle tariffe e su altri aspetti dai Sindacati pensionati CISL e CGIL (sezione "dati e ricerche"); all'illustrazione di ruoli "alternativi" che possono essere assunti dalle RSA. Inoltre, per offrire maggiori elementi di conoscenza, la situazione lombarda è stata comparata con quella di altre Regioni.

Gli articoli che proponiamo in questa raccolta costituiscono una selezione ragionata dei diversi materiali pubblicati da LombardiaSociale.it in tema di residenzialità. La scelta è caduta sui pezzi ritenuti più utili e rilevanti per la comprensione globale

1. [1] Dopo la delibera delle regole per il 2013, anche il decreto 725 del 4 febbraio 2013 e la DGR 4879 del 21 febbraio 2013, emanati verso la fine della IX legislatura, hanno introdotto ulteriori novità per il sistema della residenzialità. A seguito di un'analisi delle RSA e delle RSD lombarde (allegato 2 DGR 4574), la Regione è arrivata a definire il costo medio e il servizio base delle strutture (allegato 3 DGR 4574), costruendo criteri e indicatori per la programmazione e la negoziazione dei posti contrattualizzati per il 2013 per RSA, RSD e CSSD (per approfondimenti si veda la sezione "atti e normative") . Con l'avvento della x legislatura, tuttavia, l'eventuale applicazione della DGR 4879 è stata rimandata al 2014.

dell'argomento; l'intera produzione è reperibile su questo sito nelle aree tematiche "anziani" e "disabilità".

L'articolo "**Il futuro delle RSA: gli effetti delle nuove regole di sistema sugli enti gestori"** precisa alcuni aspetti relativi alla DGR regole per il 2012, che in parte confermano gli orientamenti anticipati con l'analoga delibera dell'anno precedente e in parte evidenziano forte discontinuità con le politiche regionali dell'ultimo quindicennio. Gli autori si soffermano soprattutto sulle **novità di maggior rilievo politico delle due DGR: la liberalizzazione delle unità di offerta e la definizione di un percorso di valutazione multidimensionale dei bisogni e di definizione dei profili assistenziali mirato** al governo degli accessi nelle unità d'offerta socio-sanitarie (cui corrisponde, per le RSA, il contemporaneo avvio della revisione dei sistemi di classificazione degli ospiti e della relativa tariffazione).

"La revisione delle modalità di valutazione e del sistema di classificazione degli ospiti delle RSA" riprende i temi del precedente pezzo, portando il contributo della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), parte attiva nel tavolo di confronto con gli Enti gestori attivato dall'Assessorato regionale alla Famiglia. L'articolo parla del sistema di classificazione SOSIA e delle schede di valutazione multidimensionale del bisogno FIM e Vaor.

L'articolo **"Le RSA lombarde, la crisi politica regionale e gli scenari possibili per il prossimo futuro"** commenta la situazione del welfare lombardo dopo la crisi istituzionale che ha colpito la Regione a novembre 2012. Nel contempo, l'Autore prova ad analizzare il possibile impatto sul sistema socio-sanitario regionale delle regole d'esercizio per il 2013 che prevedono, tra le altre cose, l'introduzione del voucher per le RSA.

L'articolo **"Un nuovo ruolo per le RSA lombarde"** si concentra in particolare sui nuovi ruoli che le RSA lombarde possono assumere in base alla legislazione regionale[2] e sui nuovi scenari che si delineano per i gestori e per gli ospiti.

Riprendendo il tema dei nuovi ruoli per le strutture residenziali, l'articolo **"Nuove unità di offerta sperimentali: un percorso di cura verso casa"** illustra uno dei progetti ammessi al finanziamenti ai sensi della DGR 3239/2012. La sperimentazione riguarda un percorso di assistenza per pazienti post-acuti attivato in un nucleo dedicato presso la RSA Sant'Andrea di Monza.

---

2. [2] La Regione prevede la sperimentazione di "strutture di residenzialità leggera con caratteristiche di tipo alberghiero ma nel contempo in grado di garantire anche protezione sociale / sociosanitaria" nell'allegato 15 (Indirizzi di programmazione socio-sanitaria) al capitolo Progetti e sperimentazioni, area fragilità e non autosufficienza della delibera delle regole per il 2012 (DGR IX/2633 del 6.12.2011).

Le rette assistenziali delle RSA, oggetto di grande attenzione, vengono analizzate nell'articolo **"Le rette delle RSA lombarde. L'andamento aggiornato a dicembre 2012"**, che fa seguito ad un analogo contributo di novembre 2011 (sezione "dati e ricerche"). Grazie ai monitoraggi effettuati da FNP/Cisl e da SPI/CGIL viene ricostruita la situazione delle tariffe a partire dal 2008. Emerge che, negli ultimi anni, molte strutture lombarde hanno aumentato le rette, sia pur in modo alquanto difforme, con varie ricadute su famiglie e anziani.

Nell'articolo **"A che punto siamo sulla residenzialità per anziani? Tre regioni a confronto con la Lombardia"**, grazie alla collaborazione di alcuni testimoni privilegiati Lombardia Sociale esamina cosa succede nelle RSA di tre regioni comparabili (Emilia Romagna, Veneto e Piemonte). Le informazioni disponibili, benché parziali, lasciano intendere come sul fronte della residenzialità si assista a un momento di difficoltà diffuso. A titolo diverso, ne sono toccati gli utenti, i gestori delle strutture, i legislatori e gli altri Enti pubblici che intervengono nel quadro (ASL e Comuni).

"RSA: un cammino nella resilienza" propone una lettura dei "lasciti" della IX legislatura appena conclusa. Le considerazioni dell'autore riguardano il ruolo della RSA previsto dal programmatore regionale nell'attuale sistema dei servizi; l'enfasi posta sulla domanda e sulla valutazione dei bisogni; la revisione/unificazione dei criteri di accreditamento e il conseguente debito informativo; la remunerazione riconosciuta dal FSR. L'analisi evidenzia alcuni nodi cruciali conseguenti alle scelte operate dal legislatore.

L'articolo **"Cosa sta accadendo nelle RSA lombarde? La strana vicenda degli stati vegetativi"** propone le considerazioni dei rappresentanti di categoria delle RSA su alcuni aspetti centrali per l'appropriatezza dell'intervento. Pur essendo state originate da due delibere emanate a fine dicembre 2012 sul percorso di presa in carico delle persone in stato vegetativo a domicilio e in RSA (DGR IX/4222 e IX/4598, sezione "atti e normative") le riflessioni esposte, frutto del lavoro congiunto di tecnici, Asl e Regione, superano la specificità di tali ospiti e si estendono all'intero scenario della residenzialità.

Il futuro delle RSA: gli effetti delle nuove regole di sistema sugli enti gestori

Contributo elaborato in collaborazione con **Chiara Benini**, Fondazione Colturi, Villa Carcina (BS)

di Gianbattista Guerrini

Gennaio 2012

Temi > Anziani, Programmazione e governance, RSA

A completamento della sintesi delle nuove regole regionali per il 2012 e dei commenti di alcuni tra i principali soggetti maggiormente rappresentativi della realtà dei servizi per gli anziani (ARLEA, UNEBA, Confcooperative), sembra utile precisare alcuni aspetti, che confermano da una parte gli orientamenti anticipati con l'analoga delibera dello scorso anno (2011) e segnalano al tempo stesso una forte discontinuità con le politiche regionali dell'ultimo quindicennio.

Il primo aspetto che emerge immediatamente dalla lettura complessiva delle regole 2011 e 2012 è la **riduzione delle risorse a disposizione degli enti gestori**: alla definizione, nel 2011, di un budget corrispondente al 98% della spesa dell'anno precedente ed al mancato adeguamento delle tariffe regionali al tasso d'inflazione si aggiungono per il 2012 la mancata copertura delle assenze degli utenti per ricoveri ospedalieri e del cosiddetto "vuoto per pieno" dei posti di sollievo.

Non si tratta certo di una novità: **dal 2003 al 2011 l'incremento delle tariffe regionali è stato del 5.8% a fronte di un aumento del tasso di inflazione del 19.9%.** Ma l'ulteriore riduzione dei trasferimenti regionali si presenta oggi particolarmente problematica perché, obbligato da anni di riduzione reale delle disponibilità economiche ad una spasmodica attenzione all'efficienza ed all'economicità, il sistema delle RSA ha margini di risparmio e di riduzione delle spese improprie ormai molto limitati. **L'unico capitolo nel quale operare risparmi resta quello del personale**: con il ricorso (vedi il volume

"Come cambia il welfare lombardo, pagg. 237-240) a contratti di lavoro meno onerosi ma anche più penalizzanti per i lavoratori, con l'aumento dell'instabilità e della precarietà degli operatori, con il rischio di una riduzione anche dei livelli assistenziali (iniziando magari – come sembrano suggerire le regole 2012 – da quei "servizi aggiuntivi" che non debbono essere inclusi nella retta, ma che resteranno comunque a carico degli assistiti).

Questo crescente divario tra l'aumento del costo della vita e l'insufficiente copertura regionale obbliga molti enti gestori ad una drammatica alternativa tra il disavanzo di bilancio e l'ulteriore aumento di rette di degenza già alte: tra l'altro in una situazione di grave crisi economica che coinvolge tanto le famiglie quanto i Comuni e che rischia di veder vanificata nei fatti quella centralità della domanda affermata dalla recente normativa regionale (sono sempre più numerose le famiglie che, dopo aver atteso magari per mesi un posto libero, rinunciano a ricoverare i propri congiunti per motivi unicamente economici).

Ma le delibere delle regole per il 2011 ed il 2012 delineano in particolare **due novità politiche di rilievo**: **la liberalizzazione delle unità di offerta delle unità di offerta e la definizione di un percorso di valutazione multidimensionale dei bisogni e di definizione dei profili assistenziali** (e dei relativi voucher?) funzionale al governo degli accessi nelle unità d'offerta socio-sanitarie (cui corrisponde, per le RSA, la revisione dei sistemi di classificazione degli ospiti e della relativa tariffazione).

Con la separazione dell'accreditamento dalla contrattualizzazione dei posti letto e la successiva "budgettizzazione" delle RSA (regole 2011) la Regione ha inteso aprire un mercato condizionato dalla mancanza di risorse aggiuntive (carenza che impediva di fatto l'ingresso di nuovi soggetti). Già nel 2011 il budget a disposizione delle singole RSA si è ridotto dal 100% al 98% dei volumi di prestazioni del 2010, liberando risorse che hanno consentito l'accreditamento di 625 nuovi posti letto in RSA, di cui 57 a contratto. L'eventuale prosecuzione nei prossimi anni su questa strada (anche se per il 2012 è stato confermato il budget 2011) potrebbe comportare l'aumento del numero di RSA accreditate, con una presenza diffusa di posti letto accreditati non contrattualizzati. In una prospettiva forse nemmeno troppo remota i cittadini, destinatari di un voucher proporzionale al loro livello di bisogno, avrebbero così la possibilità di scegliere tra diversi soggetti operanti sul mercato. Questa competizione dovrebbe, secondo il legislatore regionale, migliorare l'efficienza del sistema; d'altra parte, se il budget complessivo resta invariato, sembra destinata ad aumentare solo l'offerta di posti letto accreditati non contrattualizzati, i cui oneri – nettamente superiori – finiscono ancora una volta per scaricarsi sugli utenti (tra l'altro probabilmente meno disponibili ad accettare la mancata risposta ad un bisogno riconosciuto dall'equipe di valutazione).

Se questa lettura è corretta si tratta però di un percorso che può avere un impatto devastante sul sistema delle RSA, che non hanno margini economici per affrontare eccessive fluttuazioni dei tassi di occupazione, oggi molto vicini al 100%, per la rigidità tanto dei loro costi (al 70-80% riferiti al personale e perciò difficilmente modificabili se non a prezzo di una precarietà difficilmente compatibile con la qualità dell'assistenza) quanto dei loro ricavi (rappresentati per la quasi totalità dai finanziamenti regionali e dal pagamento delle rette, mentre buona parte dei patrimoni è stata già smobilitata per realizzare gli interventi di riqualificazione e di adeguamento agli standard strutturali) e per la debolezza dei loro bilanci (gli stessi dati regionali segnalano che oltre il 50% degli Enti gestori ha un bilancio in passivo: percentuale probabilmente destinata ad aumentare se si prendesse in considerazione il bilancio caratteristico dell'unità d'offerta RSA).

Già oggi l'incertezza sulle prospettive future e sulle risorse economiche che si renderanno disponibili condiziona pesantemente la possibilità per degli enti gestori di fare programmi a medio termine e rischia di mortificare "sia la gestione delle strutture sia la propensione agli investimenti e la composizione degli operatori" (ARLEA, 2011).

L'altra novità, introdotta dalla recente delibera delle regole, è la prospettata revisione del SOSIA con l'introduzione nelle RSA di nuovi strumenti di valutazione e nuove modalità di tariffazione. Questa scelta punta a realizzare due obiettivi, entrambi del tutto condivisibili: da una parte ripristinare il governo degli accessi alle unità d'offerta socio-sanitarie (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) attraverso "modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona", superando il modello attuale che affida al cittadino la possibilità di scegliere liberamente l'unità d'offerta che più risponde ai suoi bisogni; dall'altra rivedere il sistema di tariffazione sulla base di una migliore definizione del rapporto tra livello di bisogno, assorbimento di risorse ed entità della remunerazione, a tutela dell'appropriatezza degli interventi e dell'equità delle risposte erogate dal sistema.

La delibera regionale affida correttamente all'ASL (anche se, al momento, richiamandosi alla "fase di sperimentazione, al fine della validazione definitiva del modello") il governo della valutazione e degli accessi grazie ad "un'équipe multiprofessionale per la valutazione multidimensionale al domicilio delle persone in condizioni di fragilità". Come già delineato nell'allegato alla delibera sull'ADI, le figure centrali dell'équipe valutativa sono l'infermiere professionale e l'assistente sociale (quest'ultima figura possibilmente del Comune, a garanzia e stimolo di una più decisa integrazione socio-sanitaria), che operano d'intesa con il MMG e possono avvalersi di figure specialistiche per problematiche particolari. Per la risposta ai bisogni degli anziani riteniamo proponibile il coinvolgimento di un geriatra esperto attraverso specifiche convenzioni tra l'ASL ed i servizi della rete (già in atto in alcune ASL): anche

in questo caso con l'obiettivo ulteriore di sollecitare le unità di offerta della rete ad operare in una logica di sistema.

All'interno di questo percorso che mira ad individuare modalità uniformi di valutazione del bisogno in tutte le unità d'offerta della rete e a consentire una migliore definizione del profilo di assistenza e del relativo assorbimento di risorse la Regione prevede, appunto, la revisione del sistema SOSIA oggi utilizzato nelle RSA lombarde e l'introduzione di un diverso strumento. Non si tratta peraltro di un'operazione semplice: sostituire procedure di valutazione e di rendicontazione ormai consolidate richiederebbe un rilevante impegno per la formazione del personale e per l'implementazione cartacea ed informatica del nuovo sistema, con una pesante ricaduta sia organizzativa che economica difficilmente sostenibile, salvo la disponibilità della Regione a riconoscere concretamente tale impegno.

Non sappiamo ancora come si orienterà la Regione, che sta in questi giorni approfondendo il tema con uno specifico gruppo di lavoro. In questo momento, nella situazione di difficoltà che il sistema sta vivendo, pur essendo consapevoli di alcuni limiti dello strumento attuale (relativi in particolare alla sopravvalutazione della dipendenza motoria rispetto ai bisogni sanitari ed alla "dipendenza senza riduzione di mobilità" tipico delle persone affette da demenza), **riteniamo più sostenibile da parte delle RSA l'introduzione di alcuni correttivi al SOSIA che, a parità di risorse disponibili, definisca tariffe più rappresentative del reale impegno assistenziale che le diverse tipologie di ospiti richiedono.**

Punti di vista

La revisione delle modalità di valutazione e del sistema di classificazione degli ospiti delle RSA

L'Assessorato regionale alla Famiglia ha attivato un tavolo di confronto con rappresentanti degli Enti gestori integrati da alcuni geriatri della sezione lombarda della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Il documento che presentiamo costituisce un contributo offerto da **Gianbattista Guerrini** e**Antonio Guaita** alla discussione in atto.

di Gianbattista Guerrini

23 febbraio 2012

Temi > Anziani, RSA

La delibera regionale n.IX/2633 (meglio conosciuta come DGR regole 2012) prevede di introdurre l'utilizzo di "modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona, quale strumento per indirizzare l'accesso alle unità di offerta socio-sanitarie (residenziali, semiresidenziali e domiciliari)" avviando contemporaneamente la "revisione del sistema di classificazione delle persone ospiti di RSA".

La questione della revisione del SOSIA e dell'introduzione nelle RSA di nuovi strumenti di valutazione consegue alla scelta della Regione Lombardia – che riteniamo assolutamente condivisibile ed in linea con il modello culturale ed operativo della geriatria – di prevedere il governo degli accessi alle unità d'offerta socio-sanitarie (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) attraverso modalità uniformi di valutazione multidimensionale del bisogno della persona. L'obiettivo dichiarato è quello di individuare un miglior rapporto tra livello di bisogno / dipendenza, assorbimento di risorse ed entità della remunerazione, a tutela dell'appropriatezza degli interventi e dell'equità delle risposte erogate dal sistema.

Prima di approfondire l'esame dei possibili strumenti di valutazione multidimensionale, è bene precisare che date la complessità e la multi-dimensionalità dei bisogni e delle risorse che "definiscono" il profilo di assistenza, nessun pacchetto di

VMD anche se può generare automaticamente un "profilo" del bisogno dell'anziano, può offrirsi come "sistema esperto" in grado di valutare quale sia il servizio più appropriato sostituendosi alla valutazione degli operatori professionali" ma può e deve rappresentare:

- un supporto all'equipe multidisciplinare (in possesso dell'adeguata esperienza e adeguatamente formata) nel processo di valutazione dei bisogni e delle potenzialità della persona e della sua famiglia finalizzato all'individuazione della migliore risposta possibile nell'ambito delle risorse disponibili nella rete formale ed informale;
- uno strumento di verifica e controllo dell'appropriatezza e dell'efficacia delle scelte operate dall'equipe valutativa;
- la fonte di dati conoscitivi in grado di supportare la programmazione integrata per il governo del sistema.

Alla luce di queste considerazioni, se appare scontata la titolarità dell'ASL (Direzione Sociale e Dipartimento ASSI) sul governo degli accessi, risultano essenziali per la garanzia della reale efficacia di tale compito la composizione dell'equipe valutativa e la professionalità dei suoi membri. Come già delineato nell'allegato alla delibera sull'ADI, le figure centrali dell'equipe valutativa sono l'infermiere professionale e l'assistente sociale (quest'ultima figura possibilmente del Comune, a garanzia e stimolo di una più decisa integrazione socio-sanitaria), che operano d'intesa con il MMG e possono avvalersi di figure specialistiche per problematiche particolari. Per la risposta ai bisogni degli anziani riteniamo proponibile il coinvolgimento di un geriatra esperto attraverso specifiche convenzioni tra l'ASL ed i servizi della rete, anche in questo caso con l'obiettivo ulteriore di sollecitare le unità di offerta della rete ad una logica di sistema (vedi, ad esempio, l'esperienza consolidata dell'ASL di Brescia).

La revisione del sistema SOSIA oggi utilizzato nelle RSA lombarde e la scelta di un diverso strumento, nel rispondere alle esigenze, già ricordate, di

- individuare modalità uniformi di valutazione del bisogno in tutte le unità d'offerta della rete
- consentire una migliore definizione del profilo di assistenza e del relativo assorbimento di risorse
- deve peraltro tener presenti anche
- l'impatto dell'operazione sul sistema delle RSA, sempre più in difficoltà a mantenere l'equilibrio tra qualità del servizio erogato e costi (soprattutto in una fase ormai prolungata di stagnazione economica), e

- la necessità per la Regione di tradurne i dati nel debito informativo ministeriale (flussi FAR).

1. L'introduzione anche nei servizi residenziali del pacchetto di VMD basato sulla scala FIM già sperimentato in ADI viene motivata dall'esito positivo di quest'ultima sperimentazione e dalla possibilità, pertanto, di condividere con i servizi domiciliari lo stesso strumento di valutazione. Ci sembra utile esplicitare i nostri dubbi, in merito a tale scelta:

- la FIM è una scala di valutazione molto utilizzata in ambito riabilitativo, per questo molto centrata sul binomio autonomia/dipendenza e sensibile alla variazione nel tempo di questa dimensione (variazione che rappresenta l'obiettivo principale dell'intervento riabilitativo, di significato nettamente minore nelle RSA, che per loro natura devono normalmente gestire casi a prognosi negativa sia per la vita che per la funzione);
- deve comunque essere integrata da strumenti che valutino adeguatamente sia le problematiche di ordine cognitivo-comportamentale (poco rappresentate nella FIM) che i bisogni sanitari (intensività ed instabilità clinica) e la relativa necessità di interventi medico-infermieristici;
- l'utilizzo della FIM è subordinato ad un percorso di formazione onerosa: l'acquisto della sua licenza e l'implementazione anche informatica del nuovo sistema graverebbero sia organizzativamente che economicamente su un sistema come già ricordato in difficoltà (salvo la disponibilità della Regione a farsi carico concretamente di tale impegno);
- resterebbe da definire l'algoritmo di conversione tra i dati dedotti dal nuovo sistema di valutazione / classificazione e il debito informativo ministeriale;
- si tratterebbe comunque di passare da uno strumento (l'attuale SOSIA) ad un altro utilizzato solo in Lombardia senza pertanto superare il limite dell'impossibilità di confrontare i dati lombardi con quelli elaborati e raccolti dalle altre Regioni (vedi Mattone 12, DM 17.12.2008).

2. Vale la pena di approfondire anche i limiti e gli aspetti positivi dell'attuale sistema di classificazione dell'utenza delle RSA, il SOSIA:

- la sperimentazione del SOSIA in questi anni ha messo in luce alcuni limiti, più volte segnalati, relativi in particolare alla sopravvalutazione della dipendenza rispetto alle altre dimensioni misurate ed in particolare ai bisogni sanitari (intensività ed instabilità clinica), e la sottovalutazione della "dipendenza senza riduzione di mobilità" che caratterizza una vasta platea di ospiti dementi delle RSA; si tratta comunque di limiti cui si potrebbe porre mano, attraverso un percorso sperimentale non particolarmente complesso;

- a fronte di questi limiti SOSIA presenta il grande vantaggio di essere ormai un sistema conosciuto, consolidato e supportato anche informaticamente;
- pur restando irrisolto il problema della confrontabilità dei dati regionali con quelli di altre Regioni (il SOSIA è utilizzato solo in Lombardia) è già disponibile la sua transcodifica con gli strumenti approvati dal DM 17.12.2008;
- per quanto riguarda infine la possibilità di condividere il sistema di valutazione utilizzato nelle residenze con i servizi domiciliari, è opportuno ricordare l'esperienza dell'ASL di Brescia che da anni utilizza nella VMD per l'accesso a tutti i servizi (ADI compresa) il pacchetto SOSIA opportunamente integrato da strumenti di valutazione delle problematiche sociali, e che ha dimostrato la possibilità di confrontare su questa base i bisogni di ambedue le popolazioni di assistiti.

3. Qualora si dovesse decidere comunque di abbandonare SOSIA e di introdurre una diversa modalità di valutazione e di classificazione dell'utenza, la nostra preferenza va al sistema VAOR/RUG per i seguenti motivi:

- si tratta di uno strumento finalizzato alla pianificazione dell'assistenza, che correla bene la valutazione dei bisogni con l'assorbimento delle risorse e offre un ritorno informativo sia sui bisogni dell'assistito che sugli interventi messi in campo;
- valuta meglio di SOSIA le problematiche sanitarie ed il carico assistenziale conseguente;
- obbligatorio in tutte le NH statunitensi, è utilizzato in oltre 30 nazioni e da alcune regioni italiane (Valle d'Aosta, Friuli, Marche, Umbria, Lazio, Basilicata e Calabria): consentirebbe pertanto di confrontare la realtà delle RSA lombarde con importanti banche dati internazionali;
- è uno degli strumenti individuati dal DM 17.12.2008 per il Flusso Informativo Residenziale;
- è disponibile, nella versione italiana validata dal gruppo della Università Cattolica di Roma, senza royalties, anche se richiede comunque un percorso di formazione;
- è disponibile anche nello strumento dedicato all'ADI (Inter-RAI Home Care).

E' evidente che su tutta la materia potrebbe essere utile, oltre ad un approfondimento ed al confronto con chi sta utilizzando VAOR, una fase di sperimentazione. Forse è meglio tardare alcuni mesi, ma essere sicuri della scelta effettuata.

Punti di Vista

Le RSA lombarde, la crisi politica regionale e gli scenari possibili per il prossimo futuro

Intervista a **Gianbattista Guerrini** - geriatra e direttore della Fondazione Brescia Solidale

A cura di Rosemarie Tidoli

Novembre 2012

Temi > Anziani, RSA

Un commento sulla situazione del welfare lombardo dopo la crisi istituzionale che ha colpito la Regione Lombardia e un'anticipazione sui possibili impatti delle regole di esercizio 2013

Come vede la situazione dei servizi socio-sanitari alla luce della crisi che ha colpito la Regione Lombardia?

La crisi politica che ha investito la Regione Lombardia con il conseguente cambio di Giunta si verifica in un momento particolarmente delicato per le sorti dello stato sociale, nazionale e regionale.

L'ennesima riduzione delle risorse destinate alla Sanità prefigurate dalla Legge di stabilità all'esame del Parlamento si aggiunge infatti alle drastiche "manovre" degli ultimi 2 anni, che hanno determinato pesanti tagli alle Regioni e che impongono un'ulteriore riduzione dei posti letto ospedalieri. Nel frattempo si sono azzerati i finanziamenti alle Regioni per le politiche sociali ed è scomparso in particolare il fondo per la non autosufficienza; e mentre una percentuale crescente di famiglie sfiora (o ha già decisamente superato) la soglia della povertà i Comuni, senza risorse, sono costretti a ridurre continuamente i loro interventi nel sociale.

Quali possono essere, per il sistema socio-sanitario lombardo e per le RSA in particolare, le conseguenze di una situazione così pesante?

La riduzione delle risorse messe a disposizione delle RSA è stata, nel 2012, tutto sommato modesta (soprattutto se non si tiene conto del mancato adeguamento delle tariffe regionali al costo della vita, cui la Regione Lombardia ci ha abituato da anni); i

fondi per l'Assistenza Domiciliare Integrata sono addirittura aumentati. Ma le preoccupazioni per i prossimi anni certo non mancano.

Chi si occupa dell'assistenza alle persone non autosufficienti tocca ogni giorno con mano i problemi di un numero crescente di famiglie, non in grado di affrontare i costi delle RSA – e spesso anche dei CDI – e lasciate sole da un sistema di cure domiciliari comunque insufficiente a gestire a casa bisogni complessi. D'altra parte, a fronte della reale riduzione negli ultimi 10 anni del finanziamento da parte del fondo sanitario regionale e del costante aumento dei prezzi il sistema delle RSA, esaurita in buona parte ogni possibilità di razionalizzare la spesa, non riesce più ad evitare l'aumento delle rette, aggravando – in un perverso circolo vizioso – le difficoltà delle famiglie a ricoverare i propri congiunti e rendendo sempre più difficile la piena occupazione di posti letto (condizione indispensabile, in servizi caratterizzati da margini economici molto esigui, per salvaguardare gli equilibri di bilancio).

Come si inserisce, in questo quadro, il percorso di "riforma" del welfare lombardo?

La mia sensazione è che queste "novità" tendano ad aggravare anziché a contenere l'instabilità del sistema, con ricadute negative, è facile prevedere, sugli stessi utenti.

Da una parte, una pur lodevole politica di miglioramento della qualità sta appesantendo di obblighi burocratici una realtà di residenze per lo più di piccole dimensioni (il 40% delle RSA lombarde ha meno di 60 posti letto) che proprio sulla snellezza del proprio assetto organizzativo ha basato fino ad ora la capacità di contenere i livelli delle rette.

La prevista estensione alle RSA, a partire dal prossimo anno, del sistema dei voucherper l'accesso alle residenze rischio poi di assestare un colpo mortale a molte RSA.

Oggi una RSA accreditata con il Servizio Sanitario Regionale concorda con la propria ASL il numero di posti letto "messi a contratto" ed ha una ragionevole garanzia di occupare tali posti per tutto l'anno – ricevendo pertanto il contributo del Fondo sanitario regionale – dato il livello anche molto più elevato della retta dei posti letto "non contrattualizzati" eventualmente disponibili sul territorio.

Il nuovo meccanismo dei voucher, sul modello del sistema già introdotto da anni nell'ADI, prevede che sia l'anziano a ricevere il titolo di spesa (il voucher appunto) commisurato al livello dei suoi bisogni di assistenza e cura, e che egli possa scegliere di "spenderlo" in qualsiasi struttura accreditata. Parallelamente, ogni Ente gestore avrà diritto all'accreditamento di nuovi posti letto purchè realizzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa regionale.

Le ragioni alla base di questa scelta regionale sono chiare e rimandano ai valori di fondo assunti dal “modello lombardo” del welfare fin dalla fine degli anni '90: aumentare la libertà di scelta da parte dell'utenza, stimolare la competizione tra i soggetti gestori e attraverso questa strada innalzare la qualità del sistema a costi contenuti (essendo il costo della retta uno degli elementi che più può indirizzare la scelta dei cittadini).

E' peraltro ragionevole nutrire molti dubbi sui risultati attesi. Come già si è detto, i margini per un ulteriore contenimento dei costi (in presidi che vedono nella spesa per il personale il 70% delle proprie uscite) sono nelle RSA ormai molto ridotti, se non a prezzo di una riduzione dei livelli assistenziali non compatibile con il mantenimento di quella qualità del servizio che si vorrebbe addirittura aumentare. E' facile invece prevedere che con la possibilità per i cittadini di rivolgersi a tutte le strutture accreditate la mancata garanzia della copertura dei posti letto aggraverà ulteriormente le difficoltà di bilanci già oggi in fragile equilibrio, mettendo molti Enti gestori di fronte ad una scelta tutt'altro che semplice: mantenere le rette invariate, pur a rischio della riduzione del proprio tasso di occupazione, oppure “coprire” tale eventualità con un aumento delle rette, esponendosi però al rischio di un'ulteriore riduzione dell'occupazione.

Se l'obiettivo del programmatore regionale è mettere in moto una sorta di “selezione naturale” in forza della quale potranno sopravvivere solo le RSA in grado di reggere la sfida di un miglior equilibrio tra qualità del servizio e costi della retta, il percorso non mi sembra privo di pericoli.

Il primo rischio è che questa selezione possa avvenire al ribasso, venendo privilegiato, da famiglie in difficoltà economiche sempre più stringenti, il costo (basso) della retta rispetto alla qualità (che se non corrisponde sempre al costo del servizio, difficilmente può essere ad esso inversamente proporzionale). L'altro pericolo è che, alla fine di questo percorso di selezione, restino in campo solo pochi gruppi più grossi, magari “for profit”, più in grado per le loro dimensioni di sopravvivere anche a periodi di difficoltà economica. E difficilmente la concentrazione della risposta in poche mani potrà portare benefici agli utenti …

Una visione molto pessimistica, mi sembra, del futuro delle RSA.

In realtà non può essere il pessimismo la cifra di chi si occupa dei più deboli. Intanto, la stessa crisi politica può offrire l'occasione per riaprire il confronto su orientamenti che sembravano ormai irreversibili. Inoltre, se pure le preoccupazioni sono forti, continuo a credere nella capacità di adattamento che il sistema delle RSA ha sempre dimostrato (più in generale, Marco Trabucchi, parla di “plasticità sociale”, che a noi geriatri non può non richiamare la plasticità dei sistemi biologici presente anche nell'età più

avanzata). Le strade che possono aiutarci ad affrontare le nuove difficoltà sono due. La prima passa per la capacità degli Enti gestori di “fare sistema” e di creare occasioni di sinergia e di collaborazione, mantenendo l'equilibrio tra il radicamento nella realtà locale, che già oggi consente a molte RSA di mobilitare risorse economiche ed umane (il volontariato) preziose anche per gli equilibri economici, e la condivisione di alcuni ambiti di operatività (il riferimento non è solo al capitolo dell'acquisto di beni e servizi, ma può includere anche la capacità di rispondere a normative complesse).

L'altra possibilità per le RSA di reggere le nuove sfide passa ancora una volta per la diversificazione degli interventi, proseguendo su un percorso già consolidato che ha portato molti Enti gestori ad attivare unità speciali di degenza (Nuclei Alzheimer, nuclei per persone in stato vegetativo, hospice) o Centri Diurni Integrati o a proporsi come erogatori ADI. Un ulteriore ambito di diversificazione è oggi rappresentato da modelli di residenzialità a minore protezione (Casa albergo, o Comunità residenziale) cui la Regione sembra puntare nel tentativo di allentare la domanda di ricovero in RSA da parte di persone con minori livelli di dipendenza[3]. A questi utenti le RSA possono mettere a disposizione le proprie competenze e l'esperienza maturata nella promozione dell'autonomia residua; l'ampliamento della gamma dei destinatari può inoltre compensare l'eventuale perdita di alcune “quote di mercato”, consentendo opportune sinergie tra i diversi ambiti di intervento.

3. [3] La Regione prevede la sperimentazione di "strutture di residenzialità leggera con caratteristiche di tipo alberghiero ma nel contempo in grado di garantire anche protezione sociale / sociosanitaria" nell'allegato 15 (Indirizzi di programmazione socio-sanitaria) al capitolo Progetti e sperimentazioni, area fragilità e non autosufficienza della delibera delle regole per il 2012 (DGR IX/2633 del 6.12.2011). In base alla DGR IX/3680 del 2.7.2012, tali sperimentazioni vengono finanziate con residui del Fondo ministeriale per la non autosufficienza (1,588 milioni di Euro) integrati da un cofinanziamento Regionale di 1,300 milioni di Euro.

Punti di vista

Un nuovo ruolo per le RSA lombarde?

L'opinione di **Rino Ferri** - Direttore della RSA "San Vincenzo", Piadena (CR)

A cura di Rosemarie Tidoli

Novembre 2012

Temi > Anziani, RSA

Dopo il commento di G. Guerrini sulla situazione del welfare e delle RSA lombarde alla luce della crisi istituzionale regionale, proponiamo un altro contributo di un gestore di RSA. L'articolo si concentra in particolare sui nuovi ruoli che le RSA lombarde possono assumere in base alla legislazione regionale.

La riduzione dei posti letto ospedalieri a seguito della spending review

La manovra che passa sotto il nome di "spending review" era assolutamente necessaria , anche se sono certo che sarebbe bastata una gestione oculata e rispettosa delle risorse a disposizione (sia economiche che umane) per evitare tagli importanti che rischiano di essere deleteri.

Le indicazioni dalla Spending Review – L. n. 135 del 7 Agosto 2012
Riduzione del finanziamento del SSN complessivamente per 6,8 miliardi di euro nel quadriennio 2012-2015.
attraverso risparmi su:

- le procedure di acquisto dei farmaci,
- i contratti di appalto di beni e servizi in essere,
- i tetti di spesa per i dispositivi medici e per i contratti stipulati con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie,
- la proroga al 2015 delle vigenti misure di riduzione della spesa sul personale
- il taglio dei posti letto – 3,7 posti letto, compresi post-acuti, per mille abitanti.

Per la Lombardia
- 2.337 posti letto, di cui 1.426 acuti e 911 post-acuti

Lo sviluppo delle tecnologie, le nuove tecniche operatorie, i passi nella ricerca scientifica hanno consentito di accorciare i tempi di ricovero ospedaliero, migliorando

la qualità di vita degli utenti e rendendo più celere l'accesso all'ospedale, dove in precedenza alcuni posti letto venivano occupati impropriamente per giorni e giorni.

Ciò consente di ottimizzare i tempi e l'impiego delle risorse, per cui la riduzione dei posti letto in ospedale mi trova assolutamente d'accordo.

I nuovi scenari possibili

La strada imboccata ha necessariamente aperto nuovi scenari a partire dai centri per subacuti, fase successiva al ricovero in ospedale e precedente ad un rientro in famiglia o al ricovero in RSA.

Da ciò che si capisce, tale operazione è a somma zero: tanti sono i posti letto ospedalieri tagliati, tanti sono i posti letto per subacuti creati. In questo modo, però, i costi a giornata per utente sono molto inferiori e vengono salvaguardati (mi verrebbe da pensare) i posti di lavoro.

Di fatto è stata realizzata una nuova "maglia" nella rete dei servizi alla persona cercando di rendere il circuito più razionale e rispondente ai bisogni della persona.

I cambiamenti e le ricadute per i gestori

Le recenti delibere della Regione Lombardia, ed in particolare la DGR 3540 del maggio scorso, in materia di esercizio e accreditamento, per alcuni gestori cambiano ben poco. Per altri, invece, comportano molte modifiche dal punto di vista dell'attività burocratica e dell'incremento dei costi (si veda in proposito anche l'intervista a Valeria Negrini).

Questa Dgr di fatto può essere considerata una sorta di "vademecum" sui requisiti strutturali, gestionali e organizzativi di cui ogni Unità Operativa Socio-Sanitaria (RSA, CDI, CDD, Hospice, CSS, ecc.) deve essere in possesso ai fine dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento. In grandissima parte tali requisiti erano previsti dalle DGR emanate per le diverse unità di offerta.

Sono state invece introdotte alcune novità mutuate anche da leggi nazionali: Codice Etico, Modello Organizzativo previsto dal D.Lgs. 231/2001.

Sono previste nuove modalità per documentare il possesso dei requisiti.

E' previsto l'obbligo della personalità giuridica, del revisore, dell'organo di vigilanza per D.Lgs. 231/2001.

Per le realtà medio-piccole questo costituirà un incremento relativo importante della burocrazia e dei costi, a fronte di contributi regionali fermi e di rette di degenza sulle quali non si può continuamente fare leva.

In questa difficile situazione economica, infatti, utenti e famiglie fanno fatica a pagarle e gli Enti Gestori fanno "da banca" ai propri clienti.

I cambiamenti per gli ospiti

Per gli ospiti le cose non cambiano; anzi la qualità del servizio viene maggiormente garantita.

Ritengo infatti che il lato positivo della nuova DGR sia quello di rendere più chiaro ogni processo e ogni procedura, tracciando in maniera razionale tutti i percorsi relativi all'assistenza a favore degli ospiti stessi. Naturalmente c'è il rischio che, a fronte dell'aumento dei costi e di ricavi pressoché fermi , si tenda ad appiattirsi su un minutaggio minimo settimanale di assistenza all'ospite (901 minuti ospite a settimana per le RSA accreditate) mentre prima si riusciva a garantire qualche minuto in più (ogni minuto ha un costo importante……).

Le nuove politiche alternative alla residenzialità tradizionale

In questo quadro di difficoltà – economica e di sostenibilità - del sistema RSA a contratto (con contributi a carico del SSR) causato dall'incremento costante della popolazione anziana, si stanno facendo avanti politiche rivolte alla semi-residenzialità e al domicilio (si veda in proposito l'intervista a G. Guerrini).

A mio parere si tratta di una partita molto difficile da giocare, perché significa per un gestore di residenzialità "classica" fare cose abbastanza diverse, che riguardano soprattutto la domiciliarità. Tuttavia potrebbe avere aspetti positivi a patto che vi sia un ambito familiare in grado di reggere.

I lati positivi consistono:

- innanzitutto, nel mantenimento dell'anziano a casa propria, evitando l'istituzionalizzazione o spostandola il più lontano possibile nel tempo
- nella possibilità di offrire interventi mirati con costi inferiori
- nel la possibilità di riservare i posti di ricovero alle persone più bisognose , garantendo la risposta giusta al giusto bisogno.

Nel territorio

Nuove unità d'offerta sperimentali: un percorso di cura verso casa

A cura di Rosemarie Tidoli

Gennaio 2013

Temi > Anziani, RSA

Nei mesi scorsi Regione Lombardia ha erogato i finanziamenti dei progetti sperimentali giudicati ammissibili ai sensi della DGR 3239/2012. Qui presentiamo il progetto attuato dal Gruppo Segesta in collaborazione con Mosaico Cure domiciliari. La sperimentazione, che rientra nell'area C (fragilità e non autosufficienza), riguarda un percorso di assistenza per pazienti post-acuti attivato presso la RSA Sant'Andrea di Monza, in un nucleo dedicato.

I presupposti del progetto

Ogni malattia ha la sua storia: ad una fase acuta della malattia segue solitamente una fase post-acuta e infine la stabilizzazione. La fase intermedia, la post-acuzie, ha dunque una precisa collocazione temporale nella storia della malattia ma una durata non definita. Gli obiettivi di cura sono finalizzati ad accompagnare la persona verso due possibili esiti: la "guarigione" o la "cronicità". Si tratta dunque di pianificare cure continue di intensità molto variabile erogate o per periodi di tempo più/meno lunghi per arrivare alla guarigione o permanentemente per far fronte a patologie croniche.

In un'attività sanitaria che – declinata genericamente come lungodegenza e riabilitazione – in realtà abbraccia un campo talmente vasto da non poter essere definita con un nome proprio, ma solo come "post" qualcosa, evidentemente assume grande importanza il criterio della continuità delle cure.

Cure che si configurano come completamento del percorso terapeutico avviato nel reparto ospedaliero per acuti: quindi degenza temporanea per completare un ciclo di cure complesse in un ambiente protetto, riabilitazione fisica e psicorelazionale e infine garanzia di una adeguata assistenza domiciliare una volta avvenuto il rientro a casa.

Punti di forza e obiettivi

Forte dell'esperienza maturata in vent'anni di attività nel settore Sanitario e Socio-Sanitario, Segesta ha avviato un nuovo Servizio di Assistenza Post-Acuta, all'interno della R.S.A. Sant'Andrea, una storica Residenza di Monza.

Il Servizio, nelle sue forme residenziale e domiciliare, è una sperimentazione completamente finanziata dalla Regione Lombardia ed è gratuito per il cittadino.

- Si rivolge a persone in quella fase della malattia in cui l'evento acuto è stato superato ma è necessario ancora un recupero funzionale e relazionale, per mantenere o perfezionare le proprie capacità e favorire la permanenza a casa in sicurezza.
- Segesta accompagna la Persona lungo tutto il periodo di cura sia in forma residenziale, presso il Servizio di Assistenza Post-Acuta, sia al domicilio, per offrire un sostegno completo durante l'intero percorso di recupero.
- Il Servizio si integra con le altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari locali.

Destinatari

- Persone adulte che lasciano il luogo di cura dopo la fase acuta della malattia e si trovano di fronte alla necessità di riacquisire le condizioni necessarie a riprendere, gradualmente, la vita di tutti i giorni.
- Persone che necessitano di un rientro a casa accompagnato e del sostegno nella scelta di ausili e presidi, nell'attivazione di reti di supporto e di osservazione medica e infermieristica.
- Pazienti che hanno bisogno di un recupero delle principali funzioni riabilitative e sociali per tornare e/o rimanere a casa propria, sostenuti all'interno del loro nucleo familiare e di rete.

Come si attiva il servizio

Il Servizio di Assistenza Post-Acuta è attivabile gratuitamente attraverso gli Ospedali, gli Istituti di riabilitazione, i Medici di famiglia, i distretti ASL e i servizi sociali comunali. Il Paziente accolto dal Servizio di Assistenza Post-Acuta resta in carico al proprio Medico di famiglia.

L'équipe

L'Èquipe integrata di Professionisti – residenziale e domiciliare – è così composta:

Il Medico

In accordo con i Medici ospedalieri e il Medico di famiglia, prosegue il percorso di cura intrapreso e definisce le nuove strategie di cura individuali. Un Piano di Assistenza Individuale accompagna il Paziente anche a domicilio, a garanzia della continuità di cura.

L'Infermiere

Assiste il Paziente in modo personalizzato,monitora i parametri vitali, somministra la terapia, etc. L'assistenza infermieristica in regime residenziale è garantita 24 ore su 24

Il Fisioterapista

Segue e personalizza la riattivazione funzionale,comportamentale e terapeutica del Paziente in accordo con l'Équipe, coerentemente con i piani riabilitativi definiti dagli Specialisti.

Il Terapista occupazionale

Sostiene il Paziente nel rientro a casa. Si occupa della rieducazione e del recupero delle funzioni di base della vita quotidiana e supporta il Paziente nella scelta degli ausili idonei.

L'Operatore Socio-Sanitario

Assiste il Paziente nelle sue attività quotidiane(alimentazione, igiene, vestizione, ecc).

Il Case manager

È l'Infermiere responsabile del percorso di cura del Paziente e della sua famiglia. Coordina le figure dell'Équipe e pianifica l'Assistenza residenziale e domiciliare. Facilita il reinserimento a casa del Paziente, coinvolgendo sia il Medico di famiglia che le Istituzioni della rete di servizi socio-sanitari.

Criticità e punti di miglioramento

A circa 4 mesi dall'inizio, è possibile fare alcune valutazioni e provare a delineare criticità e percorsi di miglioramento.

Il progetto prevede l'attivazione della rete intorno ad ogni singolo caso. Una rete è solitamente fatta di persone e servizi che si parlano e che costruiscono percorsi di cura personalizzati intorno al paziente e alla sua famiglia.

La rete è oggi in difficoltà. Abituati a lavorare insieme ma con segmenti di presa in carico ben separati, i servizi chiamati a collaborare dal case manager ai singoli progetti di presa in carico non sembrano ancora pronti a costruire reti di relazione forti. La responsabilità della cura rischia di rimanere frammentata, priva dei differenti punti di vista resi possibili dalla rete e spesso non rispondente all'effettivo bisogno della persona malata, anziana, fragile. Il segreto è probabilmente quello di individuare la figura dell'infermiere come case manager, ma sotto la regia e l'aiuto del medico di famiglia, l'unico a poter garantire continuità della cura.

Ricadute sulle famiglie

La famiglia è parte della rete. Fondamentale è il ruolo del caregiver nel pensare di riaccompagnare, a seguito di un'acuzia, una persona a casa propria. Il progetto di Segesta porta la famiglia – intesa come caregiver- al centro della cura, coinvolgendola fin dal primo giorno della dimissione dall'ospedale. La riabilitazione del paziente è finalizzata al ritorno non in una casa qualsiasi ma in quella stessa abitazione spesso condivisa con mogli o mariti anziani, figli che lavorano e che necessitano di aiuto per prendersi cura di altri. Il servizio post acuto residenziale è quindi aperto alle famiglie e le coinvolge nelle attività della vita quotidiana (igiene, pranzi, riabilitazione, etc) in modo che imparino a non sostituirsi nella cura ma ad accompagnarla. Quest'attività continua a casa con il servizio domiciliare e l'integrazione tra le due équipe.

Un gestore socio assistenziale che ripensa sé stesso

L'attivazione di una sperimentazione regionale con un orizzonte temporale così breve richiede da parte del gestore una messa in gioco del suo know how, risorse amministrative e sanitarie sicuramente importanti, al pari dell'investimento economico.

L'aspetto fondamentale che si sottolinea per il progetto post acuti è senza alcun dubbio la possibilità pratica di sperimentare l'integrazione tra residenziale e domiciliare. Segesta, gestore leader in questi due aspetti della presa in carico, non aveva ancora avuto modo di testare al suo interno la continuità della presa in carico con un target di pazienti molto diversi da quelli di una residenza sanitaria assistenziale. Questo tipo di lavoro, per molti aspetti nuovo, permette di rivedere procedure di assistenza e protocolli sanitari alla luce dell'accompagnamento del paziente e della sua famiglia. A questo si affianca la formazione di una équipe multi professionale fortemente integrata, che imposta il suo lavoro non solo sul bisogno del paziente ma soprattutto sulle abilità residue che vanno potenziate. Un'organizzazione del lavoro impostato sui tempi della persona e non su quello degli operatori, come purtroppo ancora accade nell'ambito residenziale.

Dati e ricerche

Le rette delle RSA lombarde

L'andamento aggiornato a dicembre 2012

di Rosemarie Tidoli

Marzo 2013

Temi > Anziani, RSA

Le rette dei servizi residenziali per anziani, argomento già affrontato da Lombardia Sociale attraverso diversi contributi, continuano ad essere un punto di grande attenzione, monitorato con puntualità dalle parti sociali. Partendo dalle più recenti rilevazioni dei sindacati pensionati, l'articolo riepiloga le posizioni emerse nei mesi scorsi ed espone alcune considerazioni.

Quanto deve pagare oggi un anziano non autosufficiente per essere ricoverato in una RSA della Regione?

Prima di addentrarci nell'analisi delle rette è opportuno ricordare che le cifre di cui stiamo trattando sono già decurtate della quota sanitaria, remunerata al gestore dalla Regione in base al livello assistenziale individuato per l'ospite[4] .

La somma richiesta all'utente e alla famiglia (o, in caso di loro impossibilità o difficoltà, al Comune di residenza), infatti, si riferisce alla cosiddetta quota sociale o "alberghiera"[5], che riguarda l'assistenza tutelare quotidiana e può variare anche in rapporto alla sistemazione (camera doppia, singola, ecc.)

Le singole RSA, inoltre, possono includervi o meno alcuni servizi. La conseguenza é che all'interno del territorio regionale vi è un'elevata variabilità delle cifre. Pur tenendo in considerazione tale eterogeneità, l'evidenza indica che le rette mediamente esposte per la quota alberghiera sono piuttosto alte. Il fenomeno non è nuovo, ma i dati dei quali attualmente disponiamo mostrano che, anche negli anni più recenti, le cifre sono tendenzialmente in crescita. Non lasciano dubbi ben due

4. [4]Si veda il contributo di Guerrini su LS sullo stato delle RSA lombarde

5. [5] Si veda il contributo di Giunco su LS sulle rette delle RSA

rilevazioni: la prima, effettuata da FNp/CISL, mette a confronto le rette delle RSA lombarde nel periodo gennaio 2008- aprile 2012 . La seconda, svolta da SPI/CGIL opera un confronto nel periodo compreso tra dicembre 2010 e dicembre 2012 ,

Benché le due rilevazioni non siano perfettamente sovrapponibili a causa del diverso periodo preso in considerazione e di altri elementi di differenziazione[6], entrambe mostrano con chiarezza la linea di tendenza emergente.

La situazione delle rette, ricostruita a partire dal gennaio 2008 sulla base dei dati FNP/CISL, appare essere questa:

Rette per RSA, media dei valori delle Asl Lombarde e variazioni annue, 2008-2012

	Livello Rette (eur)		Variazione % annua	
	Retta Min.	**Retta Max**	**Retta Min.**	**Retta Max**
2008	48	57	-	-
2009	50	59	3,7%	3,9%
2010	51	60	3,0%	2,4%
2011	54	62	5,1%	3,7%
2012 (aprile)	55	63	2,4%	1,5%

Fonte: elaborazione Lombardiasociale.it su dati FNP Cisl

L'ultima retta media minima regionale rilevata (ad aprile 2012) è 55 euro mentre la retta media massima è 63 euro.

Il confronto con il 2008 evidenzia un trend di crescita costante delle rette, sia nei valori minimi sia in quelli massimi, in tutto il periodo esaminato, sia pur con valori più contenuti nel 2012.

Se invece rivolgiamo lo sguardo solo all'ultimo biennio (dicembre 2010/2012) il calcolo effettuato da SPI/CGIL sul valore medio di 433 RSA mostra la seguente situazione :

6. [6] Per il monitoraggio FNP/CISL si è avvalsa delle seguenti fonti: 1)siti internet delle Asl lombarde che pubblicano i dati relativi alle Rsa accreditate; 2) informazioni telefoniche recepite direttamente dalle singole Rsa (nei casi in cui il sito Internet era carente); 3) informazioni trasmesse dalle Fnp locali (quando sia il sito Internet che le informazioni telefoniche non sono stati sufficienti).

	Livello Rette (eur)		Variazione % annua	
	Retta Min.	**Retta Max**	**Retta Min.**	**Retta Max**
Dic.2010	52,6	61,2	-	-
Dic.2012	55,8	64,6	6%	5,5%

Fonte: elaborazione Lombardiasociale.it su dati SPI/CGIL

L'ultima retta media minima regionale rilevata (a dicembre 2012) è 55,8 euro (calcolata come valore medio su 433 strutture) mentre la retta media massima è 64,6 euro.

Su base annua la retta minima registra un aumento del 3,05% e quella massima del 2,8%, mentre nel biennio l'incremento delle minime è pari al 6.1%, e quello delle massime è pari al 5,6%.

Sulle 433 RSA analizzate, 232 presentano aumenti superiori al 5% nel biennio; tra queste, 81 hanno incrementato la retta del 10 % e 34 di oltre il 20%.

L'ASL con la retta media minima più alta è quella della Città di Milano con 74,1 euro mentre la retta minima più bassa si riscontra nell'ASL Città di Sondrio con 39,3 euro.

La retta media massima più alta è ancora quella della Città di Milano con 99,00 euro, mentre la massima più bassa si registra di nuovo a Sondrio con 43,00 euro.

L'analisi dei singoli territori mostra che, nel periodo citato, sono state soprattutto le RSA montane ad aver aumentato le rette minime, probabilmente per avvicinarsi maggiormente ai valori delle strutture ubicate nei contesti urbani.

Quali sono i motivi di questi continui aumenti?

Le ipotesi e le posizioni in materia sono diverse e nei mesi scorsi Lombardiasociale.it ha esplorato il tema pubblicando vari contributi. Riprendendo sinteticamente il dibattito in corso su questo sito, elenchiamo i principali punti di vista emersi:

- I ritocchi alle rette effettuati dai gestori possono essere messi in relazione ai maggiori costi del personale e all'onerosità degli adempimenti amministrativi che la Regione richiede[7]
- Si tratta della concomitanza di diversi fattori, tra cui l'inflazione, il desiderio di profitto di alcuni gestori, la carenza di modelli gestionali efficienti, la scarsa

7. [7] La rilevazione ha avuto cadenza semestrale e si è basata sulle rette esposte da 433 strutture lombarde nei siti istituzionali delle ASL; per altre strutture sono stati rilevati valori parziali o contradditori che, in quanto tali, non sono stati utilizzati per l'analisi.

capacità di adottare le forme organizzative più adeguate a realizzare economie di scala[8].

- Gli standard assistenziali stabiliti dalla Regione (il minutaggio) sono insufficienti. Per assicurare un'assistenza dignitosa (specie a pazienti con elevate necessità) i gestori devono superarli, con una conseguente crescita dei costi del personale. Anche le remunerazioni individuate dal legislatore per la quota sanitaria sono inadeguate. Entrambi questi motivi possono indurre le RSA a "trasferire" parte dei costi sulla quota alberghiera.
- Gli aumenti sono scarsamente giustificabili
- Alcuni gestori tengono a loro carico i maggiori costi e non aumentano le rette[9]

Quali sono le ricadute sulle famiglie e sugli anziani?

Tirando le somme, che spesa deve sostenere una famiglia (che può essere rappresentata anche solo da un coniuge a sua volta in età avanzata) per ricoverare un congiunto anziano non autosufficiente in RSA?

Ipotizzando una cifra media variabile da Euro 55,8 a 64,6 Euro al giorno (dati SPI/CGIL) per 31 giorni, l'esborso mensile può spaziare da Euro 1.730,00 circa a oltre Euro 2.000,00.

Si tratta indubbiamente di cifre notevoli, a maggior ragione perché non rappresentano l'unico costo che una famiglia deve sostenere ma vanno ad aggiungersi a tutte le altre spese richieste dal vivere quotidiano.

Ma i punti dolenti non sono finiti. Un altro problema consiste nel fatto che, in assenza di una specifica normativa, le singole Amministrazioni Comunali adottano criteri sensibilmente differenti per determinare l'accesso degli utenti a integrazioni o agevolazioni per il pagamento delle rette. In due Comuni adiacenti, un nucleo può ricevere un contributo più o meno sostanzioso, oppure può non riceverlo affatto.

Dato che le tariffe sono il fattore che più condiziona l'effettiva possibilità per i potenziali utenti e per i loro caregivers di usufruire dei servizi, la criticità della situazione è palese. Nonostante gli sforzi fatti da alcuni gestori per contenere le rette e non aggravare le difficoltà economiche di molte famiglie, già duramente colpite dalla crisi, soprattutto per i nuclei con minori disponibilità finanziarie i costi delle RSA possono risultare non sostenibili. Le conseguenze possono essere diverse:

---

8. [8] Si veda l'intervento di Dossi in occasione del convegno SPI Cgil

9. [9] Si veda l'intervista a Ferri su LS e nel presente dossier

- “Perdita d’interesse” verso i servizi residenziali, con compromissione della possibilità di garantire ai non autosufficienti cure adeguate alla complessità dei bisogni, talora difficilmente gestibili a domicilio nonostante l’impegno dei caregivers.
- Scelta di RSA lontane, anche ubicate in altre Regioni, purché espongano costi più contenuti. Questo comporta il totale sradicamento dell’anziano dal suo tessuto sociale e può inficiare la possibilità di mantenere rapporti e relazioni significative.
- Le famiglie che invece, per un motivo o per l’altro, decidono di ricorrere ugualmente a una RSA in una zona non troppo lontana dal precedente contesto di vita del congiunto, a causa dell’onerosità delle rette corrono il concreto rischio d’impoverirsi.

Punti di vista

A che punto siamo sulla residenzialità per anziani?

Tre Regioni a confronto con la Lombardia

di Rosemarie Tidoli

Aprile 2013

Temi > Anziani, RSA

Dopo gli ultimi aggiornamenti sulle rette e sulla situazione della RSA lombarde, LombardiaSociale.it si è chiesta cosa succede su questo fronte in altre parti d'Italia. Grazie alla collaborazione di alcuni testimoni privilegiati, il contributo propone considerazioni su alcuni aspetti della residenzialità in tre Regioni del Nord comparabili per caratteristiche socio-economiche: Emilia Romagna, Veneto e Piemonte.

L'offerta di residenzialità

Il primo passo da cui partire per avere un'idea delle politiche per la residenzialità nelle Regioni prese in considerazione è l'offerta di posti letto per non autosufficienti, in comparazione con gli utenti di interventi domiciliari socio-sanitari (l'ADI). La tabella che segue illustra la situazione al 31/12/2010 per le RSA e al 31/12/2009 per l'ADI.

Regione	Posti letto ogni 100 anziani ultra 65enni	% di persone ultra 65enni utenti ADI
Lombardia	3,7%	4,3%
Emilia Romagna	3,3%	11,6%
Veneto	3,6%	5,5%
Piemonte	4,0%	2,2%

Fonte: Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari anno 2010 (ISTAT, 2013); Ministero della Salute (2012), Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere. Annuario Statistico del servizio sanitario nazionale. Anno 2009, Roma.

Come si vede dalla tabella, tutte le Regioni tranne il Piemonte sembrano evidenziare una disponibilità e un ricorso ai servizi socio-sanitari domiciliari maggiori rispetto a quelli residenziali. Lo scarto tra i due servizi però è abbastanza lieve ed indica un sostanziale equilibrio tra residenzialità e domiciliarità. Fa eccezione l'Emilia Romagna

dove gli utenti anziani seguiti in ADI sono quasi il quadruplo di quelli potenzialmente inseribili in RSA, a riprova di uno spiccato investimento e una forte propensione delle politiche regionali verso la domiciliarità.

Nonostante questo, le Regioni esaminate sembrano comunque posizionarsi ad un buon livello di offerta nella residenzialità. Considerando, infatti, che la media italiana è 2,5 posti letto ogni 100 anziani e quella del Centro-nord è 3,2, le Regioni esaminate si attestano su quote di copertura superiori a entrambe le medie.

Le rette

Interventi regionali regolativi in materia di rette sono stati realizzati in Emilia Romagna, dove a seguito dell'introduzione nel 2009 delle norme regionali per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali, tutti gli ambiti distrettuali hanno adottato regole omogenee per la determinazione delle tariffe a carico del Fondo Regionale Non Autosufficienza e delle rette a carico degli utenti. Erano previste anche linee d'indirizzo per la determinazione del contributo dei Comuni per gli utenti non in grado di sostenere le rette (ISEE regionale), ma i provvedimenti regionali sono stati tenuti fermi in previsione dell'applicazione del nuovo ISEE nazionale.

In Lombardia non sono stati realizzati interventi di questo tipo, con la conseguenza che il settore residenziale è, in questo momento, caratterizzato da una **grande disomogeneità nelle rette**(quota sociale o alberghiera) esposte dai gestori all'utenza **e nei servizi che vi sono inclusi**, con una tendenza di aumento delle stesse. Infatti, in assenza di una regolazione delle rette da parte della Regione, nel periodo 2008 – 2010 la tendenza riscontrata da parte delle strutture – salvo alcune eccezioni – è stata quella di un aumento dei costi a carico delle famiglie.

Questi incrementi, come si riscontra da più parti, stanno determinando frequenti difficoltà di accesso al servizio soprattutto per le fasce intermedie, in condizioni economiche superiori alla soglia prevista per la gratuità ma non in grado di sostenere autonomamente la retta.

La suddivisione dei costi tra quota sociosanitaria e quota alberghiera, e quindi delle quote a carico delle Regioni e dei cittadini, sembra essere un altro punto critico del sistema residenziale in tutte le Regioni considerate.

Rispetto alla situazione lombarda è già stata segnalata l'ipotesi che sulla quota alberghiera vengano scaricati, da parte dei gestori, parte dei costi sanitari[10], con conseguenti ricadute sui cittadini e sui Comuni.

Dai dati recentemente messi a disposizione dalla Regione emerge che, in media, le remunerazioni regionali coprono meno del 50% richiesto per i LEA socio-sanitari dal DPCM 14/2/2001[11]. Infatti la DGR 4574/2012 con cui la Regione comunica i risultati dell'indagine sui costi standard delle RSA rileva che: *"Il costo complessivo medio per giornata erogata in RSA si attesta a € 98,8. · La componente sociosanitaria e sanitaria del servizio è quella che maggiormente incide sul costo pieno (59%)" … "Si evidenzia una spiccata differenziazione del grado di copertura della tariffa sul costo pieno sostenuto: da un minimo del 35% ad un massimo del 58%, con una media del 44%".*

In Veneto la Regione non ha effettuato l'aggiornamento della quota sanitaria riconosciuta alle RSA. Di conseguenza anche qui le rette alberghiere esposte agli utenti oggi finanziano in parte anche le componenti sanitarie (come certificato dai gestori alle famiglie venete).

In Piemonte la Giunta regionale con la Dgr 45/2012 ha portato i livelli di assistenza da tre a sei[12]. Questo potrebbe verosimilmente comportare un abbassamento delle prestazioni erogate ai ricoverati nelle RSA e una parallela diminuzione della retta sostenuta dall'Asl. Inoltre, non vengono più riconosciuti i trasporti sanitari per le visite mediche esterne a quegli utenti non autosufficienti, ricoverati in posti letto in convenzione, che non usufruiscono di integrazione per il pagamento della quota alberghiera. In tal modo vi è il rischio concreto che alcuni ricoverati siano costretti a

---

10. su questo tema si vedano il contributo di Guerrini pubblicato a novembre 2012 e l'ultimo contributo dell'autrice sull'andamento delle rette delle RSA

11. Le tariffe SOSIA stabilite per il 2011 e ancora in vigore sono: classe A (ex Sosia 1 e 2) Euro 49,00, classe B (ex Sosia 3.4.5.6.) Euro 39,00, classe C (ex Sosia 7 e 8) Euro 29,00 al giorno.

12. In Piemonte una persona può essere ricoverata in un posto letto in convenzione con l'ASL, dove questo Ente paga una quota sanitaria pari ad almeno il 50% della retta totale. mentre il resto è a carico dell'interessato. In caso di indigenza, questa quota viene sostenuta parzialmente o totalmente dal Comune di residenza, che però riserva l'integrazione di pagamento solo ai ricoverati dei posti in convenzione (che abbiano ovviamente una situazione reddituale al di sotto di una determinata soglia) . In base ad una delibera del 2005 nelle RSA esistevano 3 profili/tipologie di posti con diverse intensità assistenziali, da garantire agli utenti in base al livello di gravità, che comportavano tariffe diverse. Il recente aumento a sei può comportare per alcuni livelli una diminuzione della somma a carico dell'ASL.

rinunciare alle visite specialistiche a causa dei gravosi oneri del trasporto in ambulanza, totalmente a loro carico.

Procedure di accesso e liste di attesa

Quanto alle **liste d'attesa**, i dati sembrano evidenziarne la continua presenza e in alcuni casi il recente allungamento. In alcune realtà emerge però, in parallelo, un dato discordante: la riduzione delle domande di ricovero, da mettere in relazione all'impossibilità delle famiglie di affrontare il pagamento della retta. In Lombardia, ad esempio, al di là di quest'ultima percezione (al momento non suffragata da dati) riportata da alcuni soggetti gestori, l'Osservatorio FNP/CISL stima che a fine dicembre 2012 vi fossero circa 16.000 anziani che aspettavano di essere ricoverati in una RSA lombarda. E' di questi giorni la notizia che nella città di Milano, a causa dei tagli che la Giunta dovrà apportare anche al bilancio dei servizi sociali, le liste d'attesa per le strutture residenziali saranno destinate ad allungarsi.

Anche in Emilia Romagna, in particolare nelle città più grandi, vengono segnalate lunghe liste d'attesa, così come in Piemonte dove, nel periodo tra il 2010 e il 2012, si è riscontrato un allungamento delle liste di attesa derivante dalla diminuzione delle convenzioni delle ASL con le RSA a fronte del piano di rientro in sanità, adottato con delibera 30/2010. Ciò ha fatto sì che per molti mesi non siano stati occupati neppure i posti letto convenzionati che si liberavano a causa dei decessi degli ospiti. Fino a che la situazione non si è sbloccata, la minor disponibilità di posti convenzionati ha causato un allungamento dei tempi di attesa per gli anziani in lista per il ricovero.

Uno strumento importante che agisce nella direzione di una maggiore regolazione della composizione e dello smaltimento delle liste di attesa è costituito dallo **sviluppo di un sistema omogeneo di regolazione delle procedure di accesso,** gestito a livello regionale, dipartimentale o distrettuale.

Tra le Regioni considerate, il Veneto è intervenuto in questa direzione attraverso il potenziamento dei servizi residenziali e l'innovazione delle procedure di accesso.

L'ASL, dopo la valutazione multidimensionale dell'équipe di valutazione, rilascia all'interessato un titolo che gli riconosce il diritto al pagamento della quota di rilievo sanitario, la cosiddetta "impegnativa di residenzialità". Le impegnative, il cui numero dovrebbe essere adeguato in base all'andamento demografico, confluiscono nella graduatoria/lista d'attesa centralizzata del registro unico di residenzialità. Ciò permette di attribuire alle situazioni più gravi un'elevata priorità. Può però accadere che la famiglia non sia in grado di sostenere la parte alberghiera della retta. In questo caso l'anziano non ha la possibilità di accedere alla RSA nemmeno avendo acquisito il diritto al pagamento della quota sanitaria.

Gli effetti del calo delle risorse disponibili

La presenza di alcune RSA che si trovano in **difficoltà a rimanere sul mercato** sembra essere diffusa in tutte le Regioni considerate. Anche in Veneto, dove come si è visto la Regione è intervenuta sulla regolazione dell'accesso al sistema dei servizi residenziali, i tetti posti alle impegnative residenziali portano all'aumento della distanza tra l'offerta effettiva e il fabbisogno di posti letto programmato dalla Regione. Viene quindi evidenziata la necessità di finanziare non solo le componenti sanitarie dei bisogni degli anziani, ma anche quelle assistenziali.

Il complessivo calo delle risorse disponibili e la necessità generalizzata di contenere i costi rischia di spingere sempre più le RSA verso la **riduzione dei contenuti assistenziali,** per rimanere sul mercato e mantenere stabile il proprio flusso di utenza, evitando aumenti delle rette.

In particolare, in Piemonte viene ridotta l'intensità di personale, mentre in Lombardia si assiste a un tendenziale appiattimento sul minutaggio assistenziale standard previsto dalle normativa (901 minuti)[13]. In precedenza, invece, molte strutture – al fine di garantire un'assistenza adeguata ai casi più gravi e impegnativi, in particolare alle persone affette da demenza – lo superavano abitualmente anche del 20%.

Le ricadute in questo senso si concretizzano nell'estrema difficoltà del personale nel gestire situazioni impreviste o contrattempi con gli utenti, che si ripercuoterebbero negativamente su tutta la tabella di marcia.

Considerazioni conclusive

Dalle informazioni sopra riportate, benché parziali, si deduce che sul fronte della residenzialità si assiste a un momento di difficoltà diffuso. A titolo diverso, le difficoltà si pongono agli utenti (reali o potenziali), ai gestori delle strutture, ai legislatori e agli altri Enti pubblici che intervengono nel quadro (ASL e Comuni).

Nonostante certi aspetti siano stati riferiti solo da alcuni testimoni regionali, si possono evidenziare alcuni elementi cruciali che con molta probabilità sono rintracciabili anche nelle altre Regioni (salvo possibili peculiarità territoriali). In particolare emerge che:

- Si assiste ad un abbassamento – istituzionale (Piemonte) o " de facto" (oppure di entrambi i tipi) – di ciò che viene riconosciuto agli utenti in termini di interventi e prestazioni.

13. Si veda contributo di Ferri pubblicato su LS a novembre 2012

- Si riduce, di conseguenza, l'intensità dell'assistenza offerta (Lombardia, Piemonte), che rischia di diventare non adeguata ai bisogni.
- Molte RSA mostrano difficoltà a restare sul mercato, vuoi per il mancato aggiornamento delle tariffe sanitarie da parte delle Regioni, vuoi per la situazione economica generale. Questo porta all'adozione di comportamenti diversi che in diverso modo rischiano di incidere sull'utenza.
- I gestori tendono a scaricare sulle quote alberghiere (a carico degli utenti e/o dei Comuni) parte della quota sanitaria (Veneto, Lombardia). Questo crea un circolo vizioso, aggravando ulteriormente le difficoltà di famiglie e Comuni.
- Le famiglie sono sempre più in difficoltà a sostenere le rette e di conseguenza cercano soluzioni alternative. La tendenza sembra essere quella di rinunciare al posto in RSA e ad accudire i congiunti – anche gravemente non autosufficienti o affetti da demenza - a casa, direttamente e/o tramite una badante. Il rischio è dunque quello di un'assistenza inadeguata per l'anziano e di sovraccarico psico-fisico per i caregivers[14].
- L'accesso alle RSA (e ai servizi per la non autosufficienza in genere) è sempre più condizionato alle disponibilità economiche familiari, che diventano l'elemento più discriminante. Lo evidenziano particolarmente bene i referenti di Veneto e Emilia Romagna, ma il fenomeno si verifica ovunque. Questo sembra, inoltre, avvenire anche in quelle Regioni dove, a differenza della Lombardia, il legislatore interviene con un ruolo di regolazione e indirizzo in merito alla determinazione delle rette, all'accesso, ai criteri per le quote di partecipazione e a quelli per l'esenzione dal pagamento.

14. Su questo si veda il contributo dell'autrice relativo all'analisi delle rette in Lombardia

Punti di vista

Rsa: un cammino nella "resilienza"

Un contributo di **Marco Noli**, Direttore della RSA "Don Cuni" di Magenta

A cura di Rosemarie Tidoli

Aprile 2013

Temi > Anziani, RSA

LombardiaSociale.it continua gli approfondimenti sulla residenzialità lombarda: nel contributo che segue Marco Noli, Direttore della RSA "Don Cuni" di Magenta, fa il punto sullo "stato dell'arte" della residenzialità lombarda. L'articolo propone una lettura dei "lasciti" della IX legislatura appena conclusa, evidenziando alcuni nodi cruciali conseguenti alle scelte operate dal legislatore.

Interpretare 5 anni di governo regionale necessariamente porta a concentrarsi su alcune linee generali tralasciandone altre, con il rischio di operare una eccessiva semplificazione.

Consapevole di questo rischio, che potrà esser colmato da altri interventi, mi concentro su quattro aspetti che mi sembrano significativi:

- il ruolo della RSA previsto dal programmatore regionale nell'attuale sistema dei servizi;
- l'enfasi sulla domanda e il tema della valutazione dei bisogni;
- la revisione e l'unificazione dei criteri di accreditamento e il conseguente debito informativo;
- la remunerazione effettiva riconosciuta dal FSR.

Prima, però, di ogni considerazione, dobbiamo premettere che siamo in un tempo di "austerità permanente": così definisce il nostro tempo il politologo statunitense Paul Pierson, esperto di welfare, per indicare un tempo più o meno lungo dove le risorse sono e saranno limitate, se non scarse. La legislatura che si è appena conclusa si è confrontata con questa contingenza e necessariamente ha operato razionalizzazioni e tagli per ottemperare ai vincoli della finanza pubblica, con inevitabili ricadute sul

sistema dei servizi lombardi. L'ultimo processo di razionalizzazione è contenuto nel Nuovo Patto per il Welfare (dgr 4296 del 25/10/2012)

Il ruolo della RSA previsto dal programmatore regionale nell'attuale sistema dei servizi

La sensazione di fondo dei gestori di RSA è che il programmatore regionale abbia "navigato a vista", senza definire una strategia in merito al ruolo che potessero svolgere le RSA. Se da una parte ci si è resi conto che per troppo tempo le uniche risposte alle problematiche dell'anziano sono state l'Ospedale e le Residenze Sanitarie Assistenziali, dall'altra parte sono proliferate risposte, sperimentali o meno, di cui non si è percepita una visione globale, capace di integrare nella rete dei servizi le diverse risposte. **Ci si riferisce ai CREG, alla sperimentazione di posti letto di sub acuti e post acuti (distinzione sanitaria molto sottile, nata dalla contrazione dei posti letto ospedalieri ed entrata in crisi di fronte alla presenza di posti letto vuoti in entrambe le realtà), alla sperimentazione di posti letto per SLA e per stati vegetativi in RSA (più precisamente all'indicazione dapprima di veri e propri reparti e in seguito anche di soli posti letto, con vincoli di minutaggio assistenziale incomprensibili)**[15].

Tutto questo ha creato disorientamento nei gestori di RSA, alcuni dei quali si sono lanciati in queste sperimentazioni senza averne chiari gli orientamenti. A questo disorientamento si deve aggiungere la preoccupazione dei gestori per le ricadute della crisi economica sulle famiglie, che si concretizzano per le strutture nella contrazione delle liste di attesa e della saturazione dei posti letto. Le indicazioni regionali, volte a una differenziazione e alla specializzazione delle risposte offerte dalle RSA, sono sicuramente utili (anche per compensare queste contrazioni), ma ancora troppo vaghe e incerte.

La via delle sperimentazioni può anche essere interpretata come una **conseguenza dello spostamento dell'attenzione del programmatore regionale dall'offerta alla domanda** e della consapevolezza dell'esistenza di una serie di bisogni a cui non si rispondeva adeguatamente.

Tuttavia, le risposte pianificate non sono state sufficientemente elaborate sul versante dell'offerta. Si è infatti semplicemente pensato di utilizzare le Unità di offerta esistenti senza fare un'analisi puntuale delle ricadute delle scelte intraprese, se non di quelle di natura economica. Un esempio: sembrerebbe che la specializzazione richiesta alle RSA si sia principalmente basata su qualche posto letto dedicato e qualche incremento di

15. Sul tema si veda l'articolo di Fabrizio Giunco pubblicato su LS a gennaio 2012 e il contributo di Tidoli pubblicato ad aprile 2013

minuti di assistenza. Siamo propri sicuri che questo basti per assistere pazienti così complessi?

In questo scenario si evidenzia uno **spostamento dell'asse delle RSA sul sanitario**, compensato dalla previsione di una residenzialità leggera ancora da avviare (vi confluiranno anche gli attuali ospiti di classe 7 e 8 sosia delle RSA? In realtà queste classi, attualmente, possono includere ospiti dementi affetti da *wandering*, molto impegnativi sul versante della cura e per i quali non sarebbe certo indicata una residenzialità leggera).

In sintesi un gestore si chiede: quale mission prevede il programmatore regionale per le RSA oggi?

Nel frattempo, i gestori non hanno potuto far altro che sviluppare la "resilienza", cioè la capacità di sopravvivere e adattarsi agli eventi esterni negativi, se non traumatici. Questo è un termine molto noto nella psicologia clinica e in altre discipline e può essere utilizzato anche per le organizzazioni in quanto ecosistemi sociali. Resilienza è il contrario di rigidità, significa resistere per uscire dalle situazioni, non bloccandosi nelle "lamentazioni", ma aprendosi alla speranza cosciente di un possibile futuro, che è sicuramente diverso dal passato, ma che può restituire spazi di operatività costruttiva. Tutto questo in attesa che il programmatore regionale chiarisca dove vuole orientarsi.

Positivo, invece, è stato il percorso di superamento del patto di accreditamento per i servizi ADI voucher e l'avvio di un sistema di offerta accreditata con standard gestionali definiti per tutto il territorio regionale. La criticità è costituita dalla sperimentalità protratta del sistema di valutazione attraverso lo strumento della scheda FIM (vedi punto 2), che ha mostrato lacune di cui il programmatore regionale stenta a prendere coscienza.

L'enfasi sulla domanda e il tema della valutazione dei bisogni

In un sistema centrato sulla domanda, un ruolo fondamentale è assunto dalla valutazione del bisogno, fondamentale per fornire risposte appropriate.

Il programmatore regionale si è da subito reso conto di questa necessità e – come spesso avviene quando si pensa ad uno strumento di valutazione – ne ha individuato uno nuovo ad hoc, elaborato e predisposto da un gruppo di lavoro appositamente costituito, integrando uno strumento già esistente (la F.I.M: Funtional Indipendence Measure). La sperimentazione ha evidenziato che, se questo strumento poteva trovare applicazione (pur con numerose criticità) nella Valutazione multidimensionale dei soggetti richiedenti il Servizio ADI, non era applicabile per la valutazione multidimensionale degli anziani ospiti delle RSA. Infatti, essendo stato elaborato in un contesto riabilitativo, non era in grado di valutare la complessità delle problematiche

dell'anziano. Pertanto, per la valutazione multidimensionale degli ospiti nelle RSA è stata avviata la sperimentazione di un altro strumento, il VAOR, validato per la valutazione multidimensionale dell'anziano in struttura e a domicilio, utilizzato a livello internazionale e adottato in più Regioni italiane.

Su quest'aspetto, tuttavia, il programmatore regionale ha perso l'occasione di utilizzare un sistema specifico, validato e per il quale si dispone di una banca dati internazionale qual è il VAOR, avventurandosi nell'elaborazione di un sistema basato sulla scheda FIM, integrato con un'altra scala costruita appositamente, non validata e che sta mostrando diverse lacune.

In conclusione: il problema non risiede né nell'offerta né nella domanda, ma nella necessità di valutare correttamente il bisogno. Occorre poi ragionare sulla tariffazione, che non può essere principalmente legata ai risultati della valutazione multidimensionale, ma deve riferirsi prima di tutto al consumo delle risorse necessarie per rispondere a quel bisogno.

La revisione e unificazione dei criteri di accreditamento e il sistema di viglianza

Sicuramente è positiva l'individuazione di un unico sistema di accreditamento delle Unità di offerta sociosanitarie: i gestori hanno un punto di riferimento chiaro e univoco, ma in parallelo emergono alcune criticità.

La prima consiste in un'aumentata richiesta di requisiti. Si pensi, per esempio, all'introduzione del modello organizzativo ai sensi del D.Lgs 231/01 che, se è utile per combattere la corruzione, rappresenta d'altra parte un costo non indifferente, soprattutto se non è assunto solo come un adempimento formale.

Un secondo aspetto critico è costituito dal sistema di vigilanza che aggrava le incombenze amministrative e introduce forme insolite – e in parte irrituali- di controlli.

Inoltre, vi sono alcune previsioni che richiedono agli operatori un impegno significativo che rischia di andare a detrimento dell'assistenza diretta agli ospiti:

- il diario assistenziale unico (al posto di un diario degli eventi e un diario degli interventi), che deve essere debitamente compilato e firmato dopo ogni prestazione effettuata da ogni operatore;
- il Piano Assistenziale Individualizzato;
- i progetti specifici per aree (aspetto ulteriormente appesantito dall'ultimo aggiornamento previsto dalla dgr. 4980/2013).

La verifica delle attività e delle prestazioni erogate dai gestori è certamente un'occasione di stimolo al continuo miglioramento della qualità, ma l'aggravarsi di queste legittime incombenze previste dall'accreditamento non è andato di pari passo

con un adeguamento delle risorse assegnate alle strutture per garantire questi standard di qualità.

La remunerazione effettiva riconosciuta dal FSR.

Infine, non si può non rilevare che la remunerazione riconosciuta sul FSR ai gestori si sia contratta e si stia discostando sempre più da quanto previsto nei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui al DM 19 novembre 2001 per l'area della residenzialità degli anziani. La normativa prevede un contributo del 50% a carico del FSR, ma in realtà tale contributo si è ridotto a circa il 41%. E' curioso che la quota più alta riconosciuta dal FSR (49 € pro die per la fasce SOSIA 1 e 2) sia di gran lunga inferiore alla quota sociale che pagano le famiglie. Altrettanto curioso è il fatto che l'anziano in fase terminale debba pagare la quota sociale solo perché è ricoverato in una RSA e non in Hospice! Da questi pochi accenni, è chiara la necessità e l'urgenza di riprendere la discussione sull'attuazione dei LEA, in particolare di quelli relativi all'alta integrazione sociosanitaria.

Il clima di austerità permanente vale per tutti e tutti devono concorrere a ridurre i costi. Tuttavia, i dati forniti recentemente dal programmatore regionale che vedono attestata una retta media a carico della famiglia di 55,45 € e un costo complessivo medio per giornata erogata pari a 98,8 €, paiono distanti dalla realtà.

Sul costo standard del servizio base si sono avviate delle riflessioni che possono essere utili, a patto che in parallelo venga valutata la quantità e la qualità di ciò che viene fornito. Fintanto che i ragionamenti continueranno a partire dai 901 minuti/settimanali/ospite (standard gestionale abbondantemente superato nella realtà perché non appropriato alle caratteristiche degli ospiti attualmente presenti in RSA)[16], sarà difficile pervenire alla definizione di un costo standard adeguato.

Per concludere, alla luce anche dello scenario di altre Regioni italiane, l'impressione complessiva è che la Regione Lombardia abbia cercato di operare una razionalizzzione in base a certi criteri (alcuni dei quali anche non del tutto condivisibili), ma, nel processo avviato, sembrerebbe aver perso una visione d'insieme. Gli auspicabili confronti con la nuova Giunta potranno certamente correggere queste distorsioni e promuovere l'attuazione di una programmazione unitaria capace, pur nelle difficoltà economiche, di dare risposte ai cittadini e di aiutare i gestori a svolgere sempre meglio la loro funzione.

16. Sul tema si veda il contributo di Guerrini pubblicato su LS

Punti di vista

Cosa sta accadendo nelle RSA lombarde? La strana vicenda degli stati vegetativi

Un contributo di **Fabrizio Giunco**, Centro geriatrico San Pietro, Monza

A cura di Rosemarie Tidoli

Maggio 2013

Temi > Anziani, RSA, stati vegetativi

A fine 2012 Regione Lombardia ha emanato due delibere, la DGR IX/4222 e la IX/4598 già commentate da LombardiaSociale.it, frutto del lavoro congiunto di tecnici, Asl e Regione sul percorso di presa in carico delle persone in stato vegetativo nei servizi domiciliari e residenziali. Quest'occasione ha dato il via ad approfondite riflessioni dei rappresentanti di categoria delle RSA su alcuni aspetti centrali per l'appropriatezza dell'intervento che, superando la specificità degli ospiti in stato vegetativo, si estendono all'intero scenario della residenzialità.

Nel corso dei lavori che hanno portato all'emanazione delle due delibere sopraccitate[17], i tecnici, su richiesta dei rappresentanti regionali e al fine di venire incontro alle necessità di molte famiglie, sono stati chiamati a distinguere fra le situazioni che richiedevano di necessità – una volta completata la fase ospedaliera e riabilitativa del percorso di cura – l'accoglienza in nuclei specializzati, rispetto a quelle che potevano trovare accoglienza in normali RSA.

La Regione ha quindi descritto i criteri per l'azione di orientamento e governo delle ASL, lasciando comunque alle famiglie un ampio margine di libertà rispetto alla scelta di strutture più vicine alla propria dimora abituale. Fino a qui, nessun problema. Il gruppo di approfondimento tecnico ha risposto ai quesiti dei funzionari regionali, il percorso è stato condiviso con i tecnici di diverse ASL e le delibere sono state emanate.

17. Per approfondimenti si veda l'articolo "Stati vegetativi: nuove linee guida per l'assistenza"

Una delle indicazioni fornite dalla DGR 4222/2012 alle ASL regionali, era quella di accompagnare le famiglie – per gli stati vegetativi che non necessitassero di nuclei dedicati – verso RSA attive nel proprio territorio in grado di erogare almeno 1.100 minuti settimanali di assistenza media per ospite. E questo non definendo un nuovo standard ma semplicemente selezionando le strutture già in grado di garantire, a partire dall'analisi locale delle schede struttura, l'eccedenza di minuti necessari a non sottrarre risorse assistenziali all'utenza tipica.

Questa indicazione è stata contestata con decisione, nei mesi successivi, dalle principali associazioni di categoria, fra cui UNEBA, Anaste e ARLEA. Le associazioni hanno descritto le gravi difficoltà delle RSA da loro rappresentate a rispettare questa indicazione, evidenziando già diverse difficoltà a raggiungere mediamente la soglia minima di assistenza richiesta.

Si tratta di una segnalazione preoccupante.

Gli ultimi dati di fonte pubblica – analizzati da Rocca[18]e descritti da Guerrini nel suo contributo al testo "Come cambia il welfare lombardo" – indicavano infatti che le RSA lombarde erano in grado di erogare, fino al 2009, una media di 1.200 minuti settimanali per ospite. In assenza di altre informazioni, era su questo dato che si era orientato il lavoro dei tecnici. I 1.100 minuti prudenzialmente indicati dalla DGR 4222/2012 avrebbero dovuto quindi intercettare senza difficoltà gran parte delle RSA regionali.

La presa di posizione delle associazioni di categoria fa emergere un quadro diverso, che sembra indicare una drammatica e più recente riduzione dei tempi di assistenza erogati dalle RSA[19]. In assenza di dati aggiornati di fonte pubblica, molti osservatori avevano già anticipato quella che, oggi, sembra essere più che una sensazione. La riduzione sembrerebbe caratterizzare in modo più deciso i gestori profit – mediamente orientati a garantire non più dei 901 minuti settimanali per ospite previsti come standard di minima per l'accreditamento – ma anche un numero crescente di organizzazioni non profit.

Le persone in stato vegetativo accolte nelle RSA sono poche. Nel 2011, ASL e Regione avevano censito 646 persone prese in carico dai servizi ADI o dalle RSA/RSD; di questi, il 65,1% era in RSA, 157 dei quali già accolti in 8 nuclei dedicati. Quindi, sono solo 420 le persone (il dato è del 2011 e andrebbe adattato alla situazione attuale) che oggi

---

18. Rocca S., Andamento e monitoraggio dei costi nelle Rsa lombarde, Regione Lombardia, DG Famiglia e Solidarietà Sociale, 2009.

19. Per approfondimenti si vedano gli articoli "A che punto siamo sulla residenzialità per gli anziani?" , "Le rette delle RSA lombarde" e "Un nuovo ruolo per le RSA lombarde?"

risiedono nelle RSA ordinarie[20], più spesso 1 o 2 per struttura. Le RSA interessate sono quindi fra le 200 e le 300, da un terzo a metà delle circa 600 RSA regionali.

A questo punto il problema va ben oltre la situazione, nel complesso circoscritta, degli stati vegetativi. Si tratta piuttosto di comprendere quali siano le ripercussioni sulla normale presa in carico della popolazione tipica in età anziana.

Nel dibattito più recente, infatti, l'attenzione del programmatore regionale si era concentrata soprattutto sul tema della possibile inappropriatezza del ricovero in RSA di persone con esigenze assistenziali ridotte. E' stato ipotizzato che questo sottogruppo potesse coincidere con i 12.000 anziani appartenenti alle classi tariffarie SOSIA 7 e 8.

La prima sperimentazione VAOR ha parzialmente contraddetto questa ipotesi, rilevando in questa popolazione un assorbimento di risorse più distribuito, a volte superiore a quello degli ospiti appartenenti a classi in SOSIA più impegnative. Gli strumenti di valutazione multidimensionale, come il VAOR, sono utilizzati in molti paesi a economia avanzata proprio per regolare il ricorso alle strutture più costose[21]. Secondo alcune osservazioni, le RSA non dovrebbero accogliere più di un 20-25% di persone appartenenti al raggruppamento VAOR "Funzione fisica ridotta", quello a minore intensità assistenziale[22] e, in particolare, ai RUG non superiori a 35 o 36; i RUG più elevati, infatti, corrispondono a persone che richiedono tempi assistenziali inferiori ai 901 minuti[23].

Questo dato ha trovato una conferma indiretta nel Progetto Abitare Leggero[24], recentemente concluso e che verrà meglio descritto in un prossimo contributo. Nelle strutture abitative di vita indipendente e in quelle di residenzialità comunitaria a organizzazione leggera, i RUG più rappresentati sono proprio quelli da 38 a44.

---

20. Censimento al 30 giugno 2011. Documento a disposizione del GAT regionale

21. Lattanzio F. Il VAOR come strumento per la determinazione del fabbisogno assistenziale dal RUG all'HUG. 58° congresso nazionale SIGG. Torino, 27-30 novembre 2013

22. Brizioli E. La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG. In Pesaresi F. "RSA – Residenze sanitarie assistenziali". Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013

23. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Mattone 12: prestazioni residenziali e semi residenziali. Relazione del gruppo di lavoro ristretto. Approvato dalla Cabina di regia il 21 febbraio 2007

24. Progetto Abitare Leggero. Fondazione Housing Sociale, SCS La Meridiana. Con il sostegno di Fondazione Cariplo. Milano, 2013

Il problema segnalato dalle associazioni di categoria propone quindi uno scenario meritevole di molta attenzione. I RUG più tipici per le RSA sono collegati a tempi di assistenza più vicini ai 1.300-1400 minuti che ai 901.

Ora, se la situazione lamentata dalle associazioni di categoria trovasse conferma, come sarà possibile garantire assistenza adeguata ai case-mix tipici delle RSA?

Le associazioni hanno fatto molto bene a segnalare questa realtà, che rappresenta oggi un problema non più rinviabile. Il blocco delle tariffe sanitarie, le difficoltà delle famiglie a sostenere rette sempre più elevate, la crescita dei costi del personale e delle forniture stanno determinando una profonda crisi di un settore centrale per la rete dei servizi socio-sanitari, cui è assolutamente necessario trovare rimedio. Altrimenti, quale qualità di cure sarà garantita non alle 420 persone in stato vegetativo, ma ai 60.000 anziani che rappresentano solo la punta dell'iceberg dei problemi che questa Regione dovrà affrontare nei prossimi venti anni?