

NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 7 • Luglio 2012

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

Rsa in Lombardia, **SI CAMBIA. QUALE FUTURO?**

Atti del convegno



Lombardia

Sommario

- 2** Rsa in Lombardia, si cambia.
Quale futuro?
Claudio Dossi
- 10** I Comuni sono di fronte
a scelte non facili
Agnese Losi
- 12** Rsa e Regione:
un rapporto fatto di luci e ombre
Bassano Baroni
- 14** Per noi è centrale
la dignità della persona
Celina Cesari
- 18** Alcune riflessioni sulla governance
della rete delle Rsa
Carlo Borghetti
- 22** Assistiamo a un arretramento
del ruolo del pubblico
Manuela Vanoli
- 24** Vivibilità
e partecipazione
sono le note dolenti
Valentino Cameroni
- 26** Dobbiamo passare
dalla cura al prendersi cura
Rosella Petrali
- 30** È tempo
di profonde innovazioni
Anna Bonanomi
- 39** Sintesi della ricerca
**Le politiche per le strutture residenziali
per gli anziani in Lombardia.
Il punto di vista dello Spi Cgil**
*A cura di Francesco Montemurro
Con la collaborazione di Giulia Mancini
e Franco Torre - Ires Lucia Morosini*
- 40** Principali conclusioni
- 53** I profili dell'invecchiamento
in Lombardia
- 64** Le Rsa in Lombardia.
L'indagine dello Spi Cgil - aprile 2012
- 85** Analisi di bilancio semplificata applicata
alle residenze sanitarie assistenziali
in Lombardia (e nel nord Italia)
- 96** Bibliografia

Questo numero contiene gli atti del convegno *Rsa in Lombardia si cambia. Quale futuro?* Organizzato da Spi Lombardia il 30 maggio scorso.

Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Publicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia

Numero 7 • Luglio 2012

Direttore responsabile: Erica Ardeni

Editore: Mimosa srl unipersonale, Presidente Carlo Poggi

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

GreenPrinting® A.G. Bellavite, Missaglia (LC)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo euro 2,00

Abbonamento annuale euro 10,32

Stampato secondo la filosofia GreenPrinting®
volta alla salvaguardia dell'ambiente attraverso
l'uso di materiali (lastre, carta, inchiostri e imballi)
a basso impatto ambientale, oltre all'utilizzo
di energia rinnovabile e automezzi a metano.

ZeroEmissionProduct®. A.G. Bellavite srl ha azzerato
totalmente le emissioni di Gas a effetto Serra prodotte
direttamente o indirettamente per la sua realizzazione.



RSA IN LOMBARDIA, SI CAMBIA. QUALE FUTURO?

Relazione di Claudio Dossi *Segretario Spi Lombardia*

Ringrazio tutti i partecipanti ai lavori di questa giornata. Il tema che affronteremo è scottante e difficile ed è già stato portato alla ribalta dall'iniziativa promossa dallo Spi nazionale *Aprite quelle porte*, che ci ha offerto lo spunto per il nostro lavoro.

Oggi illustreremo la ricerca fatta con la collaborazione delle leghe Spi e di ben 190 Rsa sulle 642 presenti in Lombardia, Rsa che hanno collaborato volontariamente, in tal modo questo lavoro è diventato un punto di forza per la nostra analisi.

La ricerca sarà motivo per una riflessione più complessiva sul difficile momento che stiamo vivendo, dovuto alla crisi economica, e sarà anche il punto di partenza per confrontarci su quale possa essere il nuovo modello di welfare più utile ai cittadini lombardi. Raccogliamo, così, la sfida che la Regione Lombardia ha aperto con la definizione di un nuovo modello di assistenza basato sul passaggio dall'offerta alla domanda dei bisogni, sulla centralità della persona nella scelta del percorso di cura. Modello, questo, che farà perno sulla compartecipazione alla spesa, graduata sul numero dei componenti la famiglia, come previsto dallo strumento del fattore famiglia lombardo ancora in sperimentazione e tutt'ora privo di un regolamento che ne definisca i criteri generali di applicazione, rischiando così, in assenza di un disegno complessivo, di trovare decine di applicazioni territoriali proprio perché decise da ogni singolo Comune.

Questo lavoro ci sarà utile per aggiornare le ri-

flessioni che, come Spi regionale, proveremo a portare al tavolo del confronto con la Regione. Un impegno, il nostro, che deve continuare anche se siamo consapevoli che la difficile situazione interna alla maggioranza e tra gli assessorati, renderà il nostro compito complesso. Partiremo sicuramente da un'analisi che riteniamo obbiettiva, ma non neutrale al punto da cancellare gli elementi di criticità.

Una giornata, quindi, intensa in cui cercheremo di cogliere tutti i suggerimenti che le associazioni, le istituzioni ci offriranno e, soprattutto, puntando l'attenzione su quello che è il vero problema che da qui ai prossimi anni ci coinvolgerà – sicuramente come Spi ma ancor di più come società italiana nel suo complesso: il progressivo invecchiamento della popolazione del nostro paese.

IL CONTESTO

Il problema dell'invecchiamento della popolazione, il tasso di crescita dell'aspettativa di vita, e l'aumento delle persone non autosufficienti, che oggi si collocano per la maggior parte sopra gli 85 anni, chiama l'intero sistema paese a ripensare alle politiche fin qui utilizzate per dare risposta ai molteplici problemi che l'invecchiamento stesso rappresenta.

La persona anziana attraversa diverse fasi che possono portarla a scontrarsi con problematiche di carattere sociale, economico, abitativo e ambientale, funzionale e cognitivo. Queste ultime, in particolare, conducono l'anziano alla perdita dell'autosufficienza, specie quando la presenza di

pluri-patologie diventa importante e la loro cronicità assume carattere altamente invalidante.

Un intervento integrato deve trarre necessariamente origine dai dati rilevati sul territorio per poi porsi obiettivi di risultato che andranno a determinare l'azione progettuale calata nel territorio stesso.

Per rendere l'idea ci sembra importante segnalare alcuni indicatori da cui le politiche non possono prescindere:

1. età, sesso e livello di autosufficienza;
2. condizioni abitative e ambientali;
3. condizioni socio economiche;
4. stato della rete socio-assistenziale territoriale.

Obiettivi delle nostre politiche:

1. il mantenimento, il più a lungo possibile, di una vita attiva e di buona qualità;
2. il soggiornare, il più a lungo possibile, nella propria dimora e tra i propri affetti;
3. un buon inserimento nel tessuto sociale;
4. garanzie di continuità della cura;
5. la sfida della cronicità di alcune patologie in progressiva crescita e la scelta delle politiche conseguenti;
6. la creazione delle connessioni necessarie per completare la rete dei servizi.

Il dispiegarsi della crisi economica, la necessità di diminuire il debito pubblico e l'esposizione dell'Italia sui mercati internazionali ha spinto l'attuale Governo a una rigida politica di tagli e di tassazione dei redditi, che rischia a lungo andare di risultare recessiva, anche se segnali di lavori in corso in questi giorni in Europa ci fanno dire che qualcosa potrebbe sbloccarsi, si tratterà di verificare se questi auspici si concretizzeranno.

In questo panorama, altro problema non più rinviabile è quello rappresentato da quel 30% di giovani che non trovano lavoro e che sono una risorsa non valorizzata nell'economia nazionale e privata dell'entusiasmo di potersi costruire un futuro. Proprio loro potrebbero trovare nel rilancio del sociale una risposta occupazionale. Un paese che non investe sui giovani e che si deve preoccupare della cura di milioni di persone anziane non sempre autosufficienti è destinato, nel breve periodo, a un forte declino.

Per evitare tutto questo è utile interrogarsi su quali siano i temi da sviluppare e rilanciare. Probabilmente saranno necessari nuovi modelli di welfare anche perché quello attuale – basato sui trasferimenti economici e a bassa complessità di



cura – sicuramente presenta forti criticità.

Ci impegneremo affinché si eviti la cancellazione dell'attuale sistema senza che decolli contemporaneamente un modello nuovo di assistenza; occorrerà, quindi, scongiurare

una politica dei due tempi che rimandi, chissà a quando, la realizzazione di un sistema compiuto con caratteristiche europee.

Tra le molte strade percorribili, a livello europeo, si sta affermando il cosiddetto sistema a rete, quale sistema idoneo a garantire un'assistenza continua e globale rispetto una domanda sempre più complessa e flessibile. Dentro questo sistema le strutture residenziali di assistenza extraospedaliera, insieme alle strutture intermedie, sono chiamate a svolgere una funzione di raccordo tra ospedale e territorio, garantendo così la riduzione dei ricoveri, la continuità assistenziale, il collegamento con il territorio.

Oggi sembra che le strutture residenziali faticino a ricoprire questo ruolo all'interno di un sistema articolato come quello regionale, mentre sarebbe questa una strada auspicata.

La crisi economica, che ha significato forti tagli ai trasferimenti prima nazionali, poi regionali e infine comunali sulle politiche sociali, ha determinato forti ricadute di ridimensionamento dell'intero sistema del welfare sociale. Basta leggere la recente programmazione sociale nei piani di zona per accorgersi dei ridimensionamenti avvenuti, nella domiciliarità soprattutto nei Sad e nei buoni sociali per gli adulti a rischio emarginazione. Tutto ciò produrrà un aumento del carico assistenziale sulle famiglie e qui vi è un solo modo per affrontarlo: sarebbe auspicabile che la Regione, in specifico l'assessorato alla Famiglia, destinasse ai Comuni risorse aggiuntive per le politiche sociali.

Inoltre vi è la difficoltà di promuovere nuove politiche, come per altro auspicato dalla Regione, perché sono venute meno le risorse per garantire i servizi in essere a partire da quel-

“Sarebbe auspicabile che la Regione, in specifico l'assessorato alla Famiglia, destinasse ai Comuni risorse aggiuntive per le politiche sociali.”

li residenziali, un esempio è la parte delle rette a carico dei Comuni.

Il sistema residenziale rappresenta oggi in Lombardia una risposta vera ai problemi delle persone non autosufficienti, spesso allocate in

famiglie fragili e con pochi servizi domiciliari a supporto. La famiglia rischia così, in assenza di una vera politica di rilancio dei servizi territoriali, di trovarsi in forte difficoltà.

Non dimentichiamo che l'intera società lombarda è in profonda trasformazione, le famiglie numerose stanno scomparendo, per cui sempre più in futuro la famiglia non sarà in grado di farsi carico dell'assistenza delle persone non autosufficienti, anzi sarà residuale nel quadro dell'assistenza, proprio quando ci saranno più persone anziane bisognose di cure.

Infatti, l'altro problema, spesso sottovalutato, è quello dell'aggravarsi delle patologie croniche se non si attueranno le necessarie politiche di prevenzione. Patologie che sempre più colpiscono le persone giovani anzi tempo e che non risparmiano le persone anziane, ragion per cui le attuali spese per la cura – come denunciato dal Fondo monetario internazionale – sono destinate ad aumentare fortemente.

Non è, dunque, un problema l'elevato numero di posti letto in Rsa di questa regione, come non è una necessità sostituirli con posti letto a più bassa intensità. Il primo vero problema da affrontare è dove reperire le risorse per garantire a tutte le persone di avere una terza e quarta età serena, senza la preoccupazione di gravare sulle famiglie per poter avere una cura garantita.

LA RICERCA

Commentando brevemente alcuni dei risultati della ricerca, che verrà illustrata dal professor Montemurro, vorrei osservare come all'interno del sistema lombardo delle Rsa si evidenzia una differenziazione nei risultati economici delle singole strutture, per questo abbiamo approfondi-

to l'analisi sui bilanci, mirando su alcuni grossi gruppi profit che in Lombardia rappresentano una buona parte delle strutture Rsa. Ne è risultato da un lato un quadro di forte sviluppo del sistema con rendimenti anche significativi.

Inoltre, si sollecita una riflessione sul patrimonio immobiliare che le fondazioni hanno ereditato dalle ex Ipub. Qui sarebbe interessante capire come tale dotazione possa essere utilizzata per calmierare le tariffe degli utenti in un periodo di difficoltà delle famiglie.

A nostro avviso le strutture sono troppo frammentate, occorrerebbe favorire delle azioni mirate attraverso provvedimenti regionali capaci di favorire processi di fusione, acquisizione o coordinamento allo scopo di sviluppare economie di scala. La ricerca ci dirà che anche questa è una strada che può essere utile e benefica per le rette degli ospiti e per i costi delle Rsa.

Nonostante questa situazione in generale positiva, in molti casi la struttura economica di alcune Rsa è in una situazione di difficoltà, per effetto anche della collocazione geografica, della dimensione e spesso per un non sempre adeguato governo gestionale.

In entrambi i casi – sia per le strutture in positivo che per quelle in negativo – si è spesso generato un forte aumento delle rette a carico delle famiglie.

In base alle nostre rilevazioni effettuate presso le Asl, nel periodo 2007-2011 gli importi medi richiesti alle famiglie sono aumentati in modo considerevole.

Ci sono criticità che vanno corrette.

Abbiamo provato a sentire le famiglie di ospiti in Rsa, che evidenziano criticità di cui vogliamo farci carico: la prima riguarda la trasparenza delle rette. La seconda è relativa a una maggiore umanizzazione delle Rsa.

Occorre ricordare che il questionario Spi è stato somministrato con la tecnica dell'auto-compilazione; in sostanza le risposte ai quesiti posti sono state fornite liberamente dai responsabili delle strutture a cui i volontari delle nostre leghe hanno consegnato il questionario, ciononostante è un buon dato di partenza.

Diverse sono le aree tematiche indagate: il personale, le retribuzioni e le forme contrattuali; i servizi interni; la relazione tra Rsa e territorio; la

partecipazione degli utenti e delle famiglie; la governance, le relazioni sindacali e la trasparenza.

Le ipotesi di partenza riguardano le dinamiche dei servizi residenziali per la non autosufficienza, ritenute sempre più incerte e complesse a fronte della contemporanea azione di alcuni fenomeni quali:

- un aumento della fragilità dell'anziano, soprattutto per quanto riguarda la componente sociale (indebolimento delle reti di aiuto e delle relazioni parentali);
- il forte aumento dei costi Rsa per gli utenti e le loro famiglie, anche nella prospettiva normativa di modificazione dell'Isee, con la conseguente applicazione sul nucleo familiare;
- la progressiva precarizzazione delle forme contrattuali di lavoro e l'insoddisfacente applicazione degli inquadramenti professionali, che si ripercuotono negativamente sulla tutela dei diritti e sulla professionalità degli addetti, nonché sulla qualità delle prestazioni rese agli utenti;
- l'incertezza che caratterizza il nuovo modello Rsa lombardo;
- il ruolo che intenderà giocare la Regione; si tratta di comprendere quanto i provvedimenti adottati dalla Regione Lombardia siano orientati a innovare qualitativamente l'offerta dei servizi socio-sanitari e in che misura, invece, perseguano l'obiettivo della riduzione dei costi per il bilancio regionale.

Nel frattempo anche la riforma pensionistica cambia la vita delle persone e non solo. Dal 2021 si accederà alla pensione di vecchiaia non prima dei 67 anni. Abbiamo chiesto, dunque, all'Inca di confrontare la pensione contributiva con quella retributiva per verificare quale sarà la ricaduta sulle possibilità economiche degli anziani in caso di non autosufficienza.

I dati che emergono ci dicono che, partendo da una retribuzione iniziale di 15mila euro che, dopo vent'anni di lavoro, diventa di 18mila, la pensione futura sarà di 471 euro, mentre col sistema retributivo sarebbe stata a parità di anni lavorati di 540 euro (-70 euro, cioè -14%).

Inoltre, sempre dall'Inca, ci dicono che le pensioni dei lavoratori autonomi saranno ridotte del 40%, mentre lo saranno del 20% quelle dei parasubordinati.

Sono evidenti le difficoltà di potersi pagare, in futuro, le rette. Credo proprio che saremo chiamati ad affrontare una vera emergenza sociale. Il dibattito è aperto, lo Spi Lombardia intende contribuire alla riflessione attraverso la divulgazione dei risultati delle due indagini condotte, in modo distinto, su un campione di 190 strutture residenziali, raccolti attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, e mediante l'analisi dei bilanci finanziari di 108 Rsa lombarde.

IL NUOVO MODELLO DI WELFARE LOMBARDO

La proposta della Regione di costruire un nuovo modello di welfare, che ha visto la luce nelle prime delibere del 2010, si sta avviando a una piena realizzazione.

Il 16 maggio la giunta regionale ha approvato un documento che lancia un percorso di consultazione di tutti i soggetti pubblici e privati profit e non profit, ai quali si chiede di condividere e sottoscrivere un "nuovo patto per il welfare lombardo".

Il documento contiene temi già fatti intravede-

re nei mesi scorsi quali:

lo spostare la cura dall'offerta alla domanda, questo passaggio ci trova consenzienti se si coniuga con il principio della presa in carico del paziente da parte della struttura pubblica, per questo abbiamo proposto che la definizione dei Pai sia fatta dalle Asl e non da parte dei soggetti gestori, se così non fosse ci troveremmo davanti all'abbandono del governo dell'offerta a favore della scelta regionale di puntare tutto sul governo della domanda;

l'estensione del sistema dote/voucher, un nuovo accreditamento Adi e Rsa che di fatto liberalizza, lasciando al mercato e alla concorrenza, la gestione del delicato terreno dei servizi sociosanitari. Proprio mentre si parla di welfare delle responsabilità si rinuncia di fatto al governo locale, e si indica la strada per la ricerca di nuove fonti di finanziamento sul territorio. Per questo riteniamo pericolosa un'ipotesi che preveda l'esercizio della scelta da parte dell'utente solo attraverso lo strumento della spesa di un voucher dedicato.

Avremmo preferito, in questo momento di difficoltà, un governo dell'offerta che definisse le



priorità all'interno di progetti chiari e che ridimensionasse la proliferazione di erogatori, che per stare sul mercato potrebbero abbassare sempre di più la qualità dei servizi erogati.

Un sistema basato sul voucher presenterebbe sì qualche vantaggio nella libertà di scelta, ma altrettanti motivi di criticità verrebbero evidenziati, a partire dalla difficoltà di monitorare la qualità delle prestazioni erogate. Già ora – nei processi di esternalizzazione dell'Adi regionale – il dato più significativo, segnalato dagli operatori dei piani di zona, è la diminuzione della qualità del servizio erogato.

Perché questo non avvenga serve un forte monitoraggio di controllo da parte del pubblico. Inoltre vi sarebbe la necessità di definire la collaborazione dei soggetti privati gestori dell'Adi con i medici di base che hanno in cura i pazienti assistiti.

IL RUOLO DELLE RSA IN LOMBARDIA

La situazione sociosanitaria è ulteriormente peggiorata a causa dell'incremento esponenziale delle malattie croniche, la cui cura assorbe circa il 70% della spesa sanitaria regionale lombarda.

Da questo quadro è facile comprendere come il sistema delle Rsa rivesta un ruolo primario, insieme alle cure domiciliari.

Sempre più il sistema delle Rsa interviene negli ultimi anni di vita delle persone, quando lo stato di salute risulta ormai fortemente compromesso, anche perché da una lato le persone anziane cercano di rimanere il più possibile nel proprio ambiente, e dall'altro i costi delle rette sono così alti da scoraggiare le famiglie.

Il quadro regionale rischia di essere modificato dagli orientamenti che il governo nazionale vuole adottare sulla definizione del nuovo Isee, che potrebbe mettere fine alla appena approvata legge sul fattore famiglia lombardo.

Le Rsa non potranno reggere a lungo il numero crescente di persone che avranno necessità di ricovero: l'Oms prefigura che, nei prossimi anni, il problema della demenza senile colpirà circa il 70% delle persone anziane.

Inoltre i costi dell'attuale modello rischiano sempre più di escludere la maggioranza delle persone dal diritto all'assistenza.

IL RUOLO DELL'ADI

Laddove possibile è, quindi, necessario intervenire in maniera diversa, tutelando meglio le persone al domicilio, soluzione per altro più gradita e più vicina ai bisogni delle persone stesse.

Dove non fosse possibile, almeno in una prima fase in cui la persona è ancora in grado di avere dei margini di autonomia, bisognerebbe prevedere strutture di accoglienza semi residenziali, oppure alloggi assistiti a bassa intensità, inseriti nelle realtà locali di appartenenza.

La cosa che riteniamo indispensabile è che, in ogni momento, la persona possa scegliere liberamente la situazione che maggiormente la tuteli nel rispetto della sua dignità e dei suoi affetti; la persona anziana non può in nessun caso essere considerata come un vuoto a perdere e non deve rappresentare un semplice investimento economico.

Per questo vogliamo dire la nostra rispetto alla costruzione di un nuovo modello di welfare sempre più vicino alla persona, economicamente compatibile, dove i costi non siano un parametro esaustivo. Prima va tutelata la dignità delle persone: per questo, da tempo, chiediamo alla Regione di mettere a disposizione risorse adeguate sulle politiche sociali per la domiciliarità.

La nuova Adi proposta dalla Regione sembra andare verso un diverso modello, lo sarà soprattutto se coniugata con un vero ruolo dei Cead, a livello distrettuale, come strumento utile per la definizione del modello assistenziale al fine di mettere insieme i vari attori del sistema di cura territoriale.

Il problema che nasce è quello di politiche regionali, purtroppo, sempre più votate a una definizione di parametri economici, in cui il ruolo sociale sembra quasi inserito per definire in maniera più articolata la compartecipazione alla spesa in un settore come quello dell'Adi, finora garantito a totale carico del servizio sanitario nazionale.

Questo non deve succedere perché rischieremo di depotenziare una delle fonti di soluzione del problema, infatti se il sistema Adi fosse tradotto come un sistema a tariffazione per l'utenza, il rischio sarebbe di escludere tutte quelle fasce di popolazione con grossi problemi di reddito.

LA PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Rimane centrale, nella definizione di tutte le politiche sociali, la collaborazione con il territorio, questo perché mentre da un lato un controllo centralizzato a livello regionale agisce certamente meglio sul controllo della spesa, lo stesso rischia di subire troppo le interferenze della politica e più ancora è permeabile ai forti interessi economici.

Da un altro lato, riconosciamo che anche nel territorio vi è il rischio di una dispersione della spesa, spesso legata alla poca volontà degli enti locali di superare i piccoli campanilismi, che invece devono essere velocemente superati.

È nel territorio che si materializza anche un maggior controllo sociale esercitato dall'azione sindacale e dalle leghe dello Spi sulla qualità della spesa e sui servizi, per fare questo ci dovrebbe essere una nostra maggiore capacità di intervento e correzione, da supportare con adeguati strumenti di riconoscimento della rappresentanza sociale territoriale da parte delle istituzioni.

Citiamo come un punto avanzato di integrazione il recente protocollo raggiunto in Valle Camonica, che giudichiamo fortemente innovativo, poiché riesce a coinvolge le organizzazioni sindacali, la Regione, le realtà locali istituzionali e le Rsa nella definizione di un Accordo di programma, che promuove – attraverso nuove sinergie di servizio alla persona – la permanenza a domicilio degli anziani mentre le Rsa trovano nuove motivazioni di integrazione nel territorio.

Proprio a livello territoriale è possibile coniugare la scelta di intervento per la presa in carico dell'utente da parte dell'istituzione, con l'assunzione di responsabilità da parte della persona, questo è l'unico strumento per il successo del progetto di assistenza.

Questo passaggio non è possibile costruirlo a livello centrale, per questo rimangono le nostre perplessità sul modello proposto in relazione all'assistenza, tutto basato sulla concessione di voucher legati ai livelli di complessità della situazione di non autosufficienza. Su questo aspetto dovremo lavorare ancora molto.

LA GESTIONE DELLA RETE DEI SERVIZI

Il problema più spinoso da governare è sicuramente il problema delle rette delle strutture residenziali, da tempo ci stiamo lavorando per portarlo a soluzione e abbiamo già visto come sia gravoso il carico economico e assistenziale per le famiglie. La sua composizione rimane non chiara e spesso vengono scaricati sulla retta i costi di adeguamento strutturale della residenza, sicuramente sempre tutti necessari per rispondere ai criteri di accreditamento decisi dalla Regione. Forse a volte sovradimensionati rispetto alla reale necessità, questi adeguamenti, indirettamente, aumentano il valore patrimoniale della struttura, la sua attrattività di ricovero, ma alla fine i costi si scaricano sulle famiglie degli utenti.

Rimaniamo dell'idea che il sistema debba essere maggiormente trasparente, deve saper confrontarsi con le forze sociali, deve considerarsi un servizio ai cittadini prima ancora di essere un sistema economico con la necessità, in molti casi, di produrre utile per i soci o gli azionisti.

LE NOSTRE VALUTAZIONI

Continuiamo a pensare che l'invecchiamento della popolazione si potrà affrontare solo se si comincia a lavorare per nuove soluzioni, diventa imprescindibile, anche per questa Regione, fare alcune scelte fondamentali:

- 1.** utilizzare un unico fondo per le politiche sociali che riunisca tutti i capitoli di finanziamento e ne promuova di nuovi, che sempre più devono trovare una programmazione di tipo locale a livello distrettuale o sovra distrettuale a seconda delle politiche da sviluppare;
 - 2.** definire un nuovo Piano nazionale/regionale per la non autosufficienza, che trovi nuovi canali di finanziamento;
 - 3.** trovare forme condivise di partecipazione alla spesa e, soprattutto, vi deve essere una verifica della attendibilità dei redditi e dei patrimoni dichiarati. Utile sarebbe l'utilizzo, per esempio, degli studi di settore o lo spesometro, in linea anche con le nuove proposte fatte dal Governo in materia di equità fiscale.
- Senza questi strumenti si rischia di arrivare troppo tardi a costruire soluzioni credibili di compartecipazione alla spesa sociale.

Altra opportunità, che va perseguita è quella di guadagnare anni alla vita. Va garantita sempre più l'autonomia delle persone al proprio domicilio. Una politica di questo tipo va ben al di là delle singole politiche sociali che noi conosciamo, coinvolge nuove politiche sulla casa – che va pensata a misura d'anziano, spesso i nostri anziani vivono in case troppo grandi, talvolta al 4°-5° piano senza possibilità di muoversi o semplicemente uscire.

Va favorita l'integrazione, la vicinanza con servizi e strutture come biblioteche o vicino a semplici punti di ritrovo. Questo aiuterebbe anche a prevenire l'altra grande piaga che si sta abbattendo sul mondo degli anziani: la demenza senile. Ricordiamo che può essere utilmente combattuta mantenendo le persone strettamente inserite nella società. Troppo spesso vediamo persone anziane lasciate sole, isolate dal contesto che le circonda, servirebbe prevedere che – là dove la persona non sia sufficientemente autonoma per gestire una vita complessa – vi siano forme di aiuto al domicilio per preservarla dalla necessità del ricovero in struttura. Molti gli esempi e le sperimentazioni che, in questi anni, sono nati sul nostro territorio e che ci offrono una realtà diversa possibile, dove la malattia mentale e la vecchiaia non devono essere sinonimo di ricovero in struttura.

Certo questi interventi costano e richiedono soprattutto una forte integrazione tra politiche sociali e sanitarie. Quella che era stata una forte intuizione della 833 – la riforma del Sistema sanitario nazionale e che è stata troppo presto abbandonata – torna a essere una vera chiave di volta del sistema. Sicuramente va ripensata e coniugata in maniera diversa ma è l'unica risposta possibile, perché deve chiamare tutti i soggetti in campo ad assumersi vere responsabilità anche in questo settore spesso negletto e spesso lasciato all'iniziativa delle famiglie. La chiamata delle badanti è un chiaro segnale della mancata capacità del soggetto pubblico di dare risposte adeguate, che, invece, vanno costruite a partire dalla realtà territoriale.

Il medico di base, ciò che è rimasto dei servizi Asl, il terzo settore, la famiglia sono chiamati oggi a un ruolo diverso che deve essere innan-

zitutto di collaborazione. Se è facile averlo da chi ha bisogno, come le famiglie anche perché direttamente coinvolte, è necessario pretendere (superando a volte le strenue difese corporative) da chi oggi detiene le chiavi di volta del sistema.

Le poche risorse a disposizione non permettono più di destinare o distrarre risorse a soggetti terzi, che non partecipino attivamente alla politica degli interventi sociali, spesso creando doppioni inutili e conseguenti sprechi.

Il tutto penalizzerebbe chi ha veramente bisogno. Non ci convincono le politiche spesso usate nel passato, anche dalla Regione, di finanziamenti ad hoc senza perseguire un disegno complessivo. Un esempio ne sono stati gli assegni di sostegno al reddito, certamente utili, di efficace effetto propagandistico ma di moderata efficacia sociale.

IN BREVE

Innanzitutto vi è la necessità di costruire una vera rete territoriale dei servizi, integrata e modulare comprendendo tutti gli attori sanitari e sociali preposti alla cura, di cui le Rsa sono una ossatura complementare del sistema di protezione e non sostituibile.

Bisogna, poi, definire rette trasparenti e omogenee a livello territoriale, va definito il loro governo, la verifica dei parametri di qualità dei servizi erogati, la costruzione di una compartecipazione alla spesa, fatta con principi condivisi ed equità e, soprattutto, chiediamo un forte contenimento delle rette in un periodo di grave difficoltà economica, utilizzando, dove ve ne sono le condizioni, parte del patrimonio immobiliare, dovuto anche a lasciti.

Ma, soprattutto, rimane centrale per noi la presa in carico della persona e la condivisione con la stessa della responsabilità dell'intervento. Questa è la vera chiave di volta del sistema del nuovo welfare su cui continueremo a lavorare, più ci si allontana da questo principio più gli interventi diverranno solo delle sovvenzioni economiche inutili e dispendiose.

Siamo certi che la presentazione della ricerca rafforzerà la nostra introduzione, mentre dal dibattito ci attendiamo utili contributi per rafforzare la rete di protezione sociale. ■

I COMUNI SONO DI FRONTE A SCELTE NON FACILI

Agnese Losi *Dipartimento Welfare e sanità Anci Lombardia*

Vi porto i saluti di Giacomo Bazzoni, presidente Welfare e sanità di Anci Lombardia che è a Roma e, quindi, impossibilitato a presenziare.

Dopo la relazione di Dossi e l'illustrazione della ricerca fatta da Montemurro devo dire che sarà difficile non ripetersi, voglio però focalizzare alcuni punti relativi alle risorse e all'incidenza di questi sulle politiche sociali dei Comuni.

Non vorrei essere così pessimista e negativa ma la realtà della vita ci dice che il percorso che viene tracciato dall'ingresso nelle Rsa è un ultimo percorso, poiché molto difficilmente chi vi entra riesce poi a ritornare nella propria casa. Percentualmente è così.

I Comuni hanno un problema sulla compartecipazione alla spesa per appoggiare e sostenere le famiglie per la degenza dei loro cari in Rsa. Sono d'accordo con Dossi quando dice che probabilmente bisogna riflettere maggiormente sull'utilizzo del Pai (il Piano di assistenza individuale) e sul ricorso dell'invio delle persone nelle Rsa.

Sappiamo che le Rsa sono diverse tra di loro. Sappiamo che in alcune ci sono i nuclei protetti, proprio per curare alcune patologie delle persone, quindi è un mondo sicuramente indispensabile. Un mondo ben definito, con caratteristiche specifiche degli operatori e la parte sanitaria molto specialistica. Proprio rispetto l'ingresso nelle Rsa c'è una distinzione sostanziale: chi non ha problemi economici trova posto, mentre chi ha problemi economici ha necessità assoluta di sostegno nel proprio territorio.

Sono perfettamente d'accordo che tutti vorremmo stare nella nostra casa; sono perfettamente d'accordo che la presenza dei familiari è assolutamente indispensabile, anche per un sentimento di riconoscenza che accompagna ognuno di noi. Diciamo anche che, in certe situazioni, non siamo in grado proprio per motivi di assistenza, di capacità di cura di trattenere i nostri cari a casa.

Lì è lo scotto che dobbiamo pagare in termini di compartecipazione alla spesa.

Il fattore famiglia Lombardia partirà con la sperimentazione, mentre a livello nazionale, è in atto la revisione dell'Isee. Sulla proposta, Anci ha chiesto al Governo un po' più di tempo perché



la proposta messa sul tavolo dalla compagine governativa nelle linee essenziali poteva avere la sua governabilità, ma sorgono e si evidenziano lacune quando si va verificarne l'applicabilità. Proprio oggi è arrivata la

copia della comunicazione che Anci ha mandato al Governo, contenente richieste precise per poter cominciare a sviluppare un percorso di Isee che tenga assolutamente conto dei livelli essenziali indispensabili per l'applicazione dello strumento Isee.

Ormai da un decennio si parla di spreco di risorse, risorse mal gestite, da parte delle amministrazioni. Credo che la realtà sia diversa; ogni sindaco viene richiamato, giorno per giorno a rispondere alle esigenze di ogni singolo cittadino. Sono mancate le risorse per quanto riguarda la compartecipazione; rispetto all'annoso dilemma che abbiamo sul reddito individuale e il reddito familiare per i disabili gravi; sono mancati i soldi dal Governo per la non autosufficienza; sono mancati i fondi nazionali della 328.

C'è inoltre un serrato confronto tra le parti politiche di Anci con la Regione rispetto a mantenere, per il fondo regionale, lo stesso importo che era stato definito l'anno scorso: erano 70 milioni di euro e oggi siamo con certezza a 40 milioni. Anche se ci rendiamo conto che stiamo mettendo toppe.

Quando dico 'toppe' è perché vorrei richiamare tutti al fatto che un Comune non ha purtroppo solo come unica emergenza gli anziani, i disabili, c'è un'emergenza oggi sui Comuni che si chiama 'minori in affidamento', che è un problema assolutamente grave.

Ve lo dico perché tutta la rete funziona come abbiamo visto stamattina; la rete funziona perché le Rsa funzionano bene, perché gli asili nido funzionano bene, perché la parte sanitaria in Regione Lombardia funziona bene, quindi, abbiamo tutta una rete pronta, ma non abbiamo le risorse per continuare a sostenerla.

“Oggi c'è la necessità di fare delle scelte e queste scelte sicuramente non sono facili: siamo al livello di dire a quale servizio devo far rinunciare il cittadino.”

Il problema, per i Comuni, è rappresentato dai minori non accompagnati, che stravolgono assolutamente i bilanci comunali; dal problema della casa; dai congiungimenti delle famiglie – e non parlo delle coppie che si dividono.

Ci sono tutta una serie di problemi che vanno focalizzati, e noi li abbiamo focalizzati perché nessuno venga a dire né al sindacato né ad Anci né alla Regione che i problemi non sono stati analizzati, i problemi sono stati sviscerati. Oggi, purtroppo, c'è la necessità di fare delle scelte e queste scelte sicuramente non sono facili, perché non si tratta più di scegliere se mettere a un mazzo di fiori un nastro di raso o un nastro di carta, qui siamo al livello di dire a quale servizio devo far rinunciare il mio cittadino.

Un ultimo passaggio. Ho esperienza e conosco le Rsa.

Mi viene una battuta giusto per rialzare un po' il tono, ve lo dico perché è difficile anche per noi poi trasmettere un po' di positività. Volevo dire al nostro relatore che il fatto che la maggior parte dei parenti degli ospiti non siano così soddisfatti dei pranzi è indicatore del fatto che non ci sono problemi più gravi, per fare un parallelo è come quando nella scuola noi genitori non ci lamentavamo mai della professionalità dell'insegnante, ma del cibo che veniva dato alla mensa scolastica. Vi ringrazio molto. ■

RSA E REGIONE: UN RAPPORTO FATTO DI LUCI E OMBRE

Bassano Baroni *Presidente Uneba Lombardia*

La condizione generale delle Rsa in Regione Lombardia è ritenuta mediamente soddisfacente sia sotto il profilo quantitativo che sotto il profilo qualitativo.

Sotto il profilo quantitativo le rilevazioni Istat e altri attendibili accertamenti hanno posto in evidenza che in Lombardia esiste un'entità di posti letto in Rsa fortemente superiore alla realtà media nazionale.

In tale giudizio può convenirsi, anche se non va trascurato di considerare che, in altre regioni, realtà con la medesima funzione delle Rsa sono altrimenti denominate 'struttura protetta' o 'casa di riposo' o altro con la conseguenza che le rilevazioni riferite agli enti con formale denominazione di Rsa non si prestano a una precisa e sicura comparazione fra diverse realtà regionali.

Pur con questi limiti, è indubbio che la realtà lombarda ha una consistenza superiore a quella delle altre regioni italiane; tale elevata consistenza quantitativa ha più vantaggi e, in particolare, i seguenti:

-permette una sostanziale evasione delle richieste che provengono dal mondo degli anziani non autosufficienti;

- funge da sicuro elemento per evitare onerose esigenze di ricoveri impropri come accade in altre regioni dove, per la carenza quantitativa di Rsa, si assiste a protrazioni delle degenze ospedaliere sostanzialmente ingiustificate.

Sotto il profilo qualitativo va detto che la Regione Lombardia, a partire dal 1986-88, ha avviato un progressivo piano di miglioramento e affinamento delle Rsa imponendo – dapprima per il convenzionamento e poi per l'accreditamento – l'acquisizione di adeguati e soddisfacenti livelli strutturali e organizzativi.

Va anche dato atto che la Regione Lombardia, segnatamente per dieci-quindici anni a partire dal 1986-88, ha efficacemente sostenuto il processo di adeguamento qualitativo delle Rsa, anche con supporti finanziari (in specie Frisl).

Ciò detto, va anche soggiunto che il livello attuale dell'ordinamento amministrativo regio-

nale in tema di Rsa e di rapporti con gli enti gestori non è considerato soddisfacente.

In particolare non è ritenuta soddisfacente l'avvenuta liberalizzazione degli accreditamenti con contemporaneo blocco delle contrattualizzazioni.

In realtà si prefigura un sistema di enti



Bassano Baroni

accreditati aventi disponibilità operative fortemente superiore alle possibilità di contrattualizzazione; d'altronde le risorse accreditate – particolarmente in relazione ai più penetranti requisiti richiesti e ai maggiori costi indotti – non hanno efficace possibilità di utilizzo sul libero mercato in quanto subiscono la concorrenza dei posti letto semplicemente autorizzati e che, per il minor livello organizzativo, operano concorsi sensibilmente inferiori.

Gli enti interessati hanno proposto un ricorso al Tar che ha avuto un imprevisto esito negativo; tuttavia è ora intervenuta una esemplare decisione della Corte Costituzionale che ha annullato una disposizione legislativa della Regione Puglia che liberalizzava gli accreditamenti, sancendo che l'accreditamento, quale istituto sostanzialmente concessorio, deve essere contenuto nei prevedibili bisogni determinati dalla programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Attualmente è da ritenersi insoddisfacente il rispetto dei livelli essenziali di assistenza; è ampiamente noto che in tema di prestazioni socio-sanitarie e sociali, è lasciata forte autonomia ordinamentale alle Regioni e agli enti locali col solo rispetto di alcuni livelli essenziali volti a salvaguardare esigenze ritenute inderogabili sull'intero territorio nazionale.

Un primo livello essenziale riguarda la partecipazione del Servizio sanitario nazionale nella quota di spesa delle Rsa relativa alle prestazioni sanitarie.

Tali quote sono state determinate con provvedimenti del febbraio e del novembre 2001 che, per le Rsa, prevedono una compartecipazione in ragione del 50% del costo complessivo.

Tale livello non è in Lombardia osservato e la condizione è anzi peggiorata per effetto della stagnazione della misura della compartecipazione sanitaria ormai ferma da circa tre anni e assoggettata semmai a processi riduttivi.

Una seconda elusione dei livelli essenziali di assistenza è costituita dalla accentuazione degli oneri dei familiari con contemporanea degradazione del supporto finanziario pubblico; il legislatore del 1998 ha stabilito, quale livello essenziale di assistenza, che per la quota di costo sociale relativa ai bisogni di normale lunga durata e di forte onerosità (e, cioè, per gli anziani

non autosufficienti e per i disabili gravi) l'onere di concorso del privato deve essere limitato alle risorse proprie della persona assistita, senza possibilità di coinvolgimento dei familiari per il sostegno di spese ritenute normalmente incompatibili con il livello di risorse dell'assoluta prevalenza delle famiglie italiane.

Tale principio è stato sostanzialmente leso dalla Legge Regionale 2/2012.

Suscitano, inoltre, preoccupazioni alcune iniziative non ancora tradottesi in provvedimenti legislativi, ma già ripetutamente preannunciate.

Un evento di significativo rilievo nel panorama della Legislazione Regionale è costituito dalla Delibera di Giunta Regionale 16/05/2012 n.3481 avente il seguente dichiarato oggetto "Avvio del percorso di consultazione pubblica con i soggetti pubblici e privati profit e non profit per la condivisione" e "sottoscrizione di un nuovo patto per il welfare lombardo".

Non è dato con esattezza di stabilire con precisione motivazione e finalità dell'iniziativa, se cioè tesa a recuperare un consenso generalmente calante o se finalizzata a instaurare una nuova e vera forma di partecipazione.

Le Rsa si accingono ad affrontare questo nuovo impegno con propositi di obiettivi di collaborazione pur dovendo rilevare che i possibili sacrifici derivabili dall'attuale difficile condizione economica devono, come in ogni sede ormai generalmente affermato, essere ispirati a reale equità.

Nell'ambito dei servizi sociali, nel corso dell'ultimo secolo, si è realizzata un'imponente evoluzione positiva nel campo della sanità e delle prestazioni previdenziali, passandosi da un sistema ispirato a semplici erogazioni di libera beneficenza pubblica a un assetto di tutela piena ed esigibile a titolo di diritto soggettivo.

Simile processo evolutivo non ha affatto riguardato il settore dei servizi sociali che è rimasto allo stato di forte arretratezza e di sostanziale mantenimento dei criteri vigenti all'inizio del secolo scorso.

E, quindi, ragioni di equità induco ad auspicare ed affermare che non potranno certo essere effettuati rilevanti attenuazioni dei livelli protettivi, nell'ambito di un settore – quale quello dei servizi sociali e socio-sanitari – caratterizzati da forme di tutela estremamente contenute. ■

PER NOI È CENTRALE LA DIGNITÀ DELLA PERSONA

Celina Cesari *Segreteria nazionale Spi*

Ritengo necessario inquadrare il tema delle Rsa in un ragionamento più generale. Il motivo di questa scelta risiede nella necessità di collocare la questione della residenzialità degli anziani nell'ambito più complessivo di un welfare riformato.

Viviamo tempi drammaticamente difficili. La crisi economica devastante non sembra avere fine. La soluzione è affidata agli stessi soggetti che l'hanno provocata ed esiste il fondato rischio che la cura invece di guarire finisca con l'ammazzare il malato. Sono dunque tempi particolarmente duri per il nostro Paese. Sul versante del welfare abbiamo conosciuto i tagli operati dal precedente Governo e, nel frattempo, altri se ne profilano.

Né possiamo dimenticare – in un'occasione di questo genere – di sottolineare come anche la natura matrigna ci metta lo zampino. Penso al terremoto che ha colpito l'Emilia e agli effetti che sta provocando sulle persone e sull'economia del Paese. Si parla di una riduzione di prodotto interno lordo pari ad almeno un punto. Faccio riferimento all'insieme di questi problemi, perché avverto la necessità di ragionare con realismo sulle possibili cose da fare e – contemporaneamente – di approfondire il senso e il significato delle scelte sindacali che informano la nostra pratica quotidiana.

Rispetto al welfare siamo in bilico su un crinale estremamente pericoloso.

La riforma della previdenza è stata fatta. Ha già cambiato la vita di molte persone rimaste senza lavoro e senza pensione, oppure costrette a con-

tinuare a lavorare oltre il tempo previsto dai loro progetti vita, fino a impedire per un'intera generazione la libertà di scegliere di essere figli e nonni. Molti di noi dovranno lavorare talmente a lungo da non poter più farsi carico della cura di genitori anziani o di eventuali nipotini.

Anche sul versante della spesa destinata al sociale rischiamo di essere a un punto di non ritorno. I rigori del Patto di stabilità ai quali sono sottoposti Regioni e Comuni, i tagli al Fondo sociale nazionale ormai ridotto al lumicino, la scomparsa degli altri fondi nazionali – a partire dal fondo destinato al sostegno per i non autosufficienti – disegnano uno scenario drammatico che lascerà senza tutele i più vulnerabili.

Il Sistema sanitario nazionale è anch'esso estremamente provato e su di esso si vuole ulteriormente intervenire. La previsione di revisionare la spesa sanitaria per un importo pari a circa 97 miliardi di risparmio significa eliminare l'80% di fondo sanitario nazionale, mentre l'ipotesi di introdurre nuovi ticket aggiuntivi ai precedenti per un valore pari a 2 miliardi di euro si riverserà solo sugli anziani. Il 20% della popolazione italiana, che utilizza il 48% della spesa sanitaria, conoscerà la fine delle attuali esenzioni per età e per patologia sulla base di un'idea di franchigia che farà pagare tutto a tutti.

L'insieme di questi nodi comporterà un ulteriore, terribile aumento delle disuguaglianze. Siamo in una fase dove, per citare un grande italiano Antonio Gramsci: "C'è un vecchio che muore – lui la chiamava la fase dell'interregno – mentre il nuovo non avanza e – aggiungeva –



in una fase di questo genere le peggior cose diventano possibili”.

In questa situazione, un’organizzazione sindacale come la nostra deve focalizzare la sua attenzione sulla condizione materiale delle persone; e, contemporaneamente, provare a tenere aperta la strada dei diritti tenendo uniti quelli riferiti al lavoro con quelli di cittadinanza. Scegliamo cioè l’unica modalità di intervento capace di assicurare e di sostenere la libertà e la dignità di ogni persona.

Sul tema della condizione materiale delle persone facciamo quello che è tipico di un’organizzazione sindacale: manifestiamo il 16 giugno a Roma, assieme a Cgil, Cisl e Uil. Il 20 giugno i sindacati dei pensionati, unitariamente, animeranno tre grandi assemblee nazionali a Milano, Roma e Bari.

Sono iniziative che vanno al di là di ogni ritualità perché tendono a ristabilire la necessità di ripristinare i due pilastri sui quali si è fondata la convivenza civile in Italia e in Europa: i diritti del lavoro e i diritti di cittadinanza.

Lavoro e welfare sono tra di loro strettamente intrecciati. I diritti del lavoro rinviano a concetti e valori che hanno a che fare con la dignità, la solidarietà, l’autonomia e la libertà delle persone, mentre il welfare è un importante strumento di redistribuzione della ricchezza, di riduzione delle disuguaglianze, ma anche un fattore di crescita economica. La sanità costa il

6%, ma vale il 15% di prodotto interno lordo, e produce occupazione. Naturalmente, lo diceva bene Dossi nella sua introduzione, ripristinare i due pilastri significa ripensare, riprogettare e ricostruire i diritti nello scenario attuale. Il tema dell’invecchiamento della popolazione è oggi purtroppo estremamente sottovalutato, mentre riveste una straordinaria importanza: non si possono ristabilire nuove regole di convivenza senza tener conto dei soggetti sociali sul campo!

Ma se di riprogettare, ricostruire e riformare si tratta, qual è la nostra scelta di fondo? Qual metro scegliamo per misurare la qualità degli interventi da proporre e attuare?

Per noi dello Spi, non ci sono dubbi: al centro di qualunque forma di sostegno, di accompagnamento, di promozione di cittadinanza mettiamo la persona nella sua unicità ed irriducibilità. Il sindacato dei pensionati questo fa in ogni sua proposta e in ogni sua iniziativa.

Questa scelta, che sembra semplice e persino ovvia, in realtà ha delle implicazioni forti e profonde perché ha immediatamente a che fare con il tipo di modello di società, di crescita della ricchezza e di sviluppo economico a cui fare riferimento. Infatti non ci può essere, dal nostro punto di vista, né crescita né sviluppo senza che questi siano accompagnati dallo sviluppo della persona umana e delle sue prerogative di libertà e di dignità, in qualunque età della vita e in

qualunque luogo questa decida di abitare.

Se è vero, com'è vero, che la non autosufficienza non è un destino, ma si manifesta in conseguenza di come si è vissuto, se è vero che meno si è istruiti più si è poveri, più si svolgono lavori faticosi e più si è esposti al rischio di malattia e di disabilità in età adulta, è del tutto evidente che vanno compiute scelte nitide e diametralmente opposte a quelle attualmente operate nel nostro Paese e nel resto d'Europa.

È in questo contesto che voglio collocare il ragionamento di oggi.

Lanziano in una struttura residenziale – comunque essa venga denominata – è una persona con piena titolarità di diritti. È cittadino sempre e come tale merita rispetto della sua dignità e riconoscimento delle sue prerogative di libertà.

Noi dello Spi nazionale abbiamo voluto avviare una ricerca partecipata sulle strutture residenziali destinate alle persone anziane. Abbiamo voluto guardare la faccia nascosta della luna. Esistono fior di ricerche sugli anziani, di essi sappiamo tutto. Ma la condizione dell'anziano all'interno delle strutture residenziali, pur nota, rappresenta il grande rimosso collettivo. Non se ne parla mai volentieri.

Abbiamo voluto avviare questa ricerca insieme alla Funzione pubblica nazionale che rappresenta il lavoro degli addetti alla cura. Abbiamo effettuato questa scelta con grande convinzione perché riteniamo non indifferente la qualità del lavoro rispetto alla qualità della presa in carico e della cura per persona vulnerabile. Le due cose, il diritto di cittadinanza e il lavoro svolto con competenza e dignità, sono ancora una volta intrecciate strettamente.

Attraverso la ricerca, abbiamo verificato la rispondenza dei requisiti ambientali e strutturali alle regole per l'accreditamento, abbiamo accertato la condizione degli operatori, abbiamo appurato l'esistenza o meno delle carte di servizio. La ricerca è disponibile sul sito dello Spi e chi lo desidera può andare a vederla. Ma il pregio vero della ricerca si registra nella capacità di centinaia e centinaia di nostri attivisti di ricostruire il filo della relazione con gli anziani residenti all'interno delle strutture.

Vi sono situazioni estremamente differenziate, situazioni di grande qualità, che non vanno sot-

tovalutare, ma anche situazioni insopportabili per le persone ricoverate.

Abbiamo aperto una mail che si chiama apritequelloporte@spi.cgil.it. Le segnalazioni che continuano ad arrivarci non sono di segno positivo, riguardano esattamente i punti di criticità, che anche Montemurro ha evidenziato, con riferimenti particolari all'igiene, all'incuria nel consumo dei pasti causata dalla scarsità del personale; ed abbiamo ovviamente registrato – ma questo è nella consapevolezza di chiunque – che nessun anziano vorrebbe stare lì, che ognuno avrebbe preferito continuare a stare a casa propria.

Di fronte a questo abbiamo immaginato di fare un passo in più nella ricerca nazionale e di provare a lavorare – studiando tre realtà nazionali – per un sistema di accreditamento che non si limitasse solo ai requisiti ambientali e strutturali, ma che allargasse la sua visione anche ai percorsi di cura della persona e alla possibilità che, questa persona, poi potesse in qualche modo tornare a casa. Questa parte della ricerca si sta ancora svolgendo.

Quando abbiamo presentato i risultati della nostra ricerca partecipata, lo stesso giorno, è esploso il caso di San Remo e da lì è partita la campagna aperte quelle porte, che rappresenta per noi l'impegno ad entrare nelle strutture, di rimanerci, di insediarcisi anche per promuovere i diritti di cittadinanza delle persone, sottolineando ancora una volta che l'anziano ricoverato in queste strutture è sempre cittadino, ed è sempre titolare di diritti che vanno assicurati. La libertà di culto, per dirne uno, la libertà di socializzare, la libertà di poter entrare ma anche di poter uscire, elemento di criticità qui registrato.

Su questo stiamo lavorando, anche perché riteniamo che tutti questi siano elementi fondativi della possibilità di prendere in carico la persona in modo appropriato, favorendo percorsi di accompagnamento, di contrasto e di cura della non autosufficienza attraverso forme di umanizzazione, che sono di sollecitazione al recupero delle funzioni, quelle perse e quelle da non perdere, che invece, in determinate situazioni di istituzionalizzazione, scompaiono.

Ecco perché per noi rimane centrale l'idea della casa della persona e della domiciliarità del-

la cura fin quando è possibile. Quando diciamo “fin quando è possibile” intendiamo elevando al massimo la soglia del possibile, e attivando attorno a questa idea di domiciliarità tutte le risorse che sono all’interno dell’abitazione e intorno a essa. Penso alla persona che sta perdendo la sua autonomia ma conserva saperi, esperienze e cultura, e a tutto quello che le sta intorno: parenti, vicini, le associazioni di volontariato. Solo guardando all’insieme delle potenzialità del soggetto e dell’ambiente che lo circonda si può dare qualità al piano individuale di assistenza, e contrastare la perdita di abilità e di autonomia delle persone promuovendole e sostenendole, e sapendo che rimanere a casa è parte della cura.

Alcune patologie – e l’Alzheimer ne è un esempio – rallentano fortemente se affrontate presso il domicilio della persona.

Insomma, scegliere la domiciliarità della cura implica il rafforzamento dei legami sociali, in forma più larga questo può significare rafforzamento delle coesioni sociali ma ci porta a considerare anche la vivibilità della città, oltre che il possibile aumento dell’occupazione nell’ambito della cura.

Questa è la prima opzione. Ovviamente, quando non è più possibile serve la struttura: centri diurni, piccole strutture alternative alle grandi istituzionalizzazioni.

Oggi però serve ragionare sulle Rsa.

La ricerca presentata è sicuramente più avanzata di quella nazionale ed è giusto, opportuno e appropriato che sia così. È anche più precisa, guarda a elementi che quella nazionale non ha registrato. Penso alle questioni delle rette, ma penso anche al tema del ritorno a casa e dell’umanizzazione delle cure, penso anche alla descrizione della condizione di lavoro del personale dipendente che, per la verità, presenta analogie con la realtà nazionale.

Nel corso del lavoro di presentazione della nostra campagna in giro per l’Italia abbiamo incontrato i gestori delle Rsa e con i più seri tra loro ci siamo trovati a condividere un giudizio: le Rsa svolgono un ruolo sostitutivo di altri strumenti che, invece, sarebbero necessari per assistere in modo migliore la persona in condizioni di non autosufficienza e, quindi, il primo

obiettivo potrebbe essere quello di riportare le attuali strutture a un ruolo più appropriato.

Se servono strutture che siano d’unione tra la fine dell’acuzia e la normalizzazione, possiamo pensare di lavorare insieme in questa direzione? Se servono strutture che facciano riabilitazione, possiamo orientarci in questo senso? Io penso che questo sia possibile continuando ad assicurare anche ai privati i profitti che, giustamente, rivendicano voler ottenere.

Mi piacerebbe, poi, che ci orientassimo tutti verso la domiciliarità della cura e che tutti quanti insieme provassimo a innalzare quella soglia del possibile, a cui prima facevo riferimento.

Un’ultima annotazione riguarda i lavoratori e le lavoratrici.

Noi ci sentiamo alleati con il personale delle Rsa, a quel personale vogliamo bene perché si prende cura dei nostri vecchi e perché probabilmente si prenderà cura di noi quando il nostro momento arriverà, sperando che arrivi il più tardi possibile. Sono persone che ogni giorno, per otto ore al giorno, e probabilmente per decine d’anni fino al pensionamento, hanno quotidianamente a che fare con il decadimento fisico e con la fine dell’esistenza delle persone. È un personale che ha un carico di fatica psicologica elevatissimo, va in burn out! Si dice che va professionalizzato: deve sapere come fare un bagno assistito, come mobilitare l’allettato, come nutrire un Alzheimer – possibilmente non in dieci minuti ma per il tempo necessario al rispetto dei tempi e della dignità della persona.

Ma, oltre a questo, ha bisogno di sostegno psicologico, di scambio di esperienze, di lavoro di squadra oltre che del giusto compenso per la sua professionalità e di spazio per la sua operatività. Solo in questo modo potrà prendersi cura delle persone sollecitandole a conservare le abilità e le capacità.

Penso a un modello di cura, capace di vedere davvero la persona, che preveda il contaminarsi l’un con l’altro, l’entrare in empatia, il capirsi, l’aver rispetto delle culture e delle usanze di ogni persona riconoscendola nella sua unicità e nella sua irripetibilità.

Questa è l’impresa alla quale vogliamo dedicarci, comprendiamo quanto sia difficile però siamo spiriti ribelli e resistenti e non ci arrenderemo. ■

ALCUNE RIFLESSIONI SULLA GOVERNANCE DELLA RETE DELLE RSA

Carlo Borghetti *Consigliere regionale del Partito Democratico della Lombardia*

In questi anni è cambiato lo scenario complessivo dentro cui vengono erogati i servizi di welfare ai cittadini lombardi, così come lo scenario è cambiato nel resto del Paese: la popolazione invecchia sempre più, aumenta la cronicità, sempre più persone devono essere assistite o curate per tempi sempre più lunghi, la composizione sociale è mutata, la riduzione delle risorse economiche ha raggiunto livelli drammatici... Si impone una revisione urgente, sia a livello nazionale che a livello regionale, per le rispettive competenze, dell'attuale sistema di welfare, non più adatto e capace di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione.

È dentro questo nuovo scenario che bisogna ragionare sul ruolo, sull'evoluzione e sui problemi delle residenze sanitarie assistenziali in Lombardia. A partire da un paletto che va ben fissato, rispetto a una deriva culturale che tende a considerare lo stato sociale un 'peso', e che ha portato recentemente autorevoli esponenti del mondo economico-finanziario nazionale ad affermare che *non possiamo più permetterci lo Stato Sociale*. Ci auguriamo che l'interpretazione sia: *non possiamo più permetterci lo Stato Sociale come l'abbiamo conosciuto fin'ora, dobbiamo quindi riformarlo*. Il welfare, la cura della salute, sono diritti



Carlo Borghetti

ti sanciti dalla Costituzione italiana, e rappresentano inoltre anche un importante fattore di crescita e di sviluppo. Dunque *la sfida non è tagliare il welfare*, come è successo in troppe manovre governative in questi anni, *ma riformarlo per rispondere di più e meglio ai problemi innanzitutto di chi fa più fatica*.

Regione Lombardia pare consapevole di questa esigenza, e ha avviato la nuova legislatura nel 2010 annunciando una nuova legge quadro sul Welfare. Ma purtroppo

in questi due anni ha proceduto a colpi di delibere di Giunta, che hanno introdotto importanti modifiche di sistema non confrontate con nessuno, come nel caso delle Regole di sistema, cambiate ogni anno a fine anno, e che hanno pesantemente coinvolto le Rsa, a partire dalla definizione di un budget in riduzione.

Pur considerando che il mix tra residenzialità e domiciliarità nella cura degli anziani, in questa regione, va rivisto rilanciando la seconda, non si può più tardare a riconoscere alla rete delle Rsa un ruolo sempre più frequente di *surroga*, in particolare rispetto al sistema sanitario, che esige un riconoscimento anche in termini di risorse nuove da trasferire alle strutture in relazione ai compiti di cura della salute "aggiuntivi" che in questi anni si sono trovate ad affrontare, ac-

cogliendo casi da classificare decisamente come “sanitari”, e accogliendo persone che si trovano nel periodo che intercorre tra la dimissione dall’ospedale e il rientro in famiglia, a causa della perdurante mancanza di strutture intermedie, che potrebbero invece essere create dalla rifunzionalizzazione di posti letto ospedalieri (e in questo la Regione Lombardia sconta un grave ritardo).

Passo ora in rassegna alcuni recenti provvedimenti regionali. Tra le necessità prospettate c’è l’implementazione (già prevista in passato) della valutazione *multidimensionale* della persona anziana che chiede l’accesso a un servizio: tale valutazione può essere un efficace strumento rispetto al problema dell’*appropriatezza* del servizio da proporre, fatto salvo che resta ancora da chiarire chi, e come, opererà la valutazione.

La recente *liberalizzazione dell’accreditamento* è pure condivisibile, anche se l’introduzione della contrattualizzazione tra Asl e Rsa rischia di portare con sé elementi discrezionali che van-

no contrastati, chiarendo meglio e di più a quali criteri si debba attenere l’Asl per decidere le quantità da ammettere a contratto (e quindi da remunerare) rispetto all’offerta complessiva che un certo territorio presenta. E l’introduzione di uno *schema tipo di contratto* tra Rsa e ospiti deve andare nella direzione di chiarire la composizione delle rette, più che verso un’ulteriore *regulation* del sistema senza effettiva relazione con la qualità del servizio erogato.

E a proposito degli *incentivi per la qualità*, non si capisce perché i criteri vengano resi noti in corso d’anno o, peggio, a fine anno, perdendo così l’occasione di indirizzare efficacemente i gestori verso gli obiettivi da perseguire a inizio d’anno, con una qualità quasi sempre valutata rispetto a criteri gestionali e amministrativi, anziché rispetto a criteri effettivamente riferiti alla qualità dei servizi d’assistenza.

Per quanto riguarda l’aggiornamento della remunerazione *Sosia* degli ospiti, poi, in questi anni la Regione non ha tenuto conto dell’au-



mento del costo della vita e del lavoro, e questo ha portato i gestori spesso a far fronte all'aumento di tali costi attraverso l'aumento delle rette o attraverso meccanismi di *esternalizzazione del personale*, scegliendo in entrambi i casi la strada più facile, ma più negativa per gli ospiti e

le loro famiglie. Non che il personale di cooperativa rappresenti automaticamente una diminuzione di qualità, ma certamente l'eccessivo turn-over del personale assistenziale esternalizzato è elemento molto delicato rispetto alle esigenze di vita quotidiana degli ospiti, bisognosi anche di riconoscere chi li aiuta, anche instaurando meccanismi di relazione spesso più efficaci delle cure stesse.

Quanto alla paventata introduzione della "voucherizzazione" per le Rsa, esprimiamo contrarietà e forti preoccupazioni. L'idea che si passi *dal finanziamento dell'offerta al finanziamento della domanda*, attraverso l'assegnazione di un voucher economico (o dote, o come si voglia chiamare) direttamente all'utente, rischia di produrre tre effetti negativi:

- 1.** il cittadino (al quale la libertà di scelta interessa molto meno che non la possibilità di trovare ciò di cui ha bisogno) non si trova per nulla *accompagnato* nella ricerca della situazione migliore per sé, e rischia di trovarsi un voucher insufficiente a coprire il costo del servizio che (liberamente!) sceglie;
- 2.** le Rsa sono indotte a una *competizione* che in questo settore può avere esiti nefasti se fatta scivolare sul risparmio dei costi di gestione e sulla qualità del servizio;
- 3.** le Rsa, specie le più piccole (spesso di provata qualità), non sono in grado di *pianificare* i loro budget annuali con certezza, rischiando squilibri di bilancio che ne posso compromettere la sopravvivenza (il personale non può essere assunto o

“L'idea che si passi dal finanziamento dell'offerta al finanziamento della domanda, attraverso l'assegnazione di un voucher economico direttamente all'utente, rischia di produrre tre effetti negativi.”

dimesso in relazione all'andamento di ingressi in struttura che diventano incerti nel tempo...). E tutto questo, infine, ovviamente, si traduce in realtà in un peggiore servizio alle persone, che sono le *reali destinatarie e il reale centro* delle politiche di assistenza che vogliamo migliorare.

In questo scenario

non vorremmo che a farne le spese, oltre agli anziani, fossero le strutture più piccole diffuse su tutto il territorio regionale. Non demonizziamo i processi di *fusione*, o di *acquisizione*, delle Rsa, che pure destano qualche perplessità quando vengono gestiti da realtà che arrivano da oltre i confini nazionali con meccanismi che paiono a volte troppo orientati verso finalità economicistiche, ma certamente considereremmo una grave perdita la scomparsa di gestori storici locali, che tanto bene hanno fatto negli anni specie garantendo una *integrazione* tra comunità locale e struttura residenziale che rappresenta un vero e proprio elemento di qualità anche nel processo assistenziale.

L'integrazione tra comunità locale e struttura è certamente tanto più praticata quanto più la governance della struttura è vicina al territorio e ne è sensibile, così come molto importanti ai fini della qualità della vita degli ospiti, e ancora non sufficientemente diffusi nelle Rsa, sono gli *organismi di partecipazione* e di *consultazione* quali il Consiglio degli ospiti e il Consiglio dei parenti, in grado spesso di dirimere questioni pratiche, piccole o grandi, che incidono anche sul "clima" di vita che si respira in struttura, vera e propria comunità umana: in questo senso non possiamo che auspicare una maggiore sensibilità verso organismi di questo tipo da parte dei gestori.

Un accenno va fatto anche al *ruolo dei Comuni*, rispetto alla rete di assistenza agli anziani, essendo titolari dei servizi Cda, Centri Diurni

Anziani, e del Sad, il Servizio di Assistenza Domiciliare non sanitaria (oltre che essendo chiamati ad intervenire nella compartecipazione nelle note situazioni): è necessaria una *migliore integrazione* e un *maggiore dialogo* tra questi servizi e i servizi socio-sanitari per anziani di cui abbiamo parlato. Anche in questo senso vanno rilanciati i *Piani di zona*, perché se è vero che i Piani soffrono un problema di carenza di fondi, è vero anche che spesso questi Piani soffrono ancora di più la mancanza di strategia e di sinergie tra tutti i soggetti: il prossimo welfare non potrà che vedere una partecipazione di soggetti ancora più numerosi, ma questo chiederà sforzi di coordinamento ancora maggiori.

Un ulteriore cenno esprimo anche rispetto al *nuovo Isee* che il Governo sta studiando: la *progressività* rispetto al reddito-patrimonio come criterio per la compartecipazione alla spesa sociale e socio-sanitaria è il principio da assumere a valore assoluto, dunque sarebbe utile estendere l'uso dell'Isee a tutti i servizi. Quello che preoccupa è piuttosto l'ipotesi di ricomprendere gli *assegni di accompagnamento* tra i fattori che compongono il reddito perché, a normativa restante invariata, questo avrà come esito una maggiore difficoltà di accesso ai servizi da parte di chi già sta meno bene...

Concludo formulando alcune *proposte*:

- Il Governo nazionale e la Regione devono tornare indietro rispetto a molti dei *tagli* fatti in questo settore: questi tagli non vanno considerati un fatto ineludibile e irrecuperabile. In particolare va ripristinato il *Fondo nazionale per la non-autosufficienza*, e Regione Lombardia deve implementare il *Fondo regionale per la non-autosufficienza*, come proposto nel progetto di legge che ho presentato come primo firmatario da oltre un anno;
- Lo Stato deve finalmente *definire i livelli essenziali* (Lea e i Leps), senza i quali è quasi impossibile definire la nuova compartecipazione, pena il rischio che Regione Lombardia sta facendo correre ai suoi cittadini, caricando gli sconti che la sperimentazione del Fattore famiglia prevede per le famiglie con maggiore carico assistenziale su tutte le altre famiglie, prevedendo la compartecipazione ai costi sanitari dei servizi socio-sanitari, con evidente ipotesi di incostituzionalità;

- La Regione deve aumentare la *quota-parte* di risorse del Fondo sanitario regionale destinata ai servizi sociali e socio-sanitari, quota che non può restare ferma ancora a una percentuale inferiore al 10%, non solo perché sono cambiati i bisogni, ma per il ruolo di *surroga* che, come dicevamo all'inizio, il welfare esercita nei confronti del sistema Sanitario: il welfare agisce al posto del sanitario e "fa risparmiare" il sanitario, dunque ha diritto ad avere un'integrazione di risorse che siano prese dal comparto Sanitario;

- La Regione deve rivedere, rispetto a tutte le politiche di welfare ma in particolare rispetto al settore degli anziani, il *mix tra residenzialità e domiciliarità*, rilanciando la seconda, per una maggiore appropriatezza, come si diceva all'inizio, con evidente vantaggio per la qualità di vita e di assistenza degli utenti e di risparmio per le casse pubbliche. ■

ASSISTIAMO A UN ARRETRAMENTO DEL RUOLO DEL PUBBLICO

Manuela Vanoli *Segreteria FP Lombardia*

Ringrazio lo Spi Lombardia per aver invitato la Funzione pubblica a questo convegno e averci così dato l'occasione di portare la voce degli operatori delle Rsa.

Ho trovato i risultati della ricerca fatta dallo Spi molto interessanti, soprattutto in questa fase di cambiamento del welfare lombardo.

Sul fatto che sia giunto il momento di ragionare su un nuovo modello di riforma del welfare non c'è dubbio, ci troviamo in una situazione di:

- costante trend di riduzione delle risorse economiche a disposizione;
- aspettativa di vita media fortunatamente sempre più alta;
- miglioramento della qualità delle prestazioni offerte e conseguente aumento della domanda, prestazioni che sono migliorate in qualità negli anni soprattutto grazie al costante aumento di professionalità degli operatori del welfare;
- diminuita potenzialità di assistenza da parte dei nuclei familiari, sempre più piccoli nel numero di componenti.

In questo contesto ovviamente le risorse non sono più sufficienti a garantire lo stesso modello che abbiamo avuto in passato e, sempre meno, lo saranno nel futuro.

Ciò che è preoccupante è che da parte di Regione Lombardia non vi sia alcun ragionamento su nuove fonti di reperimento di risorse. Ad esempio, tutte quelle che vengono convogliate nei vari modelli di welfare aziendale, volte a modo loro a dare risposte a questa situazione, ma attraverso sistemi non universalistici, che garan-

tiscono assistenza solo in costanza di rapporto di lavoro. Quando una persona è fuori dal mondo del lavoro perde, oltre alla retribuzione, anche l'assistenza sul versante del welfare.

Tutti i ragionamenti e gli interventi cui abbiamo assistito sino ad oggi si basano sulla compartecipazione della spesa da parte del cittadino e sulla costante riduzione delle prestazioni per adeguarle alle risorse disponibili.

La mia sensazione è che nonostante il processo di consultazione che la Regione ha attivato sulla riforma del welfare lombardo, 'per costruirla insieme', noi siamo già di fronte a un modello ben definito.

Tutto il progetto di riforma del welfare lombardo parte da una gara di appalto, per la modica cifra di quasi cinque milioni di euro, assegnato pochi mesi fa, e che già nelle prime righe lascia ben intendere quale sia l'obiettivo finale: la completa voucherizzazione del welfare lombardo, all'insegna dei soliti slogan sulla libertà di scelta del cittadino, che abbiamo già ben ascoltato in sanità.

Si sottolinea come altamente positivo il fatto che non sarà più l'Asl, sulla base di budget assegnati agli erogatori in funzione della spesa storica, a pagare il servizio ma sarà direttamente la persona.

Ma questi budget sono frutto di una azione di programmazione effettuata dal pubblico, e costituiscono quelle risorse che consentono a una Rsa di programmare la propria attività a inizio anno.

Così facendo le Rsa si troveranno catapultate in

un mercato di libera concorrenza del welfare, senza certezze di risorse e lascio a voi valutare se la competizione tra Rsa sarà, come dice la Regione, sulla qualità migliore e non invece, per sopravvivere, sulla riduzione della spesa.

Per non parlare delle ripercussioni che questo nuovo sistema potrà avere sui livelli occupazionali.

Io temo che stiamo assistendo a un ulteriore arretramento del ruolo del pubblico nel welfare state, pubblico, che ormai è quasi assente come erogatore di prestazioni e che così arretra anche dal suo fondamentale ruolo di programmazione e analisi del fabbisogno.

Non si comprende inoltre se i medici di medicina generale avranno un ruolo in questa riforma o se davvero tutto sarà lasciato sulle spalle del cittadino, all'insegna di una falsa libertà di scelta.

Quando si parla di qualità delle prestazioni in una Rsa immediatamente si pensa al personale, visto che stiamo parlando di prestazioni svolte da operatori.

Il paradosso è che oggi, quando in una Rsa si cerca di parlare di personale, l'unico aspetto che viene sollevato è quello del costo, il personale sembra essere diventato un costo e non una risorsa e purtroppo anche un costo da contenere. Non è sufficiente presentare carte dei servizi che parlano di eccellenza delle prestazioni se poi non si fa nulla per chi le prestazioni le deve

concretamente realizzare.

La qualità delle prestazioni passa necessariamente attraverso:

- personale motivato, incentivato, sottoposto a formazione e aggiornamento continui;

- personale correttamente inquadrato, basti pensare a quanti operatori hanno conseguito autonomamente il titolo di operatore socio sanitario per migliorare la propria professionalità, per poi non vederselo riconosciuto di fatto nell'inquadramento, semplicemente perché i livelli minimi di personale previsti dalle norme di accreditamento regionale non lo rendono obbligatorio, quasi fosse necessario un obbligo regionale per dare prestazioni di qualità superiore;

- contratti di lavoro rinnovati nei tempi giusti e non, come oggi, scaduti da ormai tre anni. E a questo aggiungo che diventa sempre più pregnante la necessità di avere un contratto nazionale unico di settore, per garantire che un operatore, a parità di qualifica e di mansioni, abbia lo stesso inquadramento, la stessa retribuzione e gli stessi diritti ovunque opera, e non invece trattamenti differenziati a seconda della ragione sociale del proprio datore di lavoro, perché ogni associazione datoriale ha il suo contratto di riferimento e nel mondo del welfare sono ben undici i contratti nazionali applicati.

Noi siamo seduti a tutti i tavoli di rinnovo dei

contratti scaduti e continuiamo a sostenere che la situazione di crisi nella quale versa il nostro paese e il conseguente taglio di risorse pubbliche non può e non deve essere scaricato sulle spalle degli operatori attraverso il mancato rinnovo dei contratti di lavoro e continuiamo a perseguire l'obiettivo di arrivare, al più presto, a definire un unico contratto nazionale di settore che raggruppi tutti gli operatori del welfare, dando loro la dignità che si meritano. ■



VIVIBILITÀ E PARTECIPAZIONE SONO LE NOTE DOLENTI

Valentino Cameroni *Familiare di un ricoverato in Rsa*

Sono il parente di un ospite di una Rsa di Lecco, questa mia esperienza mi porta a voler porre l'accento su due punti: la sostenibilità del vivere e la partecipazione.

Per quanto riguarda la sostenibilità del vivere il problema centrale sono le rette in generale e la loro trasparenza. Le rette dovrebbero avere una composizione chiara perché adesso come adesso io non so quale sia la quota sanitaria e quale sia la quota alberghiera e come queste sono composte. Altrettanto importante è come si posiziona la struttura nel panorama provinciale, anche qui io non so se ci sono altre strutture che danno gli stessi servizi ad una retta inferiore o superiore per questo chiederei una politica chiara sulle rette. Da quello che vedo spesso esistono differenziazioni non legate a differenti livelli di servizi ma ad aspetti marginali, nel senso che nella stessa struttura ci sono rette differenti, i servizi sono gli stessi ma, magari, un ambiente è più bello e l'altro meno e questo singolo elemento determina la differenza nella retta. In questo caso il parente – che deve tra l'altro contribuire al pagamento – non capisce molto bene questa cosa. Penso, dunque, che bisognerebbe tendere all'efficienza del-

le risorse economiche come ad esempio nelle strutture pubbliche, dove si fanno le gare aggregate o esiste una centrale degli acquisti. Sarebbe, dunque, il caso di chiedersi che cosa è possibile fare in una Rsa.

La sostenibilità del vivere e la gestione amministrativa riguardano anche i re-investimenti, cioè gli avanzi di gestione che tante volte vengono utilizzati dalle Rsa in modo non del tutto chiaro, mentre potrebbero essere usate per abbattere i costi delle rette e quant'altro.

Passo alla partecipazione che è l'argomento che vi potrebbe interessare di più.

Tra il personale di assistenza, volontari, familiari e ospiti, quando è possibile, si osservano le stesse cose ma da punti di vista differenti che vanno armonizzati senza creare gerarchie e funzioni diverse. Funzioni e attività di partecipazione, osservazioni dirette attraverso i gruppi di monitoraggio, promozione attiva da parte della struttura di momenti di incontro con i fa-

miliari per l'analisi e la soluzione dei problemi anche comuni a più ospiti. Non solo, incontri con finalità rivendicative da ambo le parti. Chiarisco con un piccolo esempio. Il familiare: “rompo perché non capisco” e il perso-

“Le rette dovrebbero avere una composizione chiara perché adesso come adesso io non so quale sia la quota sanitaria e quale sia la quota alberghiera e come queste sono composte.”



nale: “non capisci che mi stai rompendo?”. Poi volevo parlare anche dei comitati dei familiari degli ospiti e delle relazioni con il consiglio di amministrazione, le consultazioni da parte della direzione delle Rsa sui problemi strategici di sviluppo e sulle rette. Bisognerebbe mettere a disposizione dei familiari spazi e strumenti perché questi comitati possano essere dei riferimenti; gli stessi comitati dei familiari e degli ospiti dovrebbero avere queste caratteristiche principali: essere comitati elettivi, rinnovati nei soggetti con frequenza per evitare l’ebbrezza elettiva, caratterizzati dalla partecipazione delle associazioni di volontariato. In analogia ad altre esperienze sembrerebbe utile proporre un comitato di rappresentanti degli ospiti almeno nelle strutture di maggiori dimensioni. Questi comitati i cui componenti sono eletti svolgono una funzione consultiva tecnica e strategica della direzione delle Rsa sia sulle problematiche di carattere generale relative all’impostazione che sull’organizzazione

dei servizi. Il consiglio d’amministrazione della struttura troverebbe così un contenitore istituzionale partecipativo con il quale confrontarsi sull’attività dell’ente e discutere eventuali problematiche. ■

DOBBIAMO PASSARE DALLA CURA AL PRENDERSI CURA

Rosella Petrali *Direttore generale vicario assessorato alla Famiglia - Regione Lombardia*

Il testo non è stato rivisto dal relatore

Porto a tutti i saluti del Direttore generale Dott. Albonetti, che mi ha delegato come sua vicaria in questo momento di riflessione.

Gli elementi, emersi dalla vostra ricerca, credo meritino una riflessione condivisa, collettiva. Vi sono dati non sempre paragonabili, almeno dalla Regione Lombardia, a livello nazionale, con le altre Regioni per una serie di motivi, non ultimo il fatto che contiamo le persone in modo diverso oltre a chiamare le cose in modo differente.

A livello di Regione Lombardia le Rsa, a distanza di quindici anni, le chiamiamo tutte così, anche se comprendono cose differenti, frutto della creatività e della grande disponibilità che hanno gli operatori, le persone, i cittadini, le famiglie stesse sul territorio. Siamo una regione molto attiva da questo punto di vista, quindi questi dati mi auguro di poterli confrontare in situazioni più consolidate, magari durante incontri con gli operatori, ovviamente con il vostro consenso e con la vostra collaborazione.

Sono dati molto doverosi da analizzare sul territorio regionale. Doverosi perché le nostre provincie, le nostre aziende sanitarie locali, i nostri territori sono davvero molto differenti uno dall'altro, e lo sono stati anche in questi anni. Parlo, per esempio, della valutazione con cui vengono accolti gli ospiti, le persone, all'interno delle strutture Rsa, ma anche di come vengono dati servizi di assistenza domiciliare integrata. Il cittadino del Comune di Dumenza, in provincia di Varese, può non avere la stessa valutazione che ha il cittadino di un ultimo paesino della provincia di Mantova, che confina con l'Emilia. Ci sono molte differenze

anche sul piano culturale della popolazione, per cui dobbiamo tenere conto anche del fatto che le persone anziane, così come le famiglie, si comportano, agiscono e si rivolgono al servizio in modo differente, frutto della propria cultura e del proprio contesto di vita. La città di Milano è diversa rispetto al paesino dove abito io, che ha 700 abitanti e dove i tessuti sociali e le realtà di comunità sono decisamente molto diversi.

Io sono un tecnico, un dirigente, non sono un politico e quindi non entro in temi prettamente politici, non voglio togliere né aggiungere niente a quanto i livelli politici, nelle diverse istituzioni, rappresentanze, fin qui hanno detto.

A livello tecnico io credo che si debba, però, intervenire cercando di leggere questi dati nel giusto contesto, perché generalizzare è sempre un rischio se non se ne fa, poi, una lettura che si cali all'interno.

Ci sono però alcuni elementi che si possono generalizzare, che caratterizzano le nostre strutture. Elementi di cui dobbiamo tenere conto perché leggere la realtà per leggerla, credo, non sia un obiettivo né vostro né di nessuno. La realtà si legge per poterla cambiare e per poter introdurre dei cambiamenti, cosa non sempre facile, soprattutto in un momento così difficile.

Che cosa dobbiamo tenere presente? Lo dico dal mio osservatorio, ma emerge in parte anche dalla vostra ricerca.

Primo, se è vero che la popolazione anziana è questa, è anche indiscutibile che aumenti e che ci dobbiamo aspettare grandi numeri nel 2050; il tema è che oggi sono in aumento le diverse for-



Rosella Petrali

me di demenza. Noi chiamiamo tutto Alzheimer, ma sono diverse forme di demenza che prima non c'erano ma che oggi ci sono, presenti e forti, all'interno delle strutture.

Questo cosa significa che dobbiamo semplicemente pensare a una revisione delle rette perché avremo più demenza? No. Significa che dobbiamo partire dalla formazione degli operatori. Ora, io non me ne intendo e non so fare tante distinzioni tra Oss (Operatore socio-sanitario) e Asa (Ausiliario socio-assistenziale), ma so che spesso ci sono problemi. So che un Oss può dire: "non pulisco il sedere al signore o alla signora perché io sono un Oss, lo faccia un'Asa". La stessa cosa che possiamo rivedere in tanti servizi: "io faccio l'educatore, non faccio l'assistente sociale", l'assistente sociale magari vuole fare lo psicologo e così via. È un ciclo. Non voglio entrare nel merito ma dico soltanto che la formazione è diversa, gli operatori presenti, i gestori, sanno che le persone con demenza forse non hanno tanto bisogno dell'infermiere, allora magari dovremo diminuire un po' gli standard di infermieri; magari c'è un maggior bisogno di persone che seguano, che siano in grado di seguire questo racconto che le persone con demenza si fanno, quelle conversazioni che, probabilmente, sono le uniche che le rendono in grado di partecipare ancora ad una vita comunitaria, per quanto possa non essere attiva, che

li tenga a quel po' di memoria. Fare conversazione non è una cosa semplice e il personale deve essere in grado, deve essere preparato, guardate che tra conversare e pulire il sedere c'è una bella differenza, quindi ci dovremo preparare.

Questo è quello che penso e credo che anche gli esperti di geriatria possano in qualche modo aiutarci a ragionare su questo, non si può improvvisare dall'oggi al domani una soluzione, dobbiamo prepararci prima.

Di che cosa dobbiamo tenere conto? Della diminuzione delle risorse delle famiglie, è già stato detto quindi io non dico niente altro, è un dato di realtà. Dalla ricerca emerge un problema relativo leggevo alle liste d'attesa. Guardate, al punto in cui siamo, non è vero che la realtà sia così. Anche a noi viene detto: "le case di riposo hanno una saturazione del 98%". Non è vero, la media regionale è diminuita di quattro punti, la nostra media oggi parla di un 95% di tasso di saturazione in un mese.

Abbiamo liste d'attesa? Certo che ci sono le liste d'attesa, ma qui ci sono altri erogatori liste d'attesa e istituti che, negli anni, non hanno mai avuto problemi. Mi diceva il collega del Golgi che loro non hanno più liste d'attesa: su settanta in lista d'attesa, una volta chiesto: "vuole entrare?" si arriva a tre. A Bergamo hanno fatto trenta telefonate per arrivare a una persona.

Il fatto è che la gente non ha più il denaro sufficiente per poter entrare e assistiamo anche a casi di persone che vengono riportate presso il domicilio. Giusto o sbagliato che sia, non voglio entrare nel merito di un percorso di Rsa che potrebbe essere di sollievo e di rientro al domicilio, che potrebbe essere di temporaneità, ma di famiglie che non sono più in grado di sostenere i costi per cui magari spostano il familiare dalla Rsa troppo costosa ad una meno costosa, e lì abbiamo l'aumento della lista d'attesa.

Liste d'attesa che sappiamo sono sporche a priori perché uno ha fatto domanda in dieci. Il lavoro per dire se effettivamente c'è riduzione, di che cosa si sta trattando, e così via comporta un impegno – che noi abbiamo chiesto alle aziende sanitarie locali e alle direzioni sociali – di grande attenzione sulle liste stesse. Vuol dire che le devono pulire loro con l'anagrafica degli assistiti.

Dire i soldi non ci sono, che le Rsa non funzionano oppure che nelle Rsa la gente non riesce ad andare perché non ha i soldi oppure rinvia nel tempo, non ci deve esimere dall'intervenire tecnicamente.

Che cosa possiamo fare? Noi abbiamo avviato una serie di lavori, in parte anche presentati e confrontati sul tavolo con le organizzazioni sindacali così come sul tavolo del Terzo settore. Sono sperimentazioni che, ovviamente, riteniamo possano aiutare a ricostruire un sistema. Intanto dobbiamo dare il giusto rispetto al bisogno che quella persona e quella famiglia presenta. Dico giusto perché mi piace la parola giustizia, ma non nel senso che dobbiamo dare a tutti tutto ciò che richiedono, ma che dobbiamo tenere conto del bisogno.

Troppo spesso parliamo ancora di cura quando parliamo di non autosufficienza, credo, anche se questo è un termine forte, che dovremmo passare dal concetto di cura al concetto di prendersi cura. A fronte di medesime pa-

tologie, i bisogni sono assolutamente diversi per il tempo in cui si presentano, per la capacità della famiglia di tenere, per il contesto di vita in cui una persona abita e allora tenere conto del bisogno vuol dire agire su tre assi.

Sull'asse della **funzionalità** e, quindi, sulle funzioni che sono ancora residue nella persona pur fragile o non autosufficiente, quelle sono e quelle vanno potenziate e mantenute. Quali sono le funzioni che mancano? Credo che ciascuno di noi possa farsi un esempio: una persona con una malattia degenerativa neurologica attraversa diverse fasi, diventa non autosufficiente ma all'inizio magari non ha bisogno assolutamente di nulla, perché alcune funzioni sono assolutamente preservate o ha bisogno di poco.

Il secondo asse è quello delle **caratteristiche sociali** della persona e della famiglia perché la stessa persona può avere una famiglia in grado o che rifiuta o non chiede aiuto; un altro può avere più autonomia ma abitare in alta montagna; la persona può essere resa non autosufficiente semplicemente perché non ha l'ascensore, perché non ha degli ausili.

Il terzo asse è quello delle **relazioni familiari**, che sono estremamente importanti: se la relazione familiare non tiene o se cominciano ad esserci dei problemi diventa tutto difficile.

Questi tre elementi devono costituire i tre assi di un'unica valutazione; non ci può essere una valutazione medica che prescindere da una valutazione sociale e una valutazione sociale che prescindere da quella medica o da quella relazionale.

Certo sulla relazionale siamo un pochino in ritardo, lo dico come psicologa perché in realtà delle scale di valutazione delle relazioni familiari consolidate e conosciute a livello internazionale non sono ancora molto validate.

Quello su cui noi stiamo lavorando sono questi tre assi, cercando di tenerli insieme facendo

“Dire i soldi non ci sono, che le Rsa non funzionano oppure che nelle Rsa la gente non riesce ad andare perché non ha i soldi oppure rinvia nel tempo, non ci deve esimere dall'intervenire tecnicamente.”

una valutazione multidimensionale del bisogno attraverso delle ghiff multi professionali, che vanno al domicilio delle persone, sia che queste che debbano andare in Rsa piuttosto che in assistenza domiciliare. Quindi integrazione, multi-professionalità, multi-dimensionalità che diano l'omogeneità ai territori, adottate su tutto il territorio regionale perché le adotta la Regione Lombardia. Questo momento di sperimentazione ora parte dall'Azienda sanitaria locale poi decideremo, nel senso che nulla vieta che la valutazione multidimensionale sia fatta da provider piuttosto che da equipe costituite insieme alle professionalità dei Comuni.

Dossi citava i Cead. Esistono e li abbiamo coinvolti in questa dimensione, ma abbiamo anche coinvolto gli erogatori perché, per esempio per le Rsa, la valutazione multidimensionale la facciamo con un'altra scala, nel senso che ne stiamo sperimentandone due. Oltre alla scala sociale e a quella delle relazioni, ne stiamo sperimentando una specifica, anche questa riconosciuta a livello internazionale e che ci darà modo di confrontarci con le altre regioni europee. Con questa scala saremo in grado anche di valutare l'assorbimento di risorse del bisogno della persona.

Questa sperimentazione la stiamo facendo sulle Rsa, perché l'obiettivo che ci si era posto – per le Rsa – era quello di arrivare a una revisione dei requisiti di accreditamento, che sembrano giovani perché hanno solo dieci anni ma in realtà già vecchi rispetto ai tempi e ai cambiamenti che ci sono. Questa sperimentazione è già iniziata e abbiamo già un certo numero di valutazioni fatte, ciò consentirà di fare anche l'assorbimento di risorse. È una sperimentazione che le dodici Rsa coinvolte proseguono all'interno delle proprie strutture, poiché con la stessa modalità è in grado di dare la costruzione del Piano assistenziale individualizzato. Questo sarà motivo per poter andare poi ad agire i controlli.

Il terzo elemento è quello dei controlli, che è già stato sollevato. Credo che all'interno di qualunque sistema, il controllo debba essere fatto a maggior ragione se al cittadino viene erogato un vaucher e, quindi, quello a cui ci stiamo preparando è un complesso sistema di controllo che non è solo il controllo della giusta spesa, ma è il controllo dell'appropriatezza delle pre-

stazioni perché questo è fondamentale.

Non è solo attraverso le commissioni di vigilanza dell'Asl che noi possiamo andare a dire che una struttura funziona o non funziona, funziona bene o funziona male o possiamo dare delle sanzioni amministrative, è anche attraverso la costruzione del Pai che possiamo andare a vedere se quel Pai viene rispettato.

Quando parlo del Piano assistenziale individualizzato vorrei che fosse chiaro per tutti, parlo anche degli operatori, perché senza la famiglia il Piano assistenziale non lo si fa.

Il rappresentante dei familiari, che prima ha parlato, metteva in evidenza questa scarsa attenzione da parte delle strutture a dei luoghi delle famiglie; la stessa cosa è emersa su un'indagine che abbiamo fatto per l'Assistenza domiciliare integrata, indagine che è stata fatta con la Doxa.

Anche per l'Assistenza domiciliare integrata – su cui stiamo facendo un lavoro di sperimentazione – abbiamo sentito le famiglie sia sul piano della valutazione dei bisogni, sia sul piano dell'erogazione delle prestazioni; si pensa all'assistito e, quindi, alla persona che usufruisce delle prestazioni mentre non si pensa all'aiuto che la famiglia può avere in quel momento.

Se la famiglia tiene, anche la persona non autosufficiente tiene. Il decorso della malattia rallenta, la persona recupera, è in grado di vivere più serenamente anche i pochi anni di vita che le stanno davanti. Per questo abbiamo previsto tra i requisiti di accreditamento dell'Adi, recentemente approvati dalla Commissione III e che andranno in Giunta per il passaggio definitivo, la presenza, in specifiche situazioni dello psicologo, come requisito di accreditamento, proprio perché la famiglia deve essere supportata.

Io chiuderei esortando, in qualche modo esorto me stessa e quindi posso esortare anche tutti gli altri, a un cambiamento sia di riforma che di cambiamento minimo, che non può che vedere coinvolti tutti.

Il diritto di cittadinanza è un diritto di cittadinanza di tutti i soggetti, non solo più le persone, ma anche delle organizzazioni profit/non profit, della società civile; è il diritto di cittadinanza di tutti coloro che possono entrare in un percorso che ci veda insieme nel fare le riforme e insieme nel trovare le risorse. ■

È TEMPO DI PROFONDE INNOVAZIONI

Anna Bonanomi *Segretario generale Spi Lombardia*

Con il seminario di oggi abbiamo offerto al nostro quadro dirigente, a tutti gli attori che agiscono sui temi del welfare e, in modo particolare su quello degli anziani, dati che non solo ci permettono di fotografare una situazione, ma sono anche d'aiuto nell'approcciare un futuro che ci costringe a mettere in campo profonde innovazioni.

Anche se i temi, messi in discussione sono tantissimi, vorrei tentare di indicare le strade e mettere a fuoco le linee per adeguare le nostre proposte alla rivoluzione demografica avvenuta nel nostro Paese – rivoluzione che a mio parere e fortemente sottovalutata – insieme agli effetti pesantissimi della crisi.

Questi due fattori messi insieme ci costringono a riguardare un impianto di proposte che devono essere in grado di disegnare il welfare di domani, non tanto con l'idea guida della compatibilità economica, quanto con l'idea di trasformare questo welfare – che abbiamo conosciuto dalla fine del '900 – con un welfare che sia adeguato a rispondere ai bisogni del prossimo secolo.

Qui oggi abbiamo l'onore di avere presenti i nostri interlocutori che ringrazio per il prezioso contributo che hanno portato alla nostra discussione, che spesso ci vedono o collaborare o anche configgere, a loro voglio riconfermare la nostra disponibilità a proseguire nel confronto con lealtà e chiarezza per costruire punti d'incontro che, per quanto ci riguarda hanno lo scopo di tutelare e difendere, insieme alle altre organizzazioni dei sindacati dei pensionati confederali, la condizione degli anziani lombardi.

Dicevo che la grande rivoluzione demografica è molto sottovalutata, perché ancora in troppi strati della politica, delle istituzioni e in generale della società si tende a pensare che il fenomeno dell'invecchiamento, che porta in sé anche fragilità e non autosufficienza, sia temporaneo. Così non sarà perché tutti i dati ormai dimostrano che è un fenomeno strutturale e, anche a causa di un'attesa di vita molto lunga, ci sarà un numero sempre più ampio di persone non in grado di badare a se stesse, per questo dovrà essere l'organizzazione sociale a farsi carico delle loro condizioni. Noi riteniamo che per assumere culturalmente e politicamente le conseguenze di questa trasformazione dobbiamo fare i conti con due ordini di problemi complessi e per certi versi nuovi.

Il primo fa riferimento alla qualità e alla dignità della condizione di vita delle persone non autosufficienti.

Siamo sempre più in presenza di persone portatrici di multi patologie croniche e irreversibili il cui obiettivo di cura è quello di frenare la decadenza totale, oppure la demenza, che sta diventando una malattia di massa, condizioni queste che creano nuovi confini di cura e di presa in carico sia per la struttura pubblica, ma anche per quella familiare e sociale. Al riguardo, la dirigente della Regione Lombardia l'ha detto in modo esplicito, e io condivido quest'approccio, che deve essere l'insieme dell'organizzazione preposta a prendersi cura dei cittadini in queste condizioni, ma purtroppo non sono ancora in grado di farlo, infatti, faceva riferimento per esempio al personale addetto, ancora troppo impreparato professional-

mente a far fronte a queste nuove condizioni delle persone.

Credo non si possa accettare che così tante persone non autosufficienti, magari incapaci di intendere e di volere non siano considerate e trattate da esseri umani ai quali va garantita oltre che la cura e l'assistenza, il diritto alla dignità di persone. Sono essere umani e il sistema di presa in carico dovrà garantire loro il rispetto della loro condizione.

Il secondo problema riguarda le risorse economiche destinate alla presa in carico.

In Italia si stimano ormai 2,6 milioni gli anziani non autosufficienti, in Lombardia il numero esatto non si conosce, ma si stima si aggiri intorno a 200mila. Circa sessantamila sono ricoverati in Rsa, tutti gli altri sono a domicilio curati e accuditi da badanti o, in prevalenza, dalle famiglie. Il bilancio della Regione Lombardia – che è uno dei più importanti di tutta Italia – de-

stina al capitolo assistenza uno scarso 7%. Questo ci fa dire che l'assistenza è la Cenerentola, infatti, l'80% delle risorse è destinato alla sanità. Non è né un'opinione politica, né un giudizio di merito constatare che se il fenomeno nel tempo tendenzialmente avrà le dimensioni descritte, le risorse destinate a questo capitolo dovranno necessariamente aumentare pena la messa in discussione e la tenuta del sistema socio-sanitario e d'assistenza non solo in Lombardia ma nell'intero nostro Paese. Per questa ragione i decisori devono rendersi conto che non si può continuare a perseguire la politica della residualità.

Voglio dire un'altra cosa perché quando facciamo questi ragionamenti diamo per scontato che il sistema pubblico sia determinante nella cura della

non autosufficienza e nel suo finanziamento, ma così non è.

Da un'indagine promossa dallo Spi Lombardia in collaborazione con il Cergas - Bocconi, in quattro distretti del-

“Il bilancio della Regione destina al capitolo assistenza uno scarso 7%. Questo ci fa dire che l'assistenza è la Cenerentola, infatti, l'80% delle risorse è destinato alla sanità.”



Anna Bonanomi



la Lombardia, si rileva che le famiglie si fanno carico del 56% del costo della cura della non autosufficienza, a scalare interviene lo stato con l'assegno di accompagnamento con un'incidenza pari al 26% e le Regioni e Comuni con un'incidenza residua.

Perciò già oggi sono le famiglie a sopportare il maggior costo della cura della fragilità, sia dal punto di vista economico che da quello della cura. Peggiorato dai ripetuti tagli ai fondi per la non autosufficienza e sociali intervenuti negli ultimi due anni dalle varie manovre per risanare i conti pubblici.

Per le famiglie questo peso sta diventando insopportabile, è un grido d'allarme che tutti gli attori che agiscono in questo ambito è bene tengano in debita considerazione.

Questi dati dimostrano più delle parole la dimensione della residualità del finanziamento in capo a Regione e Comuni, che tendenzialmente diminuiranno ulteriormente, sta qui la ragione della necessità di cambiare indirizzo, di riflettere per-

ché o insieme prendiamo coscienza che il sistema socio-assistenziale non regge per cui lo aboliamo e ognuno si arrangia con risultati catastrofici per una massa sempre più ampia di persone che da sole non sono in grado di sopportare il costo della cura, oppure dobbiamo mettere insieme le forze per decidere le priorità e nell'ambito di esse quelle di finanziare maggiormente il capitolo socio assistenziale mi pare la principale.

C'è un altro nodo centrale, quello del governo del sistema. In primo luogo noi riteniamo che la grande frammentazione nel sistema di finanziamento del socio assistenziale, Stato, Regioni, Province e Comuni, sia un vero e proprio punto di debolezza per l'efficacia della risposta al bisogno, che se non ricondotta a coerenza può rischiare di frammentare ulteriormente il sistema.

Per questo noi pensiamo che si debba aprire una discussione per arrivare a proporre una semplificazione delle fonti di finanziamento.

In un sistema moderno forse ci conviene avere

poche fonti di finanziamento e mettere insieme il più possibile, perché già sono poche le risorse che dobbiamo gestire, se poi sono frammentate in mille rivoli e in mille competenze diventa ulteriormente inefficace. Parallelamente va affrontato il tema della frammentazione dei ruoli che le varie istituzioni svolgono sempre nell'ambito socio assistenziale. La 328 demandò ai Comuni il compito di organizzare i servizi a favore della popolazione fragile, indicando nel luogo più vicino alle persone interessate l'istituzione, il Comune, che doveva avere il compito di erogare i servizi e coordinare l'integrazione tra i servizi di sua competenza e quelli di competenza della Asl o delle altre istituzioni, ma questo processo a mio parere non è stato portato a compimento perché insieme alle competenze andavano destinate anche le risorse necessarie per realizzare con coerenza le funzioni demandate. Questo non è avvenuto ed è questa a nostro avviso la causa principale della mancata applicazione della legge 328.

Ora voglio proporre una domanda: come possiamo impegnarci a disegnare un nuovo welfare nella realizzazione del quale dobbiamo prevedere che scendano in campo oltre agli attori conosciuti altri soggetti quali la famiglia, il privato sociale, il privato e così via, se non siamo stati capaci in tutti questi anni di fare sistema tra coloro che già agiscono in questo campo?

Come possiamo pensare di promuovere nuovi soggetti che finanziano o gestiscono pezzi di servizi socio assistenziali se non ci poniamo il problema di stabilire prima chi governa questa nuova complessità, chi ne determina gli indirizzi, i vincoli, gli standard di qualità, il controllo dell'efficacia e della correttezza di finanziamento e gestione.

Certo questi ragionamenti li facevamo tre, quattro anni fa per cui non c'è niente di nuovo, ma non essendo stati risolti rimangono di straordinaria attualità, e mi permetto di aggiungere che noi non siamo pregiudizialmente contro l'introduzione di elementi di novità nella gestione del welfare, come sta ipotizzando la Re-

gione Lombardia con la vaucherizzazione spinta in tutti i servizi, ma si può iniziare a discutere di questa scelta solo a condizione che siano portate a soluzione i temi appunto del governo del sistema, altrimenti il risultato sarebbe la giungla e solo coloro che sono in posizione di forza potranno usufruire del sistema socio assistenziale. Non parliamo poi delle Rsa, queste strutture sono state nel tempo e lo sono tuttora l'unica risposta alla non autosufficienza, attraverso l'evoluzione del loro assetto giuridico, si sono configurate nel tempo strutture che non si assoggettano a nessun sistema di regolazione integrato agli altri servizi dedicati alle persone non autosufficienti. Ogni singola Rsa risponde giuridicamente, economicamente e dal punto di vista delle tipologie di servizi erogati a se stessa e agli unici parametri indicati dalla Regione Lombardia per ottenere l'accreditamento o la contrattualizzazione.

In più abbiamo un sistema di ulteriore frammentazione rispetto agli agenti sociali che intervengono nell'ambito socio-assistenziale e che sono la famiglia, i parenti, il Terzo settore, tutte le società che gestiscono i servizi, ognuno agisce nel proprio ambito senza mai avere la possibilità di far parte di una rete.

Questo crea disomogeneità, difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi e grandi diseconomie, per questo è necessario realizzare una forte integrazione e un governo del sistema condizioni preliminari per raggiungere l'obiettivo di efficienza e di efficacia.

In Lombardia che cosa è successo? Io voglio semplificare il più possibile, però ritengo utile condividere la diagnosi, altrimenti può diventare difficile trovare e condividere la cura adatta.

Il modello sanitario lombardo ha prodotto negli anni alcuni punti di indubbia eccellenza ma anche alcune grandissime criticità, gli scandali che stan-

no investendo molti esponenti della Giunta e del consiglio sono la chiara dimostrazione che non ha funzionato il sistema di controllo. È forse mancata la volontà di costruire un siste-

“Il modello sanitario lombardo ha prodotto negli anni punti di indubbia eccellenza ma anche alcune grandissime criticità.”

ma di controllo capace di permeare l'architettura stessa del sistema e di accompagnare la realizzazione dei principi guida della riforma del welfare lombardo: la libertà di scelta, il quasi mercato.

Il secondo punto di criticità si evidenzia nel fatto che avendo destinato risorse e competenze quasi esclusivamente nell'ambito della specializzazione ospedaliera, tutte le patologie sono curate in quell'ambito e vengono trattate come acuzie, mentre sappiamo, perché è dimostrato dalla dottrina internazionale, che molte patologie definite croniche vanno trattate con modelli di cura alternativi alla ospedalizzazione. Il fatto che in Lombardia tutto finisca per essere trattato dagli ospedali causa maggiori costi perché, come dimostrano molti protocolli assunti in altre regioni e in tutti gli altri paesi europei, le persone portatrici di patologie croniche debbono essere educate a convivere per lunghi anni con la loro o le loro malattie, educate ad una alimentazione adeguata e ad uno stile di vita sano ed equilibrato, tutto questo si può realizzare solo se si pensa a un modello sanitario, integrato a quello socio sanitario e assistenziale, che vede il suo epicentro in strutture e servizi decentrati sul territorio perciò vicini alla persona che necessita di essere presa in carico e seguita nel suo percorso di cura.

Ecco tutto questo nel modello lombardo manca totalmente e bisogna ricercare lì le cause dei grandi problemi che hanno un numero sempre maggiore di persone, per questo oggi riteniamo si debba recuperare in fretta questo grave ritardo.

Che cos'ha comportato questo sistema nella gestione della condizione di non autosufficienza? Di fatto la non autosufficienza e la parziale non autosufficienza è stata risolta con il ricovero nelle Rsa, in Lombardia cresciute in modo esponenziale, le nostre seicento strutture si avvicinano alla metà di tutto quello che esiste nel resto d'Italia.

Tutte le risorse e tutte le forze sono state destinate a quelle che prima si chiamavano case protette, hanno cambiato denominazione nell'arco degli anni ma tutta la risposta al bisogno di fragilità è stata risolta con le Rsa.

Non si è sviluppato il servizio domiciliare, infatti nella nostra regione, copre a malapena il 5-7% del bisogno, e siamo molto lontani dagli standard di molte altre regioni, faccio riferimento al Veneto o alla Toscana.

Non si sono sviluppati in modo omogeneo tutti gli altri servizi intermedi come, ad esempio, i centri diurni, i pasti a domicilio, i mini alloggi protetti e così via, indispensabili per coadiuvare la famiglia nella gestione dei propri cari curati a domicilio.



Di fronte al numero sempre più alto di persone non autosufficienti e in carenza di adeguati servizi come hanno fatto le famiglie sino a qualche anno fa, prima della crisi, a far fronte a questa situazione? Con le badanti.

Adesso il problema è più complesso a causa della pesante crisi che si è abbattuta sui ceti medi e poveri del nostro paese. Quando l'anno scorso abbiamo guardato i dati che ci ha fornito la Regione in merito alle Rsa, abbiamo cominciato a vedere che le cose stavano cambiando. In che senso? Nel senso che fino cinque-sei anni fa la giacenza media nelle Rsa lombarde era di circa tre anni. Parlo di media perché c'erano addirittura persone che vivevano nelle Rsa anche quattro anni, mentre l'anno scorso, la giacenza media era di un anno e qualche mese.

Questo cosa significa? Significa che le famiglie portano i loro cari nelle Rsa nel momento in cui sono disperate, quando non sono più nelle condizioni di gestirli a domicilio nonostante figli e nipoti, e perché aspettano così tanto? Perché il costo delle Rsa è ormai insostenibile. In Lombardia più del 50% dei pensionati ha una pensione sotto i 700 euro, quindi dove c'è lista d'attesa? In quelle Rsa dove il costo medio si aggira a 1.800 euro al mese, perché nelle Rsa dove il costo è 2.500 euro non hanno più liste d'attesa. Dobbiamo precisare anche le Rsa che hanno una retta elevata non sono vuote, lì sono ricoverate persone che hanno un reddito tale da potersi permettere di sostenere questo costo, ma se guardiamo alla massa di persone che vivono con una pensione medio bassa, e abbiamo visto anche in Lombardia sono più della metà, dobbiamo rilevare come queste già non possono più permettersi la badante e nemmeno una retta se pur contenuta. Infatti sono sempre più numerosi i casi in cui la famiglia riporta a casa il proprio caro o vende l'appartamento per poter pagare il costo della retta.

Per tutte queste ragioni stiamo assistendo a una profonda trasformazione del ruolo delle Rsa, da case di riposo in cui venivano ospitate persone ancora in grado di badare a se stesse, quelle che parzialmente non lo sono e i totali non autosufficienti, oggi in prevalenza vengono ricoverati gli anziani con patologie tali da non poter essere gestiti a domicilio.

È come se le Rsa stiano diventando i vecchi re-

parti geriatriche degli ospedali. Con una differenza sostanziale, i pazienti ricoverati nei reparti geriatrici degli ospedali non dovevano farsi carico del pagamento di nessuna retta mentre oggi nelle Rsa la retta è per la metà a carico della Regione e l'altra metà a carico del paziente e della propria famiglia.

Mi avvio a esporre le nostre idee per cercare di tracciare qualche percorso che permetta di riposizionare il nostro sistema ai mutamenti intervenuti e corrispondere così più adeguatamente ai bisogni e alle condizioni reali delle persone che vogliamo tutelare.

Prima di tutto riconfermiamo la scelta di indicare nel Distretto socio-sanitario la cabina di regia della rete dei servizi territoriali, il luogo dove si programma la risposta al bisogno, dove convergono tutte le risorse destinate alla gestione del sistema socio assistenziale, dove partecipano tutti gli attori territoriali deputati a programmare ed erogare i servizi necessari, realizzando così una concreta integrazione presupposto essenziale per una pianificazione efficace.

Penso che dobbiamo continuare a batterci sia con la Regione che nei Comuni e Distretti per aumentare e qualificare l'assistenza domiciliare. E aggiungo, tutti i servizi intermedi che qui sono stati detti per cui non mi ripeto, anche quelli innovativi cui guardiamo con grande attenzione come i micro appartamenti.

Sperimentiamo tutto, troverete d'accordo il sindacato dei pensionati perché in una situazione così complessa è necessario innovare e, per innovare, bisogna sperimentare, poi sedimentare quello che di meglio riusciamo a realizzare.

L'obiettivo è quello di mantenere il più possibile la persona al proprio domicilio perché tutti gli studi internazionali ci dicono che nel loro ambiente queste persone regrediscono più lentamente, tutto ciò diventa possibile se costruiamo intorno al paziente e alla sua famiglia una rete di servizi e opportunità che siano un reale e qualificato supporto.

Penso, inoltre, che dobbiamo tentare insieme alla Regione, a tutte le istituzioni e alle stesse Rsa, di ragionare senza retaggi di parte, perché oggi dobbiamo chiederci se condividiamo l'idea che le Rsa abbiano l'unica missione di accompagnare alla morte i nostri cari nell'ultimo

anno o sei mesi della loro vita.

È questo il modello che abbiamo in mente per far fronte ai problemi che pone l'invecchiamento della popolazione?

Oppure pensiamo a un sistema in cui anche le Rsa ritornino a essere un nodo strategico della rete di servizi territoriali integrati, in grado di diversificare l'offerta e aperti alla possibilità di interagire con tutti gli attori che operano nel territorio, istituzionali e non? Ragioniamoci.

Adesso ognuna ha una sua forma giuridica, che probabilmente impone di dover fare delle cose e ne vieta altre, quindi potremmo anche proporre loro di mettere insieme gli uffici amministrativi ma se la forma giuridica non glielo consente, diventerebbe inutile. Guardiamo, quindi, anche la forma giuridica perché mettersi insieme per fare economie di scala conviene a tutti, conviene al sistema e conviene, soprattutto, a chi deve essere curato.

In più penso che, insieme alle forme di gestione, sia possibile individuare forme organizzative migliori, soprattutto rispetto la trasparenza.

Che almeno si sappia com'è composta la rete, quanta parte è a carico della Regione e quanta a carico dell'utente, questo è un tema centrale perché la legge dice che deve essere ripartita per il 50% a carico della regione e 50% a carico dell'utente, ma sappiamo che in Lombardia non è così e, purtroppo, non sappiamo esattamente quanta è la percentuale che mette a disposizione la Regione.

Noi stimiamo sia il 42%, le Rsa dicono: "no è il 37%", "l'assessorato dice no è il 49%".

Se mettiamo in trasparenza questo dato saremo tutti più contenti.

Credo, poi, che dobbiamo ragionare sulla promozione e il riconoscimento del ruolo che la famiglia svolge nell'ambito della cura alla persona. Se è la famiglia che si prende carico quasi totalmente del proprio caro, vogliamo dare dignità a questa funzione? Vogliamo che entri nella rete dei servizi e le

sia riconosciuto dal punto di vista almeno morale, il ruolo che svolge o vogliamo continuare a lasciarla sola a capire come spendere quel vaucher che hanno in mente di darle?

Poi c'è il tema, che qui non è emerso, della sussidiarietà.

Un tema che noi cerchiamo di affrontare con un punto di vista molto chiaro, differente, a nostro avviso da quello attuato dalla Regione Lombardia.

Per noi il ruolo della famiglia e del Terzo settore sono insostituibili e fondamentali per la sostenibilità stessa del sistema, ma riteniamo non possano sostituirsi al ruolo pubblico ma devono svolgere un ruolo complementare perché la responsabilità della definizione del sistema, della sua sostenibilità e dei suoi standard di qualità devono essere in capo al sistema pubblico. Oggi questo non avviene, prova ne è il fatto che troppo spesso la famiglia è sola ad affrontare le scelte di cura e la sua copertura economica e il terzo settore è costretto, in molti casi, nel ruolo di sostituto anziché in quello sussidiario.

Credo, infine, che per rendere sostenibile il sistema di cura a lungo termine dobbiamo fare delle scelte coraggiose altrimenti la residualità ci porta a essere ininfluenti rispetto al successo della nostra azione.

Da questo punto di vista, dobbiamo ragionare con più coraggio rispetto la modifica dei Lea con il trasferimento di funzioni e risorse dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, alle non autosufficienze, alla domiciliarità, pur nel rispetto dei costi standard dei macro livelli assistenziali.

Come facciamo altrimenti, in modo concreto a far sì che risorse dal capitolo sanità vengano trasferite al sistema di cura a lungo termine?

Ci sono patologie che rientrano in quest'ambito

e che a questo punto possono gravitare su un altro sistema, che non sia quello ospedaliero ma che facciano riferimento al territorio? Io penso di sì. Il tema della territorialità e delle strutture che devo-

“In più penso che, insieme alle forme di gestione, sia possibile individuare forme organizzative migliori, soprattutto rispetto la trasparenza.”



no essere messe a disposizione per rendere possibile nel territorio la cura della parziale non autosufficienza o della cronicità, debba essere preso in considerazione.

Dei piccoli ospedali cosa ne vogliamo fare? Possiamo pensare che si utilizzino come case della salute per rispondere alla cura che non necessita il ricovero. Credo ci siano le condizioni in Lombardia per fare un ragionamento che ci porti a soluzioni concrete.

Penso sia necessario affrontare anche il tema dei fondi integrativi. Bisogna partire dal presupposto che per evitare il rischio dell'insostenibilità del sistema di welfare sin qui conosciuto, dobbiamo guardare ad altre fonti per il suo finanziamento, fonti che abbiano coerenza con gli obiettivi che ci prefiggiamo. Mantenendo ferma l'idea che devono essere studiati come forma integrativa e mai sostitutiva del servizio pubblico che deve mantenere caratteristiche di universalità. Con questi indirizzi noi riteniamo che ci siano le condizioni per pensare ai fondi integrativi, che si devono costituire attraverso la contrattazione collettiva, veri e propri strumenti per aumentare le tutele e i servizi.

In merito al tema della compartecipazione alla

spesa la nostra posizione è stata quella di tentare di affrontare il problema senza remore ma tenendo fermi alcuni principi.

In primo luogo pensiamo che la compartecipazione alla spesa debba far riferimento al principio di equità. Non è stato e non sarà semplice realizzare quest'obiettivo ma possiamo dire che dopo molte fatiche anche la Regione ha ritenuto che il patrimonio deve essere considerato per calcolare il reddito utile a calcolare la compartecipazione alla spesa per l'accesso ai servizi o alle prestazioni. Fino a due anni fa per la Regione Lombardia era uno scandalo parlare di patrimonio.

Con la Regione Lombardia non siamo d'accordo sul fatto che la compartecipazione alla spesa sia estesa anche alle prestazioni sanitarie. Siamo disponibili a ragionare su tutto ma non su questo. Prima di pensare all'estensione della compartecipazione nella sanità Il Presidente Formigoni e la sua giunta devono garantire alla popolazione lombarda sistemi certi per evitare vere e proprie appropriazioni indebite vedi gli scandali San Raffaele, Maugeri e così via.

L'ultima cosa che ritengo vada affrontata in un percorso di costruzione di un nuovo welfare, è quella di sostenere, favorire e finanziare progetti a sostegno delle politiche d'invecchiamento attivo.

Tutti gli studi l'hanno dimostrato che nel momento in cui una persona rimane attiva dal punto di vista culturale, motorio, della gestione della propria salute e della propria alimentazione, diventa una persona che sposta in là nel tempo la necessità di essere supportata dal sistema pubblico.

Quindi, quando si parla di invecchiamento attivo, si parla anche di una condizione che implica prendersi in carico un sistema di gestione anche culturale, che permetta alla persona di mantenersi attiva e di continuare a sentirsi parte integrante della comunità in cui vive.

Queste nostre riflessioni e proposte accompagneranno l'attività del nostro sindacato nei prossimi mesi e mi auguro potranno essere messe a confronto con tutti i nostri interlocutori e compagni di viaggio che oggi ci hanno onorato della loro presenza e ringrazio ancora per l'importante contributo che hanno dato durante i lavori di questa giornata. ■

LE POLITICHE PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER GLI ANZIANI IN LOMBARDIA. IL PUNTO DI VISTA DELLO SPI CGIL

Sintesi della ricerca

A cura di Francesco Montemurro
Con la collaborazione di Giulia Mancini e Franco Torre
Ires Lucia Morosini



PRINCIPALI CONCLUSIONI

In Italia e in particolare in Lombardia, nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari è destinata ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa (*long-term care*).

L'affermarsi di questi bisogni è sempre più giustificato sia dal progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 80 e dei casi di demenza e di Alzheimer (che in base alle stime Spi Cgil Lombardia, costituisce ormai quasi la metà delle malattie invalidanti dei "grandi vecchi"), sia dal forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata a all'interno dei nuclei famigliari), sia, infine, dalla progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti (da cui è derivata la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario).

In questo contesto, sia pure in ritardo rispetto alle esperienze più avanzate realizzate in Europa, in Italia e nella nostra regione i decisori politici stanno tentando di individuare possibili modalità d'intervento che siano in grado di orientare il sistema del *long-term care* verso maggiori standard di efficacia e al contempo di garantire la sostenibilità finanziaria delle cure.

Tra le molteplici strade percorribili a livello europeo in diversi casi si sta affermando il cosiddetto "sistema a rete", quale sistema idoneo a garantire un'assistenza continua e globale ad una domanda sempre più complessa e flessibile (Tanzi, 2009). Nell'ambito di tale sistema, le strutture residenziali di assistenza extra-ospedaliera e le altre strutture "intermedie" sono chiamate a svolgere una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio. La collaborazione con i primi ha come obiettivo la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e la continuità assistenziale nella fase post-acuta; il collegamento con i servizi territoriali (il medico di medicina generale, l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni; ecc.) dovrebbe essere, invece, finalizzato alla ricerca di soluzioni assistenziali coerenti con le esigenze degli anziani e comunque diverse dalla istituzionalizzazione (salvo i casi non diversamente gestibili).

Oggi sembra però che le strutture residenziali non siano ancora in grado di ricoprire questo ruolo all'interno degli articolati sistemi di welfare regionale.

In particolare in Lombardia, per un lungo periodo temporale la programmazione socio-sanitaria si è focalizzata sull'offerta di servizi residenziali tradizionali quale prioritaria modalità di assistenza agli anziani (Irer, 2005, Guaita 2005, Gori, 2010). Ne è un segno evidente l'elevata incidenza del numero delle residenze sanitarie assistenziali e della relativa utenza in Lombardia sul totale nazionale (nel 2012 645 rsa, pari a circa il 22% del totale nazionale), con un'utenza stimata che cresce al 34% dell'utenza Italia) (Ns. elaborazioni su dati Asl Lombardia, Istat 2011, Ministero dell'Interno, 2010, Agenas, 2007).

Il modello di welfare lombardo introdotto a partire dalla fine degli anni '90 ha posto particolare enfasi sulla libertà di scelta del cittadino-utente e, dunque, sulla riduzione della presenza pubblica nel settore socio-sanitario. Nei servizi residenziali le conseguenze che sono derivate da tale scelta sono dupplici:

a) in primo luogo si fa riferimento alla deregolazione dei sistemi di valutazione (in capo all'Asl) che sino ad allora avevano governato l'accesso dell'utente alle residenze assistenziali sanitarie, realizzata attraverso il superamento dei meccanismi dell'autorizzazione rilasciata dalle Unità di Valutazione Geriatrica e delle graduatorie delle liste d'attesa centralizzate per distretto. In sostanza, l'ammissione ad una residenza è stata affidata alla contrattazione privata tra l'utente ed il gestore, senza alcun intervento del servizio pubblico e senza che l'accesso alla Rsa fosse collegato alla valutazione del bisogno. Nei fatti la deregolazione introdotta ha sollevato numerose perplessità, specie all'interno delle organizzazioni sindacali; finalmente, con la delibera di Giunta regionale n. IX/2633 del 2011 la Regione Lombardia ha previsto 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";

b) in secondo luogo, nei servizi residenziali la scelta di ridurre l'intervento pubblico è stata finalizzata

al forte sviluppo del terzo settore e del privato for profit, la cui conseguenza principale è stata la modificazione dell'assetto complessivo delle Rsa in direzione di una maggiore frammentazione delle strutture. In base ai dati disponibili più recenti (Guaita, 2005, Guerrini, 2010), negli ultimi dieci anni la quota percentuale di strutture gestite da enti pubblici si è ridotta dal 59,1% all'11,5%, per effetto principalmente dei processi di trasformazione che hanno riguardato le vecchie Ipab. In questo periodo l'incidenza delle residenze gestite dal cosiddetto privato non profit è praticamente raddoppiata (dal 35,7% al 72,2%), e una forte evoluzione ha interessato anche il privato for profit (dal 5,2 al 16,3%). In particolare nella seconda metà dello scorso decennio si è verificata una significativa crescita degli enti gestori costituiti da cooperative sociali (da 62 nel 2004 a 95 nel 2010) e delle ditte individuali, Srl e società di capitale (da 49 a 105).

Tabella 1 - NATURA GIURIDICA DEGLI ENTI GESTORI DELLE RSA NEL 2001, 2004 E 2010

(per i dati 2001 e 2004: Guaita, 2005; per i dati 2010 (marzo), Regione Lombardia, DG Famiglia)

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

Fonte: Guerrini, 2010.

A fronte dei cambiamenti avvenuti nei modelli societari e negli assetti di governance, si è verificata una progressiva riduzione della dimensione media delle Rsa (Guerrini, 2010, Rocca, 2009) (tale processo, in realtà, ha riguarda soprattutto la componente privata del non profit), con la conseguenza che numerosi enti hanno incontrato crescenti difficoltà nell'applicazione di economie di scala nella gestione amministrativa e nell'erogazione dei servizi. Tanto che le strutture più piccole “riescono a contenere i costi “risparmiando” sul fattore lavoro, rendendolo contrattualmente sempre più debole, abbassando gli standard qualitativi dell'assistenza” (Guerrini, 2010).

In base ai dati disponibili più recenti (Rocca, 2009) solo il 52,2% del personale che opera all'interno delle Rsa, è alle dipendenze dirette dell'ente gestore; una percentuale che scende al 35% per gli infer-

mieri e non raggiunge il 10% per i medici. Più di un terzo del personale che opera è dipendente di cooperative. Inoltre, la crescente diffusione delle forme contrattuali precarie ha favorito il determinarsi di un elevato turn-over del personale di queste strutture, con conseguenze sulla qualità delle prestazioni rese agli utenti ancora da valutare.

Ad oggi, dunque, l'offerta di strutture residenziali per anziani si caratterizza per l'elevata frammentazione e la presenza disomogenea dei produttori a livello territoriale. Le informazioni sono inoltre poco approfondite relativamente sia alla governance e agli assetti societari sia al valore del patrimonio degli enti gestori. A tale proposito occorre ricordare che una parte cospicua anche se non maggioritaria di Rsa operanti in Lombardia è gestita da Fondazioni (286 nel 2010), cioè le ex Ipab trasformate in persone giuridiche di diritto privato, o in associazioni, oppure in Aziende di servizi alla persona (Asp) dalla legge regionale n. 1/2003. Va sottolineato come, in base alle stime elaborate dallo Spi Cgil Lombardia, il patrimonio immobiliare e mobiliare delle 757 Ipab operanti in Lombardia nei primi anni 2000 ammontasse a circa 2,5 miliardi di euro. Si vuole capire come la dotazione patrimoniale ereditata dalle Fondazioni con Rsa produca effetti nella gestione attuale delle residenze, anche per quanto riguarda l'eventuale azione di calmierazione delle tariffe per gli utenti.

Negli ultimi 5 anni (2008/2012) il numero delle Rsa lombarde è aumentato del 3,5% (da 617 a 645). Nonostante la Lombardia presenti a livello regionale la più alta densità demografica delle strutture residenziali, le "liste di attesa", con circa 16 mila persone segnalate al 1° gennaio 2011, pari a ben il 26,4% dei posti letto disponibili¹, si prestano ad essere interpretate come l'aspetto emergente del settore, costituendo una potente chiave di lettura della situazione. Il dato indica infatti come le politiche regionali per la cura degli anziani e di contrasto alla non autosufficienza, tradizionalmente centrate sul forte squilibrio dell'offerta a vantaggio delle strutture residenziali sugli interventi domiciliari, abbiano innescato dinamiche contraddittorie e in definitiva poco soddisfacenti per quanto riguarda efficienza ed efficacia delle risposte di cura alla non autosufficienza.

Del resto, le stime sulla presenza delle forme residenziali "leggere" (appartamenti protetti, comunità alloggio, etc.) inducono a ritenere come queste strutture coprano solo il 1% del fabbisogno di residenzialità².

Diverse sono le conseguenze che derivano dalle scelte regionali.

A livello superficiale è possibile svolgere alcune considerazioni sugli aspetti economico-finanziari (specie per quanto riguarda l'evoluzione del numero dei posti letto, l'entità dei contributi regionali erogati alle Residenze sanitarie assistenziali e le rette a carico dell'utenza) e sulle prospettive del settore.

1) L'offerta di posti letto. Nel 2011 i posti letto autorizzati nelle strutture residenziali lombarde sono 60.458. Di questi, 2.819 non sono accreditati e pertanto non usufruiscono del contributo regionale. Nel 2008-2011 si è rafforzata la tendenza ad aumentare in maggiore misura i posti letto solo autorizzati (+7,5%) rispetto a quelli accreditati (+4,5%). *In definitiva, il differenziale, destinato a crescere fino a quasi 4.000 unità nel 2012, viene utilizzato per realizzare i cosiddetti posti letto solventi, a tariffa piena.* In assenza del contributo regionale il risultato è che le rette a carico degli ospiti risultano di gran lunga superiori alle altre. A tale proposito occorre tenere conto che le disposizioni regionali che regolano il sistema delle Rsa per il 2011 e il 2012, hanno promosso la cosiddetta liberalizzazione delle unità di offerta, da realizzarsi anche attraverso la separazione dell'accreditamento dalla contrattualizzazione dei posti letto e la "budgettizzazione" delle Rsa (Delibere di Giunta Regionale 9/937 del 01/12/2010, n. 2633 del 06/12/2011, Testo unico delle regole di gestione del sistema socio-sanitario Regionale, delibera G.R. n. IX/2734 del 22 dicembre 2011).

L'obiettivo auspicato è assegnare al cittadino, destinatario in futuro di un voucher proporzionale al suo livello di bisogno, la possibilità di scegliere tra diversi soggetti operanti sul mercato, migliorando in definitiva l'efficienza del sistema (rafforzamento del processo di competitività aziendale). Tuttavia, nell'ambito di tale processo, a fronte della tendenza regionale a rallentare la crescita delle risorse di bilancio, è prevedibile che le nuove regole finiranno per promuovere soprattutto la diffusione dei posti letto accreditati non contrattualizzati (Uneba, 2011, Concooperative, 2011, Guerrini, 2012).

Grafico 1 - POSTI LETTO AUTORIZZATI ED ACCREDITATI NELLE RSA LOMBARDE

Serie storica 2008-2011



2) Le rette. In generale, in base a nostre rilevazioni effettuate presso le Asl, nel 2008-2011 (confronto con il periodo pre-crisi) gli importi medi richiesti alle famiglie aumentano in modo considerevole: +13,9% per la retta minima e +8,7% per la retta massima. Gli incrementi, che sembrano riguardare in particolare le rette minime applicate dalle strutture per anziani, con importi medi che aumentano nei 4 anni in esame di quasi 14 punti percentuali, mostrano un trend di crescita ben al di sopra del tasso di inflazione dei prezzi al consumo in Lombardia, che nel periodo 2008-2011 si attesta attorno all'8% (dati Istat). Se si esamina inoltre il trend delle tariffe minime all'interno delle singole Asl lombarde, nel 2011 un anziano ospite delle Rsa di Lecco, ad esempio, era soggetto ad una spesa media circa il 20,7% più elevata rispetto al 2008. Dobbiamo inoltre evidenziare anche il caso delle Asl di Milano Due e Brescia dove il trend 2008-2011 delle tariffe minime fa segnare rispettivamente +17,8% e +17,3%. Non mancano comunque esempi di contenimento degli aumenti delle tariffe, rispetto al dato medio regionale, e le Rsa della Asl di Cremona ne sono un esempio: +7,6% nel periodo per quel che concerne le rette minime applicate.

Tabella 2 - RETTE MINIME 2008-2011, VALORI MEDI PER ASL DI UBICAZIONE DELLA RSA

ASL	2008	2009	2010	2011	Var. 08/11	Var. % 08/11
BERGAMO	€ 43,8	€ 45,4	€ 46,7	€ 49,5	€ 5,7	13,0%
BRESCIA	€ 39,9	€ 43,4	€ 45,1	€ 46,8	€ 6,9	17,3%
COMO	€ 50,6	€ 53,1	€ 54,9	€ 58,0	€ 7,4	14,6%
CREMONA	€ 46,0	€ 47,3	€ 48,3	€ 49,5	€ 3,5	7,6%
LECCO	€ 45,9	€ 51,2	€ 53,6	€ 55,4	€ 9,6	20,9%
LODI	€ 42,2	€ 46,5	€ 46,9	€ 48,9	€ 6,7	15,9%
MANTOVA	€ 43,0	€ 44,9	€ 46,3	€ 48,5	€ 5,5	12,8%
MILANO CITTA'	€ 65,0	€ 67,1	€ 69,9	€ 72,1	€ 7,1	10,9%
MILANO DUE	€ 59,6	€ 60,4	€ 63,7	€ 70,2	€ 10,6	17,8%
MILANO UNO	€ 53,3	€ 55,4	€ 57,6	€ 59,3	€ 6,0	11,3%
MONZA-BRIANZA	€ 55,2	€ 56,6	€ 58,2	€ 61,5	€ 6,3	11,4%
PAVIA	€ 43,6	€ 45,4	€ 47,0	€ 49,0	€ 5,4	12,3%
SONDRIO (2)	€ 32,9	€ 34,4	€ 36,5	€ 38,1	€ 5,1	15,6%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 34,5	€ 34,5	€ 34,5	€ 40,0	€ 5,6	16,1%
VARESE	€ 53,5	€ 55,3	€ 57,3	€ 59,3	€ 5,7	10,7%
TOTALE (3)	€ 47,9	€ 50,2	€ 52,1	€ 54,5	€ 6,7	13,9%

Fonte: elaborazioni su dati ASL.

**Tabella 3 - RETTE MASSIME 2008-2011,
VALORI MEDI PER ASL DI UBICAZIONE DELLA RSA**

ASL	2008	2009	2010	2011	Var. 08/11	Var. % 08/11
BERGAMO	€ 52,5	€ 54,1	€ 55,4	€ 57,2	€ 4,7	9,0%
BRESCIA	€ 49,7	€ 50,0	€ 51,4	€ 50,9	€ 1,2	2,4%
COMO	€ 69,9	€ 72,2	€ 73,1	€ 74,0	€ 4,1	5,9%
CREMONA	€ 52,9	€ 50,9	€ 52,1	€ 53,2	€ 0,2	0,5%
LECCO	€ 52,6	€ 56,5	€ 59,5	€ 62,0	€ 9,4	17,9%
LODI	€ 47,4	€ 53,5	€ 52,8	€ 54,3	€ 6,9	14,6%
MANTOVA	€ 48,6	€ 48,6	€ 50,3	€ 51,0	€ 2,4	4,9%
MILANO CITTA'	€ 79,1	€ 82,3	€ 86,3	€ 87,3	€ 8,2	10,4%
MILANO DUE	€ 71,6	€ 72,2	€ 83,4	€ 86,5	€ 14,9	20,8%
MILANO UNO	€ 64,2	€ 65,7	€ 66,8	€ 69,0	€ 4,7	7,4%
MONZA-BRIANZA	€ 66,4	€ 68,0	€ 69,7	€ 72,1	€ 5,8	8,7%
PAVIA	€ 52,1	€ 53,2	€ 54,7	€ 56,3	€ 4,2	8,1%
SONDRIO	€ 40,8	€ 41,3	€ 41,8	€ 42,7	€ 1,9	4,8%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 37,8	€ 37,8	€ 37,8	€ 45,0	€ 7,2	19,0%
VARESE	€ 64,7	€ 66,5	€ 68,7	€ 69,2	€ 4,5	6,9%
TOTALE	€ 58,1	€ 59,7	€ 61,8	€ 63,2	€ 5,0	8,7%

Fonte: elaborazioni su dati ASL.

Prendiamo in considerazione il periodo temporale più recente. Ad aprile 2012, relativamente alle 645 Rsa ubicate nel territorio lombardo, risulta in aumento, rispetto al dicembre dell'anno precedente, il costo che ciascun ospite dovrà sostenere per poter usufruire dei servizi offerti dalle strutture per anziani. Ciascun utente sarà infatti soggetto mediamente ad una spesa giornaliera di 55,8 euro, nel caso di retta minima, e di 65,1 euro per le rette massime, in crescita nel quadrimestre considerato di circa l'1,2%, pari a 0,7/0,8 euro al giorno (rette minime/rette massime).

Gli aumenti più rilevanti, nel periodo gennaio-aprile 2012, si verificano nelle Rsa delle Asl di Valle Camonica-Sebino (fino a 2 euro in più per le rette massime ed 1,7 euro di aumento per le minime) e di Varese (+3,1 euro per le massime e +1,6 euro per le minime).

In ogni caso, mentre nella Asl della Valle Camonica-Sebino a fronte di un trend in marcata crescita, la retta media (42,2 euro min 46,3 euro max) risulta più bassa rispetto al valore medio regionale, nel caso delle Rsa della provincia di Varese, queste presentano, congiuntamente all'aumento nel periodo, costi per l'utenza finale più elevati rispetto alla media (61,5 euro min e 70,5 euro max).

In base all'analisi territoriale delle Rsa distinte per Asl, le rette medie più elevate si rilevano nelle Asl di Milano Città e Milano Due, rispettivamente fino 74,3 e 70,3 euro al giorno, se si considerano le rette minime, e 90,1 e 86,7 euro se si prendono in esame quelle massime. Proprio in queste aree possiamo comunque verificare una lieve contrazione, nei primi 4 mesi del 2012, dei costi giornalieri; tale fenomeno si registra anche nell'Asl di Bergamo (-0,2 euro le rette minime e -0,1 euro le massime) e in quella di Mantova, in tal caso però, relativamente alle sole rette massime (-0,2 euro).

**Tabella 4 - RETTE MINIME APRILE 2012,
VALORI MEDI PER ASL DI UBICAZIONE DELLA RSA, RISPETTO A GEN-GIU-DIC 2011 (1)**

ASL	gen-11	giu-11	dic-11	apr-12	diff. gen-11/ -12	diff. dic-11/apr-12	var. % gen-11/apr-12	var. % dic-11/apr-12
BERGAMO	€ 47,5	€ 49,2	€ 50,8	€ 50,6	€ 3,1	-€ 0,2	6,5%	-0,5%
BRESCIA	€ 45,7	€ 46,5	€ 47,2	€ 47,3	€ 1,6	€ 0,1	3,5%	0,2%
COMO	€ 57,0	€ 57,9	€ 58,0	€ 59,3	€ 2,3	€ 1,3	4,0%	2,2%
CREMONA	€ 48,7	€ 49,1	€ 49,5	€ 49,7	€ 1,0	€ 0,1	2,0%	0,2%
LECCO	€ 54,5	€ 55,2	€ 56,5	€ 56,7	€ 2,2	€ 0,2	4,1%	0,4%
LODI	€ 47,9	€ 49,1	€ 50,1	€ 51,0	€ 3,1	€ 0,9	6,5%	1,7%
MANTOVA	€ 47,6	€ 48,5	€ 49,7	€ 50,0	€ 2,4	€ 0,3	5,1%	0,5%
MILANO CITTA'	€ 72,8	€ 73,7	€ 74,9	€ 74,3	€ 1,5	-€ 0,6	2,0%	-0,8%
MILANO DUE	€ 68,5	€ 70,4	€ 70,6	€ 70,3	€ 1,8	-€ 0,3	2,6%	-0,5%
MILANO UNO	€ 59,0	€ 58,4	€ 58,8	€ 60,3	€ 1,3	€ 1,5	2,2%	2,6%
MONZA-BRIANZA	€ 58,8	€ 61,3	€ 61,3	-	-	-	-	-
PAVIA	€ 48,3	€ 49,4	€ 50,6	€ 50,3	€ 2,0	-€ 0,3	4,2%	-0,6%
SONDRIO (2)	€ 36,8	€ 38,1	€ 38,8	€ 39,6	€ 2,7	€ 0,7	7,4%	1,9%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 37,1	€ 39,5	€ 40,4	€ 42,1	€ 5,1	€ 1,7	13,7%	4,3%
VARESE	€ 58,1	€ 59,4	€ 59,9	€ 61,5	€ 3,5	€ 1,6	6,0%	2,6%
TOTALE (3)	€ 53,1	€ 54,3	€ 55,1	€ 55,8	€ 2,7	€ 0,7	5,0%	1,2%

(1) Nei valori medi non sono stati considerati eventuali valori di rette a "zero".

(2) Il dato dell'ASL di Sondrio a dicembre 2011 è costruito per interpolazione lineare tra giugno 2011 e aprile 2012.

(3) Il valore medio regionale di aprile 2012 è stato calcolato utilizzando le rette dell'ASL di Monza e Brianza riferite a dicembre 2011.

**Tabella 5 - RETTE MASSIME APRILE 2012,
VALORI MEDI PER ASL DI UBICAZIONE DELLA RSA, RISPETTO A GEN-GIU-DIC 2011 (1)**

ASL	gen-11	giu-11	dic-11	apr-12	diff. gen-11/ -12	diff. dic-11/apr-12	var. % gen-11/apr-12	var. % dic-11/apr-12
BERGAMO	€ 55,5	€ 58,2	€ 59,5	€ 59,4	€ 4,0	-€ 0,1	7,1%	-0,2%
BRESCIA	€ 51,8	€ 53,0	€ 54,1	€ 54,7	€ 2,9	€ 0,6	5,7%	1,1%
COMO	€ 73,5	€ 73,0	€ 73,6	€ 74,8	€ 1,3	€ 1,2	1,8%	1,6%
CREMONA	€ 52,0	€ 53,7	€ 53,1	€ 54,3	€ 2,3	€ 1,2	4,4%	2,2%
LECCO	€ 61,1	€ 61,6	€ 62,1	€ 62,5	€ 1,5	€ 0,4	2,4%	0,7%
LODI	€ 52,6	€ 53,8	€ 57,4	€ 58,1	€ 5,5	€ 0,7	10,5%	1,3%
MANTOVA	€ 51,5	€ 54,5	€ 55,3	€ 55,1	€ 3,6	-€ 0,2	6,9%	-0,3%
MILANO CITTA'	€ 89,6	€ 89,6	€ 91,3	€ 90,1	€ 0,5	-€ 1,2	0,6%	-1,3%
MILANO DUE	€ 87,9	€ 87,3	€ 87,9	€ 86,7	-€ 1,3	-€ 1,2	-1,4%	-1,4%
MILANO UNO	€ 69,1	€ 68,8	€ 70,0	€ 71,5	€ 2,4	€ 1,4	3,4%	2,0%
MONZA-BRIANZA	€ 69,2	€ 71,9	€ 72,3	-	-	-	-	-
PAVIA	€ 55,2	€ 56,8	€ 58,0	€ 57,3	€ 2,2	-€ 0,7	3,9%	-1,2%
SONDRIO (2)	€ 40,6	€ 42,2	€ 42,4	€ 42,7	€ 2,0	€ 0,2	4,9%	0,5%
VAL. CAMONICA-SEBINO	€ 40,0	€ 44,0	€ 44,3	€ 46,3	€ 6,3	€ 2,0	15,8%	4,6%
VARESE	€ 68,8	€ 68,8	€ 67,3	€ 70,5	€ 1,7	€ 3,1	2,4%	4,7%
TOTALE (3)	€ 62,4	€ 63,5	€ 64,3	€ 65,1	€ 2,8	€ 0,8	4,4%	1,3%

(1) Nei valori medi non sono stati considerati eventuali valori di rette a "zero".

(2) Il dato dell'ASL di Sondrio a dicembre 2011 è costruito per interpolazione lineare tra giugno 2011 e aprile 2012.

(3) Il valore medio regionale di aprile 2012 è stato calcolato utilizzando le rette dell'ASL di Monza e Brianza riferite a dicembre 2011.

Se si considera il periodo gennaio 2011/aprile 2012, i ricarichi a carico degli ospiti anziani raggiungono mediamente nella regione i 2,7/2,8 euro giornalieri, corrispondenti a circa il 5% in più, nel caso delle rette minime, ed al 4,4% per quelle massime. Se si osserva quindi l'andamento delle rette nelle Rsa in questi 16 mesi, appare chiara la tendenza a un significativo incremento delle tariffe, con aumenti che sfiorano il 16% nel caso delle rette massime in Valle Camonica-Sebino (+13,6% per le minime) e raggiungono il 10,5% nella Asl di Lodi (valori massimi).

Interessante, inoltre, il dato che riguarda la variabilità delle rette applicate dalle singole Rsa ubicate nella stessa Asl; nella tabella seguente viene riportato l'indice di dispersione (in questo caso la deviazione standard) e in particolare la percentuale di strutture che applicano una retta compresa nell'intervallo (+/-15%) del valore medio per Asl. Per quanto riguarda le rette minime si evince come le strutture per anziani collegate alle Asl di Pavia, Sondrio e Milano Città mostrino una variabilità più pronunciata, tanto che in questi territori è presente la quota più bassa (inferiore al 60%) di Rsa che applicano tariffe minime che si distanziano per meno del 15% dal valore medio delle Rsa nell'Asl stessa. Per quel che concerne le tariffe massime, si presenta generalmente una maggior variabilità negli importi richiesti agli ospiti delle strutture; ciò riguarda in particolare l'Asl di Milano 2, dove a fronte di un coefficiente di variazione delle rette pari al 33,4%, circa l'80% delle strutture applica tariffe che si distaccano dal valore medio per oltre il 15%. Elevato il coefficiente di variazione anche per Como e Milano Uno dove appena il 55% delle strutture rientra nell'intervallo +/-15% rispetto alle rette medie applicate all'interno dell'Asl stessa.

Tabella 6 - LA VARIABILITÀ DELLE RETTE APPLICATE DALLE RSA ALL'INTERNO DELLE SINGOLE ASL – APRILE 2012

ASL	Coeff. Var. rette min	Num rette minime comprese tra + e - 15% dal valore medio	% rette minime comprese nell'intervallo + o - 15% rispetto al valore medio	Coeff. Var. rette max	Num rette minime comprese tra + e - 15% dal valore medio	% rette massime comprese nell'intervallo + o - 15% rispetto al valore medio
BERGAMO	14,6%	50	82,0%	20,8%	41	67,2%
BRESCIA	13,0%	72	83,7%	20,3%	53	61,6%
COMO	18,5%	38	67,9%	32,2%	31	55,4%
CREMONA	6,0%	27	96,4%	15,4%	22	78,6%
LECCO	16,4%	16	64,0%	21,6%	15	60,0%
LODI	7,6%	14	93,3%	15,7%	14	93,3%
MANTOVA	9,1%	46	97,9%	20,0%	36	76,6%
MILANO CITTA'	20,6%	40	59,7%	23,0%	36	53,7%
MILANO DUE	11,1%	18	90,0%	33,4%	4	20,0%
MILANO UNO	17,7%	28	60,9%	24,4%	25	54,3%
MONZA-BRIANZA	-	-	-	-	-	-
PAVIA	18,4%	40	51,9%	23,9%	47	61,0%
SONDRIO	9,3%	10	52,6%	9,3%	15	78,9%
VAL. CAM-SEB	8,7%	13	92,9%	13,6%	12	85,7%
VARESE	11,6%	44	84,6%	17,1%	36	69,2%

Fonte: elaborazioni su dati ASL.

Secondo quanto appreso nell'incontro organizzato dalla Regione Lombardia (direzione generale Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale) con i sindacati dei pensionati nell'ottobre 2011, risulta in qualche modo possibile rintracciare una correlazione tra l'aumento delle tariffe, avvenuto nel 2009-2010, e l'integrazione dei servizi inclusi nelle rette a carico degli ospiti delle strutture. In base ai

dati forniti dalla Regione e riportati nella tabella seguente, infatti, tutti i servizi presi in considerazione, ad esclusione del barbiere (shampoo e taglio) e della podologia (curativa), appaiono nel 2010 maggiormente diffusi nell'offerta delle Rsa lombarde rispetto al 2009, in particolare la lavanderia (+6 casi) e la pedicure conservativa (+6 casi).

Tabella 7 - SERVIZI INCLUSI NELLE RETTE. CONFRONTO 2009-2010

SERVIZIO INCLUSI IN RETTA	2009					2010				
	SI	NO	TOT	% SI	% NO	SI	NO	TOT	% SI	% NO
lavanderia: biancheria (intima personale)	536	108	644	83,23%	16,77%	542	103	645	84,03%	15,97%
lavanderia: indumenti (vestiti)	495	149	644	76,86%	23,14%	501	144	645	77,67%	22,33%
stireria	522	122	644	81,06%	18,94%	525	120	645	81,40%	18,60%
rammendi	516	128	644	80,12%	19,88%	523	122	645	81,09%	18,91%
manicure	527	117	644	81,83%	18,17%	528	117	645	81,86%	18,14%
pedicure (conservativa)	516	128	644	80,12%	19,88%	522	123	645	80,93%	19,07%
podologia (curativa)	238	406	644	36,96%	63,04%	231	414	645	35,81%	64,19%
parrucchiere: shampoo e taglio	414	230	644	64,29%	35,71%	416	229	645	64,50%	35,50%
parrucchiere: messa in piega, tinta, etc.	259	385	644	40,22%	59,78%	262	383	645	40,62%	59,38%
barbiere: shampoo e taglio	437	207	644	67,86%	32,14%	428	217	645	66,36%	33,64%

Fonte: Regione Lombardia.

L'aumento tendenziale delle rette si pone come problema centrale del dibattito sul sistema delle Rsa in Lombardia. Le cause che sono alla base dell'alta politica tariffaria (che coinvolge solo una parte delle Rsa) sono di diversa natura, e solamente un'analisi completa che prenda in considerazione i vari aspetti può restituire un quadro che si avvicini alla situazione reale.

Nella presente indagine il problema della dinamica sostenuta delle rette è affrontato più volte e da diversi punti di vista, con riferimento sia all'esame dei questionari somministrati a un campione di strutture residenziali, sia all'analisi dei bilanci finanziari di un campione di Rsa, sia infine all'esame della letteratura in materia. Tale scenario si caratterizza per l'azione di 3 principali cause: il desiderio di profitto degli enti gestori, la carenza di modelli organizzativi efficienti, la riduzione dell'impegno finanziario della Regione Lombardia a sostegno del sistema Rsa.

Va detto, inoltre, che da anni ormai gli incrementi tariffari riconosciuti dalla Regione alle Rsa sono inferiori al tasso di inflazione. Mediamente, nel 2003-2011 l'incremento delle tariffe regionali è stato del 5,8% a fronte di un aumento del tasso di inflazione del 19,9% (Guerrini, 2012). A questo proposito va sottolineato inoltre come la tendenza all'aumento delle rette a carico dell'utenza sia destinata a rafforzarsi nei prossimi anni, **come risultato dell'introduzione delle regole regionali 2011 e 2012 per le strutture residenziali per gli anziani, che prevedono la riduzione delle risorse a disposizione degli enti gestori.** In sostanza, 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 (Concooperative, 2012, Uneba, 2012).

Qual è lo stato di salute dei bilanci degli enti gestori delle Rsa

I risultati dell'analisi economico-finanziaria sul "sistema delle imprese Rsa" realizzata dall'Ires Morosini per conto dello Spi Lombardia, evidenziano come soprattutto nell'ultimo decennio il settore delle



residenze per gli anziani sia stato oggetto di fenomeni tipici della riorganizzazione d'impresa, quali il potenziamento della presenza delle multinazionali e il forte ricorso a logiche gestionali di profitto.

Analizzando un campione significativo di bilanci finanziari (anno 2010) relativi a 108 strutture residenziali riconducibili ai principali gestori operanti nel Nord Italia e in particolare in Lombardia (Residenze Anni Azzurri S.r.l, Sereni Orizzonti S.p.A., Aetas S.p.A, Segesta 2000 S.r.l.), è possibile svolgere le seguenti considerazioni conclusive: 1) il settore risulta anticiclico rispetto all'andamento economico generale (nazionale e mondiale) e ciò è testimoniato dalla continua crescita degli investimenti nel settore e dei fatturati dei principali operatori anche in periodi in cui la crisi finanziaria internazionale ha colpito la generalità delle attività economiche; 2) gli utili di settore risultano in diversi casi cospicui; 3) il mercato italiano è oggetto di penetrazione da parte di operatori esteri, prevalentemente francesi. Ad ogni modo, in base alle indicazioni che provengono da recenti analisi svolte a livello regionale (Uneba, 2010), la gran parte degli operatori del settore sarebbero costretti a registrare annualmente disavanzi di bilancio (Guerrini, 2012).

Le prospettive

In definitiva, registriamo una significativa asimmetria tra le principali dinamiche economico-finanziarie che regolano le attività delle Rsa: l'aumento del costo della vita, l'insufficiente copertura regionale delle rette, il significativo incremento (superiore al costo della vita in diversi casi) dei costi per l'utente.

Per quanto riguarda soprattutto gli aspetti qualitativi dell'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti, occorrerà valutare le scelte adottate dalla Regione Lombardia per la definizione di un percorso di valutazione multidimensionale dei bisogni e dei profili assistenziali. Tale scelta avrà ripercussioni importanti sul 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) e, in definitiva, sullo sviluppo degli interventi di cura alternativi e complementari alla istituzionalizzazione.

In sostanza, la Regione Lombardia mira a realizzare due obiettivi prioritari: 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" (si intende innovare il modello attuale che affida al cittadino la possibilità di scegliere liberamente l'unità d'offerta che più risponde ai suoi bisogni); riorganizzare il sistema di tariffazione sulla base di una migliore definizione del rapporto tra livello di bisogno, assorbimento di risorse ed entità della remunerazione.

Si tratta di comprendere quanto i provvedimenti adottati dalla Regione Lombardia siano orientati a innovare qualitativamente l'offerta dei servizi socio-sanitari, e in che misura, invece, perseguano l'obiettivo della riduzione dei costi per il bilancio regionale.

Il dibattito è aperto.

Partendo da queste premesse e a fronte del percorso di riorganizzazione del welfare lombardo avviato dalla Regione, lo Spi Cgil Lombardia ha promosso un approfondimento conoscitivo della situazione del settore, attraverso la realizzazione di un'indagine di tipo quali-quantitativo.

In particolare l'analisi è stata realizzata, in modo distinto, su un campione di 190 strutture residenziali per anziani attraverso la somministrazione di un questionario strutturato, e mediante l'analisi dei bilanci finanziaria di circa 130 Residenze sanitarie assistenziali (Rsa).

Diverse sono le aree tematiche indagate: il personale, le retribuzioni e le forme contrattuali; i servizi interni; la relazione tra Rsa e territorio; la partecipazione degli utenti e delle famiglie; la governance, le relazioni sindacali e la trasparenza.

Le ipotesi di partenza riguardano le dinamiche dei servizi residenziali per la non autosufficienza, ritenute sempre più incerte e complesse a fronte della contemporanea azione dei seguenti fenomeni:

- un aumento della fragilità dell'anziano, soprattutto per quanto riguarda la componente sociale (indebolimento delle reti d'aiuto e delle relazioni parentali di riferimento);
- le carenze insite nella programmazione socio-sanitaria a livello territoriale, tenuto presente delle rigidità che caratterizzano il modello verticale lombardo, che assegna alle Asl un ruolo predominante;
- il forte aumento dei costi Rsa per gli utenti e le loro famiglie, anche nella prospettiva normativa (Decreto Salva Italia) di modificazione dell'Isee, con la conseguente applicazione sul nucleo familiare;
- la progressiva precarizzazione delle forme contrattuali di lavoro e l'insoddisfacente applicazione degli inquadramenti professionali, che si ripercuotono negativamente sulla tutela dei diritti e sulla professionalità degli addetti nonché sulla qualità delle prestazioni rese agli utenti;
- l'incertezza che caratterizza il nuovo modello Rsa lombardo.

L'indagine, completata con la realizzazione di due focus group riservati alle famiglie degli utenti, ha toccato inoltre fattori qualitativi di enorme importanza, in genere trascurati dagli studi che indagano il settore delle Rsa. Ci riferiamo in particolare: all'appropriatezza delle cure agli anziani non autosufficienti, all'ormai tradizionale "dialettica" tra assistenza domiciliare e cure nelle residenze assistenziali, all'"umanizzazione" delle cure, alle modalità di erogazione dei servizi.

L'indagine sul campo. L'offerta dei servizi residenziali in Lombardia

Le risultanze dell'indagine condotta dallo Spi Cgil Lombardia presso un campione significativo di 190 Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e case di riposo, consentono di svolgere le seguenti considerazioni di sintesi³.

Il campione delle strutture residenziali è costituito prevalentemente da Rsa e Case di riposo (Ra) di dimensioni medie e medio-grandi: circa l'80% dei responsabili delle residenze denuncia un numero di posti letto superiore a 50, il 36% delle strutture è dotato di almeno 100 posti letto. La distribuzione geografica delle strutture premia soprattutto le province di Como, Cremona, Brescia e Sondrio. Le province meno rappresentate sono Milano e Lodi.

Nel complesso oltre il 57% delle strutture sono situate nei grandi centri cittadini (107 casi) mentre circa il 30% risulta localizzata nella periferia cittadina. Il resto delle strutture di accoglienza sono ubicate nelle zone lontane dai grandi centri urbani e nei piccoli comuni.

L'indagine è stata realizzata attraverso questionario semistrutturato.

Dall'analisi emerge un quadro nel complesso positivo delle strutture residenziali per anziani. Tuttavia, occorre ricordare che il questionario Spi Cgil è stato somministrato con la tecnica dell'auto-compilazione; in sostanza le risposte ai quesiti posti sono state fornite liberamente dai responsabili delle strutture.

Fatta questa premessa, a nostro giudizio gli aspetti positivi riguardano soprattutto il possesso (dichiarato dal 96% delle strutture) di tutti i principali requisiti previsti dalle normative, da quelli igienico sanitarie (97,9%) all'abbattimento delle barriere architettoniche (95,2%).

Gli anziani inoltre fruiscono di un discreto numero di servizi generali di vita collettiva erogati direttamente dalle Rsa, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale.

Le aree problematiche riguardano in primo luogo il personale in organico nelle Rsa/Case di riposo, pari complessivamente a 8.140 unità. La maggior parte degli addetti rientra in qualifiche professionali di tipo generale come nel caso dell'"assistenza diretta" (4.912) e degli "operatori sanitari della struttura" (1.651 unità); mentre le qualifiche professionali degli operatori socio-sanitari e degli assistenti sociali superano di poco le 310 unità e il 4% del totale; inoltre, gli addetti inquadrati come infermieri professionali risultano pari solamente a 278 unità, cioè a 1,5 addetti per struttura.

I medici convenzionati riportati nell'organico sono invece 121 (cioè 0,7 addetti per struttura) ma la distribuzione geografica di questa figura professionale risulta poco equilibrata, concentrandosi soprattutto nelle province di Como, Mantova e Cremona.

Un dato importante riguarda le mancate risposte della maggior parte dei responsabili delle Rsa (117 su 190) quando si è trattato di fornire indicazioni sulla qualità del rapporto di lavoro, con particolare riguardo alle forme contrattuali attivate. Il grado di trasparenza che emerge dalla gestione delle Rsa appare dunque non adeguato rispetto all'importanza del servizio erogato.

Infine, mediamente, circa il 30% del personale è impiegato nei servizi generali e amministrativi. È un dato che fa riflettere, tenuto conto che la collaborazione fra strutture residenziali diverse potrebbe portare alla realizzazione di importanti economie di scala nella gestione di questo tipo di servizi.

Un'altra area problematica riguarda la disponibilità di posti letto. Al momento della rilevazione circa il 40% dei responsabili di Rsa dichiara l'esistenza di liste di attesa. Si tratta di un dato interessante, che evidenzia come una parte importante della domanda sociale non venga soddisfatta immediatamente. Peraltro, solo l'11% degli intervistati fornisce indicazioni sui tempi di attesa.

Gli utenti sono complessivamente poco più di 17mila, le camere risultano 6.067 per un numero di utenti medi per camera pari a 2,8.

I dati sui servizi erogati risultano di un certo interesse. La quasi totalità delle strutture sono dotate di Carta di servizi, e l'84% di esse dispone di un regolamento interno. Dall'analisi delle risposte emerge tuttavia come tali documenti disciplinino soprattutto gli aspetti generali del funzionamento delle strutture residenziali: le tariffe ufficiali, le regole di base della vita in comunità, ecc..

"Come la struttura intende operare" si può leggere solamente nel 58% delle Carte dei servizi, mentre le informazioni sui servizi aggiuntivi e sul loro prezzo (aspetto che spesso può determinare un forte aumento dei prezzi a carico dell'utente) sono disponibili solo nel 34% delle strutture.

Inoltre, la governance delle aziende è poco chiara: solo il 34,4% delle Rsa dà conto agli utenti degli organismi rappresentativi.

Agli ospiti è garantita in genere un'ampia gamma di servizi, tuttavia dai dati emerge come circa la metà delle Rsa (44,1%) non consentano agli utenti di utilizzare i servizi del territorio. Va detto che la letteratura in materia dimostra che tali orientamenti delle strutture residenziali spesso risultano determinanti, in negativo, per la creazione e per il rafforzamento di processi di ghettizzazione e di isolamento fisico e relazionale degli anziani utenti.

Sotto questo profilo, l'organizzazione della vita comunitaria presenta altri punti di criticità. Infatti, se è vero che la quasi totalità delle strutture residenziali coinvolgono le famiglie degli utenti nell'organizzazione delle principali attività, tuttavia è altrettanto vero che i rientri in famiglia sono consenti-

ti agli utenti solamente nel 40,7% delle strutture coinvolte nell'indagine. Inoltre, solo nel 28,6% delle strutture l'organizzazione della vita comunitaria prevede in modo strutturato la presenza delle associazioni di volontariato.

È un dato che conferma come in numerosi casi le strutture residenziali adottino modelli organizzativi che non rafforzano i processi di integrazione sociale.

Inoltre, gli organismi di rappresentanza costituiscono un oggetto poco conosciuto nella maggioranza delle residenze oggetto di indagine, visto che il sindacato riesce a svolgere il proprio ruolo solamente nel 22% delle strutture.

Indicazioni interessanti provengono dalla realizzazione di due focus group, organizzati uno nella città di Lecco e l'altro nella città di Brescia, con il coinvolgimento complessivo di 24 familiari di anziani ospiti di Rsa. In generale, l'attenzione dei familiari si è concentrata su due tematiche, l'aumento delle rette e la "qualità del vivere" degli ospiti. Relativamente al primo aspetto, dagli incontri è emerso come le famiglie degli utenti spesso si dichiarano essere impreparate rispetto alle richieste di aumenti formulate dagli enti gestori. "Occorre maggiore trasparenza nella comunicazione", spiega una familiare. "I parenti non hanno idea del peso delle differenti componenti sulla retta (personale, utenze, servizi sanitari) e dei riflessi dei costi su queste ultime", sostiene un altro. In particolare "non si hanno possibilità di confrontare e le singole componenti delle rette tra rsa e a livello provinciale e regionale". Un familiare ha proposto che "per minimizzare i costi di alcuni fattori produttivi sarebbe utile effettuare gare aggregate tra Rsa per l'acquisto di beni e servizi".

Relativamente al secondo aspetto, quello dell'umanizzazione delle strutture residenziali, dagli incontri sono emerse diverse indicazioni: la necessità del superamento di strutture "grigie" e spoglie, per dare risposte alle esigenze di realizzazione di maggior comfort e privacy nelle stanze, di realizzazione di spazi di socializzazione non necessariamente grandi ma piccoli e "dedicati", e all'uso del colore. Una forte attenzione è dedicata al momento dei pasti, sia per quanto riguarda la qualità degli stessi, sia relativamente agli orari di distribuzione e alla possibilità di scelta da parte dell'utente, sia inoltre con rife-



rimento all'assistenza al pasto da parte degli operatori. A questo proposito, due familiari fanno notare che "proprio la carenza di sostegno all'utente nella fase della consumazione del pasto, fa crescere i costi a carico della famiglia, costretta in diversi casi a ricorrere alle cosiddette badanti per assistere l'anziano in questo momento così delicato". Inoltre, "essendo la struttura a carattere lungodegenziale è evidente che particolare attenzione deve essere posta alla vivibilità dell'ospite nella struttura. Questo a partire dal suo spazio nella stanza ivi compreso anche il compagno di stanza", spiega un altro. Dunque, "occorre prestare attenzioni ai livelli di empatia che potrebbero instaurarsi tra gli ospiti".

Importante è anche il tema del "rientro temporaneo in famiglia dell'anziano", spesso non previsto dai regolamenti degli enti gestori, tuttavia sollecitato con forza da alcuni familiari, in quanto ritenuto "fondamentale per l'equilibrio psichico e il benessere dell'utente", in quanto "una tale soluzione lo aiuterebbe ad accettare di più l'istituzionalizzazione".

In conclusione, i risultati della nostra indagine ci consentono di affermare che il percorso di riordino del welfare regionale dovrebbe con maggiore incisività affrontare alcuni nodi riguardanti il sistema degli interventi socio-sanitari e per la non autosufficienza.

Incisività ed efficacia che si rendono necessarie anche esaminando le proiezioni fornite dall'Istat sulla prossima evoluzione della popolazione anziana: per il 2025 si stimano in Lombardia quasi 2,5 milioni di ultra 65enni, il 25,1% in più rispetto al 2011 (l'incremento nell'area Nord-ovest sarà del 20,4%) mentre il numero degli ultra 85enni crescerà da circa 250mila a 450mila (+79,5%) a fronte di un aumento del 70% previsto nel Nord-Ovest.

In primo luogo, occorrerebbe porre maggiore attenzione all'obiettivo di innalzare i livelli di efficacia e di appropriatezza dell'intervento rispetto alla domanda (ci riferiamo in primo luogo alla "costruzione" del sistema integrato delle risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti, che dovrebbe svilupparsi attraverso il collegamento funzionale tra servizi domiciliari, semiresidenziali, residenziali, e tra gli stessi e le attività prestate dai familiari e dagli altri caregiver), e non solo ai livelli di efficienza e al problema della redistribuzione delle risorse tra settori d'intervento.

Inoltre, l'elevata frammentazione della rete d'offerta, assieme all'incremento della complessità assistenziale che le strutture residenziali sono chiamate a gestire, si pongono come il nodo principale da sciogliere al fine di poter garantire un'evoluzione adeguata del settore delle residenze per anziani, e dunque del long term care. Tale frammentazione potrebbe essere contrastata con azioni mirate (regolazione regionale) capaci di favorire i processi di fusione, acquisizione o coordinamento tra aziende, allo scopo di sviluppare economie di scala (in base alle analisi da noi effettuate, i costi per l'amministrazione generale sostenuti dalle aziende con meno di 50 posti letto, risultano circa il 15% più alti di quelli sopportati dalle Rsa più grandi, con oltre 100 posti letto) nell'erogazione delle prestazioni agli anziani nonché nella gestione delle competenze professionali.

Sotto questo profilo occorrerebbe avere un quadro conoscitivo esaustivo del patrimonio delle Fondazioni e degli altri enti gestori, tenuto conto anche che tale dotazione costituisce un significativo elemento di differenziazione dei costi di produzione (accanto alle strutture più vecchie, che possono contare su patrimoni già ammortizzati e che non figurano nei costi del servizio, operano infatti strutture più recenti, che sopportano elevate quote di ammortamento oppure alti costi dell'affitto).

Occorrerebbe poi monitorare e regolamentare con maggiore efficacia gli interventi di revisione delle rette effettuati dagli enti gestori, anche allo scopo di rendere maggiormente trasparenti le tariffe.

Nell'ambito della regolazione dell'offerta di strutture residenziali, il governo regionale dovrebbe infine focalizzare maggiormente l'attenzione sugli aspetti che riguardano la gestione del personale (con particolare riguardo all'inquadramento contrattuale) ma anche l'"umanizzazione" delle Rsa, favorendo in quest'ultimo caso un collegamento più stretto tra servizi territoriali e residenze, nonché un più incisivo coinvolgimento delle famiglie nella programmazione delle attività.

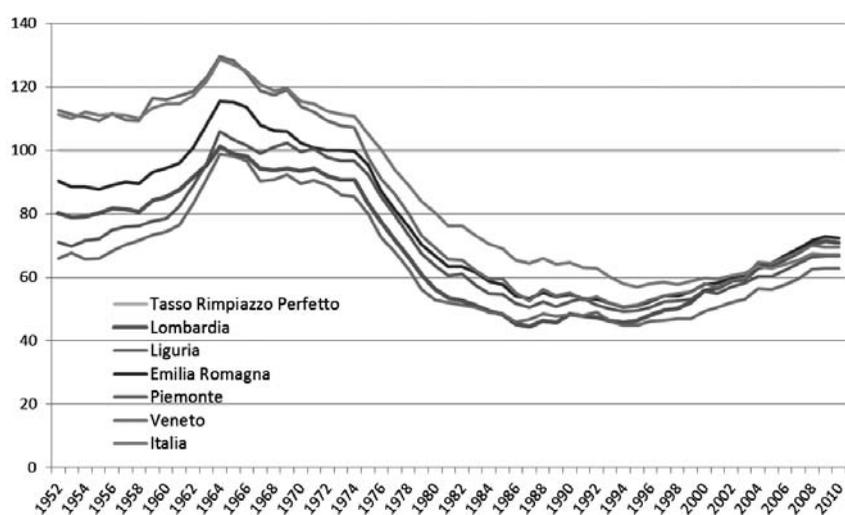
I PROFILI DELL'INVECCHIAMENTO IN LOMBARDIA

Appare necessario proporre a titolo introduttivo una trattazione del fenomeno dell'invecchiamento secondo un'ottica di comparazione con altre regioni maggiormente confrontabili con la Lombardia, e più in generale rispetto al quadro nazionale. In questo studio l'invecchiamento della popolazione, prodotto dall'azione parallela del calo delle nascite e della crescente longevità della popolazione, viene esaminato soprattutto sotto il profilo dell'incremento di soggetti malati cronici e disabili; inoltre, il prolungamento degli anni trascorsi dagli individui all'interno di queste particolari condizioni, grazie alla maggiore sopravvivenza degli anziani anche in condizioni invalidanti, mostra come effetto collaterale una diffusione sempre maggiore soprattutto tra gli ultraottantenni della disabilità nelle sue forme più gravi.

Al fine di proporre un quadro sintetico dell'evoluzione della struttura della popolazione faremo riferimento ad alcuni specifici indicatori demografici. Il primo aspetto che può essere indagato è il tasso di riproduzione, o meglio il tasso di fecondità totale. Questo quoziente rappresenta il numero medio di figli che una generazione di donne avrebbe nel corso della vita feconda nel caso non vi fosse mortalità. Il livello di rimpiazzo "perfetto" è stato posto a circa 2,1 figli per donna.

Come si evince dal grafico sottostante, ponendo pari a 100 il tasso di rimpiazzo perfetto, è possibile osservare sia l'evoluzione del tasso di fecondità totale all'interno della regione Lombardia, sia il confronto con l'andamento presente in Italia. L'aspetto che si palesa immediatamente è la generale convergenza delle altre regioni prese in esame e della media italiana con il valore della regione Lombardia. Per quanto riguarda proprio la Lombardia si è passati da un numero di figli per donna pari a 1,9 del 1952 (all'epoca in Italia mediamente ogni donna aveva 2,3 figli) ad un valore pari a 1,5 nel 2010, al di sopra quindi del valore nazionale che si attesta ad 1,4. Rispetto alle altre regioni utilizzate come parametro di confronto, nel 2010, la Lombardia si pone, con 1,5 figli per donna, al primo posto rispetto al tasso di fecondità totale.

**Grafico 2 - TASSO DI FECONDITÀ A PARTIRE DAL 1952.
VALORI REGIONALI E L'ITALIA
(POSTO A 100 IL TASSO DI RIMPIAZZO PERFETTO)**



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Il generale invecchiamento della popolazione può essere direttamente osservato confrontando la struttura della popolazione nella regione Lombardia nel 2003 e nel 2011. Come si evince dalla tabella sot-

tostante, nel periodo considerato si è assistito a un significativo invecchiamento della popolazione; per quanto concerne gli anziani al di sopra degli 85 anni – la categoria di maggiore interesse per la nostra analisi – si è passati da un'incidenza del 2% per arrivare attualmente ad una del 2,5%. Considerando tutti i soggetti con più di 65 anni, inoltre si passa dal 18,6% del 2003 all'attuale 21,1%. Confrontando il dato lombardo con le altre regioni prese in esame, va riscontrata un'incidenza degli anziani e dei "grandi vecchi" più contenuta rispetto alle altre zone (ad esclusione del Veneto che mostra valori appena più contenuti rispetto agli ultra 65enni); bisogna però considerare, di contro, una dinamica 2003/2011 più marcata, soprattutto al confronto con Liguria ed Emilia Romagna. Inoltre, osservando la struttura della popolazione e la sua dinamica, si può comprendere come questo problema continuerà ad accrescersi nei prossimi 15/25 anni quando raggiungerà l'età senile la classe dei soggetti che oggi ha tra i 40 ed i 49 anni, la cui incidenza percentuale sul totale della popolazione residente è cresciuta del 2,4% tra il 2003 ed il 2011

Tabella 8 - INCIDENZA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA SUL TOTALE DEI RESIDENTI. ANNO 2011 E VAR. 2003/2011

	65 anni ed oltre		75 anni ed oltre		85 anni ed oltre	
	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11
ITALIA	20,3	1,3	10,1	1,5	2,8	0,7
Emilia-Romagna	22,3	-0,3	11,7	0,7	3,5	0,6
Liguria	26,7	0,7	14,0	1,4	4,0	0,7
Lombardia	20,1	1,5	9,7	1,5	2,5	0,5
Piemonte	22,9	1,2	11,5	1,7	3,0	0,5
Veneto	19,9	1,4	9,7	1,2	2,7	0,6
Nord-Ovest	21,5	1,3	10,6	1,5	2,8	0,5

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

A tal proposito si propone di seguito una proiezione al 2025 dell'incidenza della popolazione anziana, rispetto al totale dei residenti, per la regione Lombardia e più in generale per l'area Nord-Ovest d'Italia. Come si può osservare, nei prossimi 14 anni, si prevede nella regione un aumento dell'incidenza complessiva degli anziani (over 65 anni) del 3,1% rispetto al 2,9% dell'area Nord-Ovest, pur conservando in Lombardia, a livello assoluto, un valore inferiore (23,2%) di circa 1,3 punti percentuali. Nel 2025 gli anziani lombardi con oltre 75 anni saranno circa il 12,4% dell'intera popolazione (+2,7% rispetto al 2011) mentre i grandi vecchi peseranno circa 4,2 punti percentuali (+1,7%).

Tabella 9 - INCIDENZA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA SUL TOTALE DEI RESIDENTI. PREVISIONI AL 2025 E VAR. 2011/2025

	Lombardia		Nord-Ovest	
	2025	var 11/25	2025	var 11/25
65 anni ed oltre	23,2	3,1	24,5	2,9
75 anni ed oltre	12,4	2,7	13,2	2,6
85 anni ed oltre	4,2	1,7	4,5	1,7

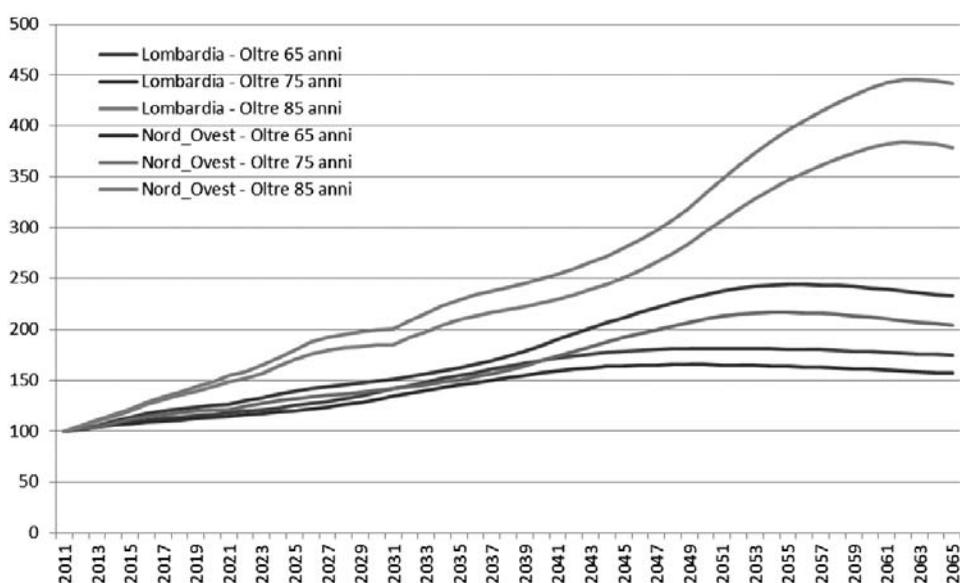
Fonte: elaborazioni su dati Istat – scenario centrale.

Particolare attenzione, però, va posta sul dato assoluto relativamente alla popolazione anziana ed al suo trend 2011-2025; nel 2025 si stimano infatti in Lombardia quasi 2,5 milioni di ultra 65enni, il 25,1% in più rispetto al dato 2011 (l'incremento nell'area Nord-ovest sarà del 20,4%) mentre gli ultra 85enni passeranno da circa 250mila a 450mila (+79,5%) a fronte di un aumento del 70% previsto nel Nord-Ovest.

Il fenomeno descritto si può inoltre osservare nella figura sottostante, dove appare evidente come sia la percentuale di soggetti oltre i 65 anni, sia quelle dei soggetti più anziani siano destinate a crescere in Lombardia a ritmi più sostenuti rispetto al valore medio del Nord-Ovest d'Italia.

Naturalmente, la tendenza è molto sensibile all'andamento della natalità e dell'immigrazione, e stime troppo in là negli anni potrebbero essere azzardate, ma nel 2060, secondo lo scenario centrale Istat, la popolazione lombarda con oltre 85 anni risulterebbe oltre 4 volte quella attuale.

Grafico 3 - PREVISIONE EVOLUZIONE POPOLAZIONE OLTRE I 65, 75 ED 85 ANNI DI ETÀ. REGIONE LOMBARDIA E AREA NORD-OVEST (2011-2065)

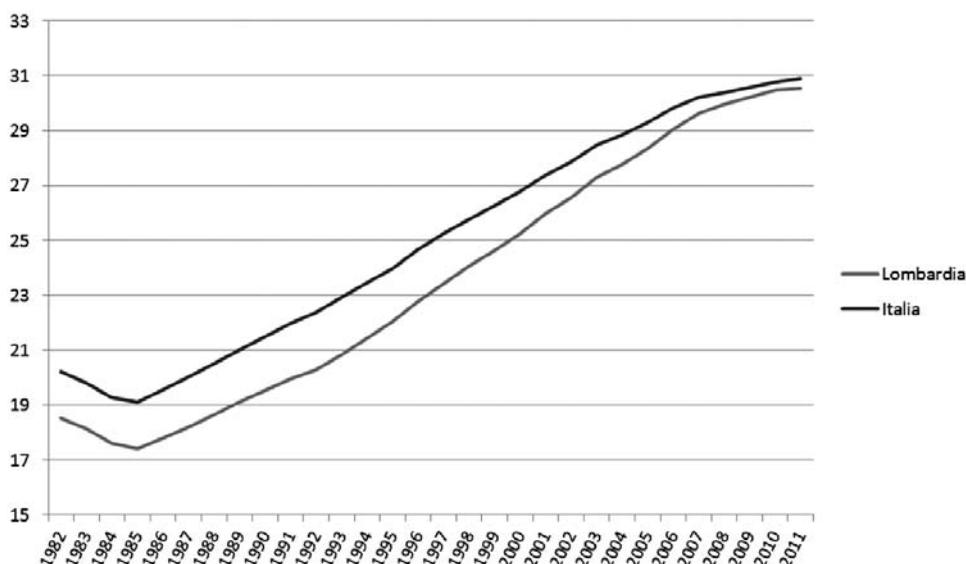


Fonte: elaborazioni su dati Istat – scenario centrale

In ogni caso, quello che preme porre in evidenza in questo elaborato è l'aumento nei prossimi decenni di quelle classi d'età maggiormente a rischio di perdita della propria autonomia di azione.

Il generale invecchiamento della popolazione trova conferma anche indagando l'evoluzione del tasso di dipendenza strutturale delle classi anziane rispetto a quelle lavoratrici. Questo indice esprime il rapporto esistente tra i soggetti di età superiore ai 65 anni e coloro che hanno un'età compresa tra i 15 e i 64 (la popolazione in età attiva). Quello che si evince chiaramente dal grafico sottostante è un generale incremento delle fasce d'età inattive, più rapido rispetto al contesto Italiano, in rapporto a quelle economicamente attive, fino ad arrivare per la Lombardia ad un valore pari al 30,5% nel 2011 (era 18,5% nel 1982).

Grafico 4 - TASSO DI DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI. CONFRONTO ITALIA E LOMBARDIA. (1982 - 2011)



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Naturalmente, una crescita più rapida del numero di anziani, nei prossimi decenni, rispetto ad altre regioni del Nord ed in generale della media Italiana, non implica automaticamente un aumento più consistente di anziani non autosufficienti. Altri fattori legati alla qualità della vita possono incidere sui risultati. In ogni caso, nelle sezioni successive, concluso questo quadro generale sulla struttura demografica, cercheremo di stimare il numero di anziani non autosufficienti all'interno della regione Lombardia, tentando di "misurare" la relazione tra l'andamento del numero degli anziani oltre i 65 anni e quello dei soggetti disabili⁴ all'interno delle singole regioni. A tale scopo utilizzeremo una regressione lineare, la quale considera come variabile da spiegare la percentuale di disabili in funzione del numero di anziani all'interno delle singole regioni.

Tabella 10 - PERCENTUALE SOGGETTI DISABILI. STIME PARAMETRI. ANNO 2005

	Stima	errore standard	p-value
Costante	1,471	1,651	0,385
Percentuale anziani oltre i 65 anni	0,201	0,079	0,021**
Centro	0,852	0,506	0,107
Sud	0,4	0,459	0,395

R-quadrato = 0,4451 ; Statistica F = 4.546, 3 e 17 gdl; p-value: 0.01628**

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Avanziamo l'ipotesi che la relazione vari all'interno delle macro-aree geografiche. Pertanto, inseriamo nel modello anche dei parametri di controllo finalizzati ad osservare le potenziali differenze esistenti nel Centro e nel Sud Italia rispetto ai meccanismi presenti al Nord. Nella tabella precedente è possibile osservare come la residenza all'interno di una particolare area del paese diversa dal Nord Italia non

incida sul risultato. Infatti, l'unico parametro ad essere significativo (il p-value⁵ è inferiore a 0,050) è quello volto a rilevare l'influsso esercitato dalla presenza di anziani nel territorio; inoltre, dalla cella della tabella che riporta il valore della stima, si può concludere come al crescere di un punto percentuale della presenza di anziani nel territorio il numero di soggetti disabili rispetto a tutta la popolazione aumenti dello 0,20%. Inoltre, la statistica "R-quadrato" presenta un valore pari a 0,44 ad indicare una buona capacità predittiva da parte del modello proposto⁶. Dato il numero limitato di casi presi in analisi, prima di poter avanzare alcuna conclusione è necessario testare la validità di alcuni assunti circa l'andamento dei termini d'errore e la presenza di potenziali casi "outlier", cioè casi che discostandosi in modo significativo dall'andamento generale degli altri finiscono con l'alterare i risultati. Per quanto concerne la verifica degli assunti dei termini d'errore inviamo all'appendice in chiusura. In ogni caso, risulta evidente la validità degli assunti di base necessari per poter utilizzare le stime ottenute dai parametri del modello. In questa sezione, invece, osserviamo la presenza di possibili "outlier".

Dalla figura sottostante è chiaramente evidente come la regione Umbria manifesti un andamento nettamente discordante rispetto al resto dei casi del campione. In aggiunta, per essere sicuri che tale regione presenti uno scostamento significativo capace di influenzare i risultati precedentemente ottenuti applichiamo una tecnica statistica particolare capace di valutare lo scostamento del singolo caso rispetto alla nuova regressione stimata togliendo il singolo caso che stiamo valutando. In questo caso, il programma statistico utilizzato ("R") conferma la presenza di un valore significativo nello scostamento della regione Umbria rispetto alle altre regioni. Pertanto, per stimare al meglio la relazione esistente tra la diffusione di soggetti anziani e la presenza di disabili, stimiamo nuovamente il modello senza l'effetto della regione Umbria. Come si può notare dalla tabella sottostante, il nuovo modello presenta valori differenti rispetto a quello precedente e, soprattutto, un valore dell'errore standard inferiore. L'errore standard indica il range di oscillazione del valore stimato del parametro; pertanto, minore è il suo valore, più precisa si dimostra la stima ottenuta.

Grafico 5 - SCOSTAMENTO DEI SINGOLI CASI DAL MODELLO GENERALE

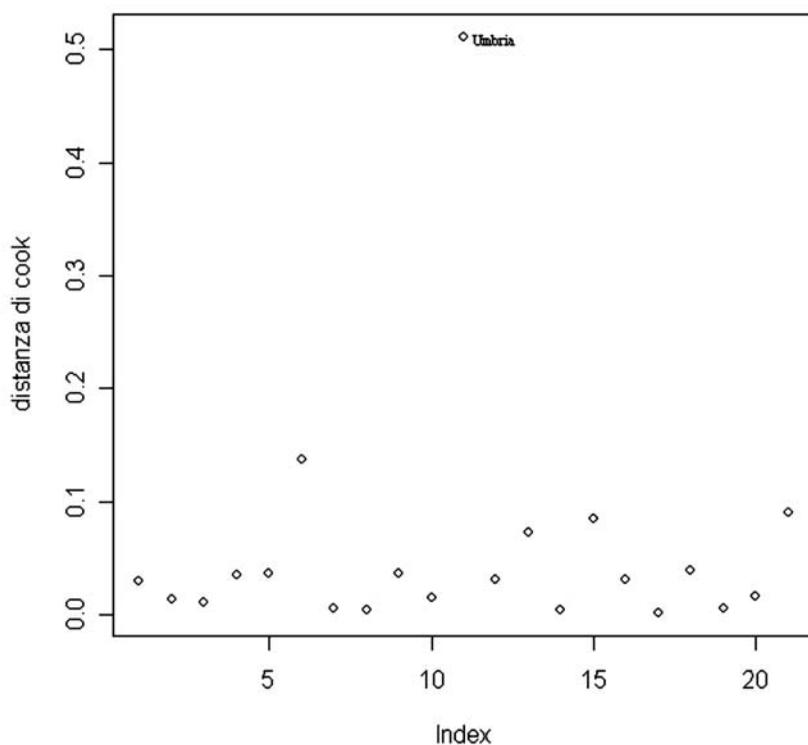


Tabella 11 - PERCENTUALE SOGGETTI DISABILI. STIME PARAMETRI SENZA LA REGIONE UMBRIA. ANNO 2005

	Stima	errore standard	p-value
Costante	2,064	1,282	0,127
Percentuale anziani oltre i 65 anni	0,172	0,061	0,013**
Centro	0,372	0,411	0,38
Sud	0,34	0,353	0,35

R-quadrato = 0,3937; Statistica F = 3.464, 3 e 16 gdl; p-value: 0.04*

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

In realtà, i risultati ottenuti sono discordanti; se da una parte, osservando il valore inferiore dell'errore standard, otteniamo una stima più precisa, dall'altra, è altrettanto evidente come anche il valore dell'R-quadrato diminuisca e anche il p-value della stima generale del modello sia inferiore rispetto alla tabella precedente (p-value = 0,04). Pertanto, nelle analisi successive decidiamo di mantenere l'Umbria all'interno del campione in analisi. Quello che proviamo ad osservare, invece, è se sia possibile eliminare dal modello i parametri riguardanti lo scostamento esercitato dal risiedere nell'area centrale e meridionale del paese rispetto a quella settentrionale. Utilizzando la statistica F, confrontiamo i due modelli (quello precedente con tre parametri rispetto a quello nuovo solamente con un singolo parametro, la percentuale di soggetti anziani) per valutare la possibilità di eliminare congiuntamente i due parametri collegati all'area territoriale. Il risultato dimostra come ciò sia possibile (il risultato completo è riportato nell'appendice); infatti, il p-value del test per questa ipotesi congiunta risulta non significativo (p-value = 0.5267), ad indicare che le "informazioni" ottenibili dal modello più semplice non sono significativamente diverse rispetto a quelle deducibili dal modello più complicato (quello con più parametri). Osservando la tabella sottostante è possibile osservare la stima dell'impatto esercitato dal parametro "diffusione della popolazione anziana" sulla "percentuale di soggetti disabili" presente all'interno delle regioni.

Tabella 12 - PERCENTUALE SOGGETTI DISABILI. STIME PARAMETRI. ANNO 2005

	Stima	errore standard	p-value
Costante	1,423	1,41	0,325
Percentuale anziani oltre i 65 anni	0,221	0,069	0,005**

R-quadrato = 0,3467; Statistica F = 10.08, 1 e 19 gdl; p-value: 0,005**

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

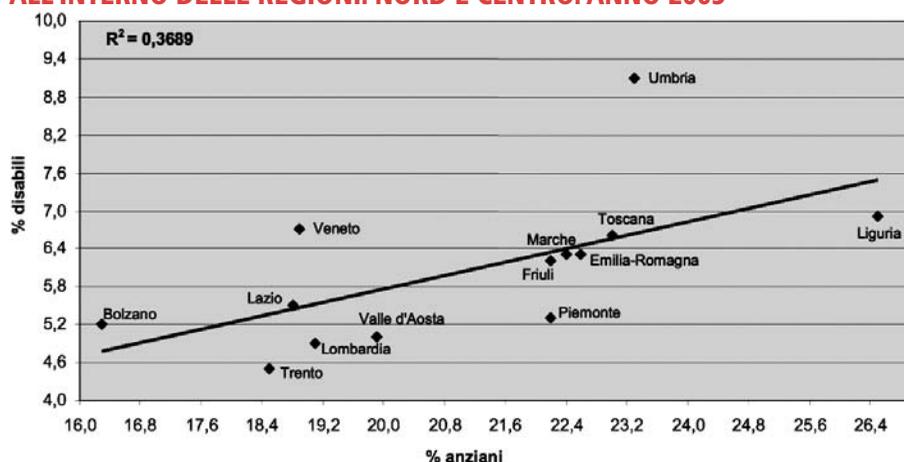
Quello che si può concludere, ora con sicurezza, è che una relazione tra la presenza di anziani e di disabili, nella stessa regione, esiste ed è significativa. **Dalla stima ottenuta si può concludere come al crescere di una unità percentuale di soggetti anziani aumenti parallelamente il numero di soggetti non autosufficienti dello 0,22%. Questo significa che per ogni aumento del 10% di anziani si assiste ad un accrescimento dei soggetti disabili del 2,2%.**

In questo modo abbiamo dimostrato in maniera molto approfondita l'assunto di base dal quale parte tutta la nostra analisi e che dovrà orientare le riforme all'interno dell'ambito socio-sanitario nei prossimi anni: l'esistenza di una relazione significativa, per quanto di intensità non elevata, tra la presenza di anziani e di soggetti disabili.

La relazione appena descritta può essere ulteriormente osservata nelle due figure sottostanti, la prima riferibile al Nord e Centro Italia, mentre la seconda al Sud. Come si può osservare dal grafico successivo, all'interno della relazione presente, alcune regioni assumono valori che si scartano dal valore teori-

co medio osservabile. La Provincia Autonoma di Bolzano mostra una percentuale di disabili nettamente inferiore al valore medio stimato nel resto delle regioni considerando la propria presenza di anziani; viceversa, l'Umbria si caratterizza per una presenza di soggetti non autosufficienti nettamente superiore a quanto in linea teorica (se rispettasse il medesimo andamento delle altre regioni) ci si dovrebbe attendere, in base alla quota di soggetti anziani nella regione.

Grafico 6 - RELAZIONE TRA IL NUMERO DI ANZIANI E DI DISABILI ALL'INTERNO DELLE REGIONI. NORD E CENTRO. ANNO 2005



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

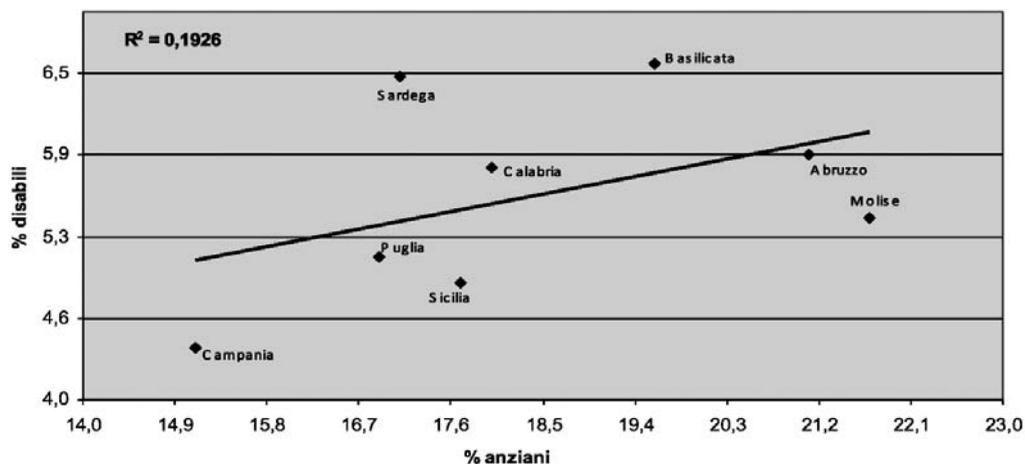
Dalla tabella sottostante è possibile osservare i valori delle singole regioni. La Lombardia presenta nel 2005 una percentuale di anziani corrispondente al 19,1% della popolazione e una percentuale di soggetti disabili pari al 4,9%. Passando invece ad analizzare la medesima relazione nell'area meridionale del paese è interessante notare come pur presentando ancora una relazione significativa questa diminuisce di intensità, sottolineando quindi l'azione esercitata da altri fattori. Infatti l'R-quadrato passa da un valore pari a 0,368, per quanto concerne l'area del Centro-Nord, ad un valore pari a 0,192 all'interno della regione meridionale.

Tabella 13 - PERCENTUALE DI SOGGETTI ANZIANI E DI DISABILI. NORD E CENTRO

	% oltre i 65 anni	% disabili
Bolzano	16,3	5,2
Emilia-Romagna	22,6	6,3
Friuli	22,2	6,2
Lazio	18,8	5,5
Liguria	26,5	6,9
Lombardia	19,1	4,9
Marche	22,4	6,3
Piemonte	22,2	5,3
Toscana	23	6,6
Trento	18,5	4,5
Umbria	23,3	9,1
Valle d'Aosta	19,9	5
Veneto	18,9	6,7

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

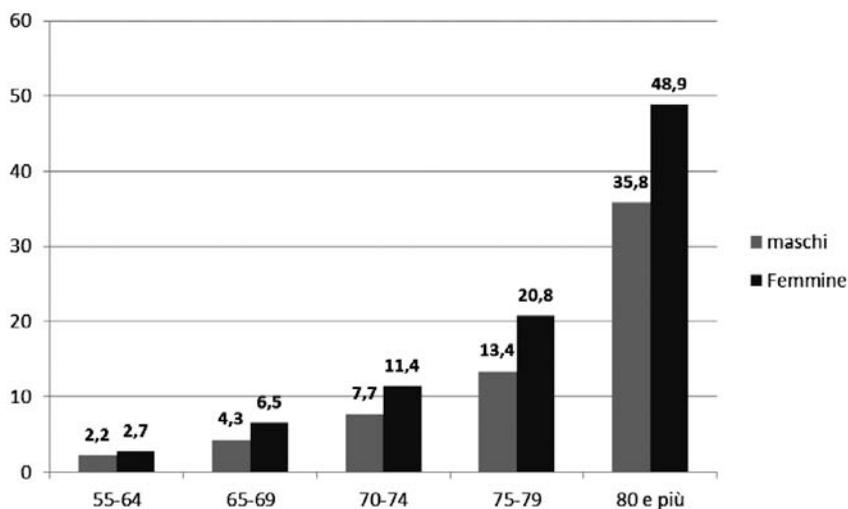
Grafico 7 - RELAZIONE ESISTENTE TRA LA POPOLAZIONE ANZIANA E LA PERCENTUALE DI DISABILI. SUD. ANNO 2005



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

In ogni caso, trova conferma l'idea di partenza circa l'esistenza di una relazione tra l'età anziana e il generale invecchiamento della popolazione e la presenza di soggetti non autosufficienti. Di seguito possiamo osservare, a supporto di quanto esposto in precedenza, la relazione esistente tra l'età dei soggetti e la condizione di disabilità. Come si evince dalla figura sottostante, il rischio di incorrere nella condizione di non autosufficienza si accresce nettamente con il passare degli anni; infatti, se tra coloro che hanno tra i 65 e i 69 anni la percentuale di disabili si assesta a circa il 4,3% dei maschi e il 6,5% delle donne, nel passare alle classi d'età successive la presenza di condizioni di disabilità aumenta drasticamente fino a raggiungere un valore pari al 35,8% tra gli uomini e al 48,9% tra le donne oltre gli 80 anni. I dati oltre ad un effetto di età, mostrano una relazione significativa anche riguardo al genere; infatti, lo scarto tra la percentuale femminile e maschile di soggetti disabili passa dal 23% nella classe d'età tra i 55 e i 64 anni, per salire fino al 55% tra coloro che hanno tra i 75 e i 79 anni. La differenza percentuale si riduce al 37% tra coloro con più di 80 anni.

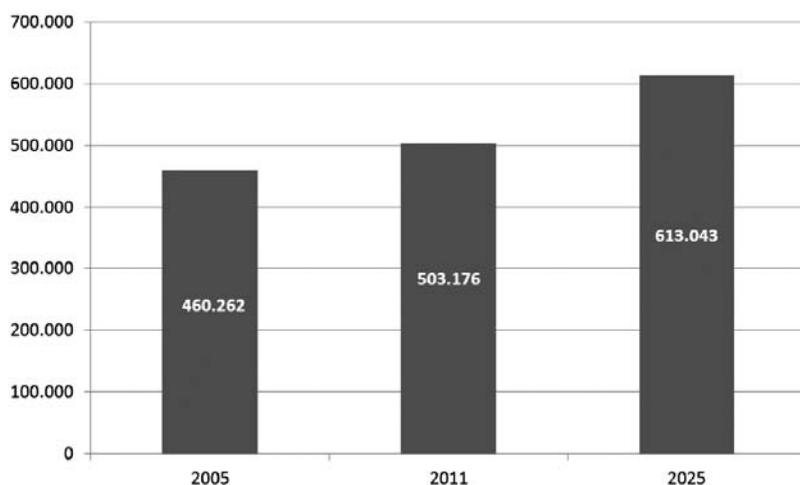
Grafico 8 - PERCENTUALE DI SOGGETTI DISABILI IN ITALIA PER CLASSE D'ETÀ (PER 100 PERSONE CON LE STESS CARATTERISTICHE. (ANNO 2005)



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

In base all'assunto dimostrato precedentemente, secondo il quale al crescere di una unità percentuale di soggetti anziani aumenti parallelamente il numero di soggetti disabili dello 0,22%, abbiamo stimato, in funzione dei dati disponibili per il 2011 relativamente alla popolazione residente, e le proiezioni Istat per il 2025, il numero di soggetti disabili appunto al 2011 ed al 2025. Il grafico riportato, per la cui costruzione non si è tenuta in considerazione l'ulteriore relazione esistente, ma non verificata a livello regionale, tra l'invecchiamento per singola classe di età e l'aumento dei soggetti disabili, tende con buona probabilità a sottostimare le disabilità nei periodi indicati. Nonostante ciò l'aumento legato all'invecchiamento della popolazione comporta una crescita di soggetti non autosufficienti pari a circa 43 mila unità tra il 2005 ed il 2011. Per il 2025, inoltre, si può stimare una presenza nella regione di oltre 613mila disabili, circa il 33% in più rispetto al 2005.

Grafico 9 - SOGGETTI DISABILI IN LOMBARDIA. STIME AL 2011 ED AL 2025



Fonte: elaborazioni Ires Lucia Morosini.

Successivamente, avanziamo una comparazione tra le regioni già indicate in precedenza e la Lombardia, per quel che riguarda l'evoluzione 2003-2011 dei principali indicatori demografici. Al fine di ottenere una panoramica della struttura demografica dell'area in analisi, si esamineranno brevemente analoghi indicatori riferiti alle singole province.

Il primo indicatore utilizzato è l'indice di vecchiaia; come si può notare nella tabella sottostante, in Lombardia tale indice, nel 2011, risulta pari a 141,1 (anziani ogni 100 ragazzi 0-14 anni), in crescita dell'1,7% nel periodo 2003-2011. Rispetto alle regioni utilizzate come parametro di confronto tale indice risulta tra i più contenuti assieme al dato del Veneto, e ben al di sotto della media Nord-Ovest (158,5) e del valore nazionale (144,5).

Attualmente Pavia e Cremona sono le province che mostrano la situazione più difficile con un rapporto pari rispettivamente al 177% e 160% mentre se si osserva il trend nel periodo è la provincia di Sondrio (+17,4%) a mostrare la crescita più consistente dell'indice di vecchiaia.

Inoltre, dalla lettura del tasso di natalità, il tasso di ricambio (cioè il rapporto tra i soggetti di età compresa tra i 55 e i 64 anni rispetto a quelli di età compresa tra i 15 e i 24) e l'indice di dipendenza strutturale (cioè il rapporto tra la somma dei soggetti oltre i 65 anni e i minori di 15 anni rispetto a quelli d'età è possibile trovare conferma del generale processo di invecchiamento della popolazione lombarda, sebbene, fino ad ora, con caratteristiche meno marcate rispetto agli altri territori.

La Lombardia presenta in assoluto il tasso di natalità più cospicuo, pari nel 2011 a 9,9 nascite ogni 1.000 residenti, indice in particolare elevato nelle province di Bergamo (10,7) e Brescia (10,8).

Rispetto al tasso di ricambio si ricorda che valori superiori a 100 indicano come il numero di soggetti che stanno per abbandonare il mondo lavorativo e si avviano verso l'età senile sia superiore rispetto ai giovani pronti ad entrare nel mondo del lavoro.

Considerando i valori del 2011 viene confermata la condizione di vantaggio della regione Lombardia (138,7%) rispetto al dato medio del Nord-Ovest (145,3%) nonostante il trend in aumento nel 2003-2011 risulti invece maggiormente marcato nella regione (+3,9%). L'analisi provinciale non appare fortemente caratterizzata rispetto a questo indicatore, con Pavia (155%) e Bergamo (124%) che mostrano rispettivamente il valore più elevato ed il più contenuto.

Per quanto concerne l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, è interessante sottolineare il peggioramento più marcato avvenuto (+3,2%) avvenuto nella regione Lombardia rispetto alle altre aree territoriali. Ciononostante, ad oggi, l'indice presenta connotati più contenuti (30,5%) rispetto al Nord Ovest (33,2%) ed al dato nazionale (30,9%).

Tabella 14 - I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI. ANNO 2011 E VAR. 2003/2011

	Indice di dipendenza strutturale degli anziani							
	Indice di Vecchiaia		Tasso di Ricambio		Tasso di Natalità			
	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11
ITALIA	144,5	10,7	30,9	2,4	124,4	12,9	9,3	-0,1
Emilia-Romagna	167,2	-22,3	34,6	0,1	150,7	-3,4	9,4	0,6
Liguria	232,0	-9,6	43,2	2,0	167,5	-17,1	7,4	0,1
Lombardia	141,1	1,7	30,5	3,2	138,7	3,9	9,9	0,4
Piemonte	177,7	0,3	35,6	2,9	153,0	4,8	8,6	0,2
Veneto	139,8	4,1	30,2	2,9	134,3	6,6	9,5	0,0
Nord-Ovest	158,5	-0,2	33,2	3,0	145,3	2,4	9,3	0,3

Tabella 15 - I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI, DATI PROVINCIALI. ANNO 2011 E VAR. 2003/2011.

	Indice di dipendenza strutturale degli anziani							
	Indice di Vecchiaia		Tasso di Ricambio		Tasso di Natalità			
	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11	2011	Var. 03/11
LOMBARDIA	141,1	1,7	30,5	3,2	138,7	3,9	9,9	0,4
Bergamo	114,2	5,4	26,6	3,2	124,1	11,1	10,7	0,2
Brescia	120,9	1,9	28,0	3,2	126,5	7,0	10,8	0,4
Como	138,9	7,1	29,8	3,1	138,5	13,0	9,6	0,4
Cremona	160,3	-5,2	32,8	1,9	144,4	8,2	9,2	0,8
Lecco	137,4	11,1	30,3	4,1	135,8	11,7	10,0	0,6
Lodi	131,5	-5,9	28,2	1,6	133,6	3,9	9,9	1,1
Mantova	154,7	-20,9	32,7	0,4	145,0	7,6	10,0	1,4
Milano	152,8	6,9	32,2	4,6	146,5	-2,6	9,6	0,0
Monza e Brianza	133,2	-	29,2	-	138,5	-	10,0	-
Pavia	176,9	-22,1	34,4	-0,2	154,9	2,4	8,5	0,8
Sondrio	144,6	17,4	30,6	3,8	131,9	21,8	9,0	-0,4
Varese	147,7	8,8	31,4	4,0	140,1	8,4	9,5	0,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

Per quel che riguarda il fenomeno dell'invecchiamento e la presenza di anziani, abbiamo verificato come nel 2011 la Lombardia presenti una situazione più equilibrata rispetto alle altre aree geografiche; relativamente al trend 2003/2011, a partire ancora una volta dallo scenario centrale in merito alle proiezioni demografiche dell'Istat, abbiamo stimato al 2025 alcuni degli indicatori demografici già proposti.

Nei seguenti 14 anni, quindi, l'indice di vecchiaia, pari nel 2011 a 141,1 è destinato a salire al 169,9, diminuendo l'attuale distanza dal valore medio dell'area Nord-Ovest, e nello specifico, nel 2025 in Lombardia ci saranno circa 2 donne anziane per ogni ragazza con meno di 14 anni.

Di fatto l'incidenza percentuale della popolazione anziana (23,2% nel 2025 in Lombardia) andrà a convergere verso il valore medio della zona del Nord-Ovest Italia (24,5%).

L'indice di dipendenza strutturale degli anziani è destinato a salire dal 30,5 del 2011 al 36,7%, sebbene il valore rimanga circa alla stessa distanza rispetto al dato medio dell'area geografica di appartenenza. Cresce fin sopra il 150% anche il tasso di ricambio nella regione.

Tabella 16 - I PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI PER LA REGIONE LOMBARDIA E L'AREA NORD OVEST. PREVISIONE AL 2025.

	Lombardia			Nord-Ovest		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Incidenza % Popolazione Anziana	20,6	25,6	23,2	21,9	26,9	24,5
Indice di Vecchiaia	144,0	197,3	169,9	158,4	218,2	187,4
Dipendenza Strutturale della popolazione anziana	31,7	41,7	36,7	34,0	44,4	39,2
Tasso di Ricambio	147,8	155,4	151,5	151,8	162,8	157,2

Fonte: elaborazioni su dati Istat – scenario centrale.

LE RSA IN LOMBARDIA. L'INDAGINE DELLO SPI CGIL - APRILE 2012

L'analisi seguente prenderà in considerazione l'esame dei dati relativi alla rilevazione, condotta dallo Spi Cgil Lombardia, sulle strutture residenziali e di ricovero per anziani in Lombardia⁷.

Il campione esaminato è quindi costituito dalle 190 le strutture che hanno fornito risposta al questionario proposto dalla Cgil.

La distribuzione del campione, in funzione della provincia di localizzazione della struttura, evidenzia una sostanziale uniformità dello stesso relativamente alla maggior parte delle unità territoriali; eccezioni si presentano per quel che riguarda i territori Bergamo, Lodi e Milano. Il numero più elevato di residenze per anziani che compongono il campione riguarda i territori di Como (29 casi pari al 15,3% del totale) e di Cremona (24; 12,6%).

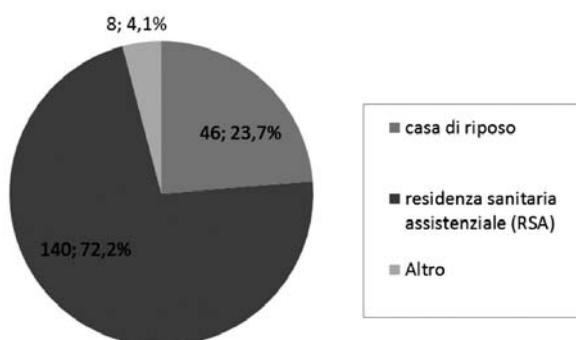
Di seguito viene proposta una tabella riassuntiva relativamente alle tipologie di struttura coinvolte nell'indagine; in base alle indicazioni fornite dai referenti bisogna sottolineare, per completezza, come fosse possibile associare ad una stessa struttura una o più descrizioni in merito.

Sono infatti 3 i casi in cui i responsabili addetti alla compilazione del questionario descrivono la struttura sia come "casa di riposo", sia come "casa albergo", mentre in altri 3 casi vengono contemporaneamente indicate "casa di riposo" ed Rsa. In due occasioni, inoltre, non viene fornita risposta al quesito: nel dettaglio la residenza per Anziani F. Scaccabarozzi e la Rsa Mede non indicano la tipologia di struttura. Vagliando la totalità dei casi validi (182 strutture forniscono singola risposta, 6 una duplice risposta e 2 non forniscono indicazioni) comunque, il 72%, pari a 140 casi, risultano Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), circa il 24% (46 casi) si caratterizzano come "casa di riposo"; completano il quadro 8 casi tra "Case albergo" (5) e Residenze sociali assistite (3) riportate in tabella nella dicitura "altro". Circa il 44,7% degli intervistati che ha fornito risposta in merito al ruolo svolto all'interno della struttura (sono 40 i casi mancanti), ricopre la carica di direttore (generale o amministrativo) mentre il 12% si è dichiarato più genericamente "responsabile". Sono 12 i questionari compilati dagli infermieri, pari all'8% del totale delle risposte valide mentre il 6% delle schede è stato riempito dai presidenti delle strutture. Hanno poi risposto i segretari, generali o amministrativi, pari al 6%, gli assistenti socio-assistenziali (5,3%), gli Impiegati (4%), oltre ad altre figure quali i coordinatori e i legali rappresentanti.

Tabella 17 - DISTRIBUZIONE PER PROVINCIA

	Casi	% di colonna
Bergamo	4	2,1%
Brescia	22	11,6%
Monza-Brianza	22	11,6%
Como	29	15,3%
Cremona	24	12,6%
Lecco	13	6,8%
Lodi	5	2,6%
Mantova	12	6,3%
Pavia	16	8,4%
Sondrio	18	9,5%
Valle Camonica	6	3,2%
Varese	19	10,0%
Totale	190	100,0%
Casi Mancanti	0	

Grafico 10 - TIPOLOGIA DI STRUTTURA
(alcuni questionari indicano più di una tipologia di struttura)



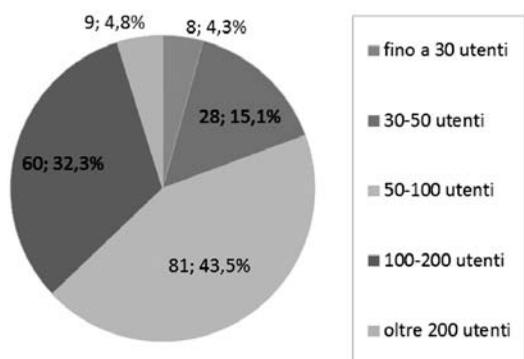
Risposte multiple 6
Casi Mancanti 2

La distribuzione per tipologia di struttura e provincia chiarisce come in effetti la maggior parte delle “case di riposo” si localizzi nella provincia di Sondrio (14 casi) ed in quella di Varese (10). Circa il 43,5% dei referenti delle strutture (81 casi) dichiara un’utenza che va dai 50 ad i 100 fruitori, mentre risultano 60 le case di riposo e le rsa che raggiungono fino ai 200 pazienti. Le 9 strutture con oltre 200 utenti appartengono per lo più alla provincia di Cremona (5 casi); di medio-grandi dimensioni comunque anche le altre strutture presenti nella provincia. Elevata la concentrazione di case di riposo ed rsa con utenza dai 50 ai 200 assistiti anche nelle province di Como (23 casi) e Monza-Brianza (22).

Tabella 18 - DISTRIBUZIONE PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA E PROVINCIA
(alcune schede riportano più di una tipologia di struttura)

	casa di riposo	residenza sanitaria assistenziale (RSA)	Altro
Bergamo	0	4	0
Brescia	7	15	1
Monza-Brianza	0	19	2
Como	3	24	2
Cremona	0	24	0
Lecco	4	10	0
Lodi	0	5	0
Mantova	2	11	0
Pavia	6	9	1
Sondrio	14	4	0
Valle Camonica	0	6	0
Varese	10	9	2
Totale	46	140	8

Grafico 11 - TOTALE STRUTTURE PER NUMERO DI UTENTI COMPLESSIVI



Casi Mancanti

4

Nel complesso, secondo le informazioni riportate nei questionari, le strutture assistono poco più di 17.000 anziani, per un totale di 6.067 camere disponibili; volendo esaminare il numero di utenti medi per camera, questo corrisponderebbe a circa 2,8. Di fatto comunque questo indice risulta più contenuto qualora si escludano dal conteggio le strutture delle province di Monza-Brianza e di Sondrio, le quali riportano nella scheda di rilevazione un totale nullo per quel che riguarda le camere a disposizione. Nel dettaglio, infatti, il numero di utenti per camere disponibili oscilla tra l'1,8 della provincia di Bergamo e il 2,6 registrato nel territorio di Cremona.

Tabella 19 - NUMERO TOTALE STRUTTURE PER NUMERO DI UTENTI E PROVINCIA

Provincia	Numero totale Utenti				
	fino a 30	30-50	50-100	100-200	oltre 200
Bergamo	0	0	3	1	0
Brescia	2	5	7	7	0
Monza-Brianza	0	0	13	9	0
Como	1	4	12	11	1
Cremona	0	5	4	10	5
Lecco	2	1	7	2	1
Lodi	0	1	2	1	1
Mantova	0	3	7	1	0
Pavia	1	2	9	4	0
Sondrio	0	4	7	6	0
Valle Camonica	1	1	4	0	0
Varese	1	2	6	8	1
Totale	8	28	81	60	9

Tabella 20 - NUMERO UTENTI E CAMERE PER PROVINCIA DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA

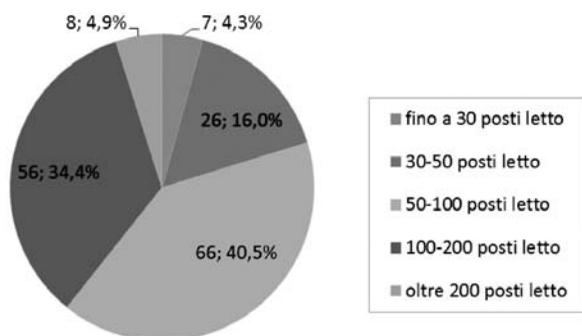
Provincia	Utenti	Camere	Utenti per camera
Bergamo	350	195	1,8
Brescia	1.514	741	2,0
Monza-Brianza	2.259	0	-
Como	2.513	1.100	2,3
Cremona	3.244	1.267	2,6
Lecco	1.066	545	2,0
Lodi	613	262	2,3
Mantova	749	303	2,5
Pavia	1.205	565	2,1
Sondrio	1.354	0	-
Valle Camonica	320	135	2,4
Varese	1.871	954	2,0
Totale	17.058	6.067	2,8

Tabella 21 - NUMERO TOTALE STRUTTURE PER NUMERO DI UTENTI E TIPOLOGIA

Utenti	casa di riposo	residenza sanitaria assistenziale (RSA)	altro
fino a 30	2	6	1
30-50	9	19	1
50-100	15	62	4
100-200	18	41	2
oltre 200	0	9	0
Totale	44	137	8

Il numero di posti letto disponibili risulta un dato non sempre riportato, per ciascuna struttura, nelle schede di rilevazione; sono ben 27 su 190 infatti i casi in cui questo dato risulta assente. In generale, comunque, siamo di fronte ad una disponibilità media di posti letto che nel 40,5% dei casi (66) oscilla tra i 50 ed i 100, mentre un ulteriore 34,4% delle strutture (56 casi) riporta dai 100 ad i 200 posto letto disponibili. Il campione, quindi, risulta composto per lo più da Rsa e Case di riposo di medio-grandi dimensioni. Analizzando separatamente i dati relativi agli utenti delle strutture, restringendo il campo solamente a quelle che hanno dichiarato in maniera corretta il numero dei posti letto disponibili, appare evidente come, di fatto, il numero di utenti collimi con l'effettivo numero di posti letto a disposizione. In media, infatti, vengono rilevati 1,01 posti letto per utente dichiarato, indice che al più si dimostra pari ad 1,04 nella provincia di Como, e che mai scende al di sotto dell'unità.

Grafico 12 - POSTI LETTO DISPONIBILI PER STRUTTURA



casi mancanti: 27

Tabella 22 - NUMERO UTENTI (*) E POSTI LETTO PER PROVINCIA DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA

Provincia	Utenti	Posti Letto	Posti Letto per Utente
Bergamo	170	170	1,00
Brescia	1.269	1.271	1,00
Monza-Brianza	2.084	2.084	1,00
Como	2.077	2.152	1,04
Cremona	2.769	2.830	1,02
Lecco	969	973	1,00
Lodi	528	539	1,02
Mantova	684	690	1,01
Pavia	954	955	1,00
Sondrio	1.115	1.115	1,00
Valle Camonica	310	311	1,00
Varese	1.706	1.714	1,00
Totale	14.635	14.804	1,01

Casi mancanti: 35

(*) Dato relativo alle sole strutture che hanno dichiarato correttamente il numero dei posti letto.

Di seguito, vengono riportati i principali risultati del questionario, relativamente alle caratteristiche e ai servizi erogati da case di riposo e rsa. La quasi totalità delle strutture risulta dotata di una carta dei servizi (98,9%); per quel che concerne i contenuti di queste carte dei servizi, nel 96,8% dei casi vengono pubblicizzate le tariffe applicate all'utenza, vengono individuati gli standard nel 78,5% e vengono riportate informazioni idonee a "misurare" i risultati ottenuti (83,3%). Modalità di intervento (58,1%) ed organismi rappresentativi (34,4%) risultano invece i temi meno frequenti.

Grafico 13 - PRESENZA CARTA SERVIZI

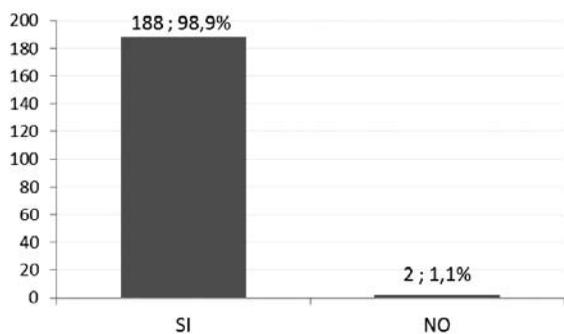


Tabella 23 - QUALORA PRESENTE, LA CARTA DEI SERVIZI

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
pubblicizza le tariffe	180	27,6%	96,8%
come intende operare	108	16,5%	58,1%
individua gli standard	146	22,4%	78,5%
misura risultati	155	23,7%	83,3%
organismi rappresentativi	64	9,8%	34,4%
Casi Mancanti	4		

Tabella 24 - PRESENZA CARTA SERVIZI, PER PROVINCIA DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA

Provincia	Carta servizi	
	SI	NO
Bergamo	4	0
Brescia	22	0
Monza-Brianza	22	0
Como	29	0
Cremona	23	1
Lecco	13	0
Lodi	5	0
Mantova	12	0
Pavia	16	0
Sondrio	18	0
Valle Camonica	5	1
Varese	19	0
Totale	188	2

casi mancanti: 0

Scendono invece a 160 su 190, i casi in cui è presente un regolamento interno; l'assenza del regolamento va messa in relazione con il diminuire delle dimensioni delle strutture; negli organismi con meno di 50 utenti, infatti, la l'assenza di un regolamento interno interessa oltre 1 struttura ogni 3. Qualora presente, comunque, tale regolamento riporta principalmente le "regole di vita" all'interno delle strutture (94%) e le modalità di ammissione alle stesse (92,8%). Le elevate percentuali, relativamente alla maggior parte delle voci presenti nelle risposte, fanno percepire di fatto analogie tra i diversi regolamenti. Fa eccezione principalmente la presenza di regolamentazione relativamente ai rapporti con le unità locali (presente solamente nel 43,4% dei casi) e ad alcuni servizi aggiuntivi (33,7%).

Grafico 14 - È STATO PREDISPOSTO ED È ATTUALMENTE UTILIZZATO UN REGOLAMENTO INTERNO

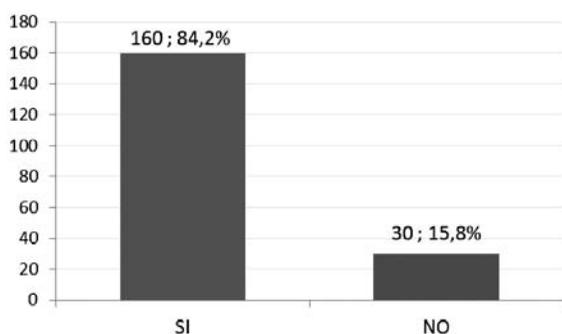


Tabella 25 - UTILIZZO DI UN REGOLAMENTO INTERNO, PER NUMERO DI UTENTI COMPLESSIVI DELLA STRUTTURA

Utenti	Regolamento Interno	
	SI	NO
fino a 30	5	3
30-50	21	7
50-100	71	10
100-200	52	8
oltre 200	8	1
Totale	157	29

casi mancanti: 2

Tabella 26 - UTILIZZO DI UN REGOLAMENTO INTERNO, PER PROVINCIA DI APPARTENENZA DELLA STRUTTURA

Provincia	Regolamento Interno	
	SI	NO
Bergamo	3	1
Brescia	21	1
Monza-Brianza	21	1
Como	26	3
Cremona	19	5
Lecco	8	5
Lodi	5	0
Mantova	9	3
Pavia	14	2
Sondrio	13	5
Valle Camonica	5	1
Varese	16	3
Totale	160	30

Tabella 27 - QUALORA PRESENTE, IL REGOLAMENTO INTERNO CONTIENE:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
finalità	138	9,5%	83,1%
regole vita	156	10,7%	94,0%
modalità ammissione	154	10,6%	92,8%
ammontare retta	139	9,6%	83,7%
conservazione del posto	126	8,7%	75,9%
orari pasti	134	9,2%	80,7%
prestazione servizi	139	9,6%	83,7%
attività ricreative	111	7,6%	66,9%
rapporti comunità locali	72	5,0%	43,4%
spostamento ospite	108	7,4%	65,1%
servizi aggiuntivi	56	3,9%	33,7%
modalità accesso	120	8,3%	72,3%
Casi Mancanti	24		

Grafico 15 - ESISTE UNA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AGLI OSPITI NEL RISPETTO, DOCUMENTAZIONE 196

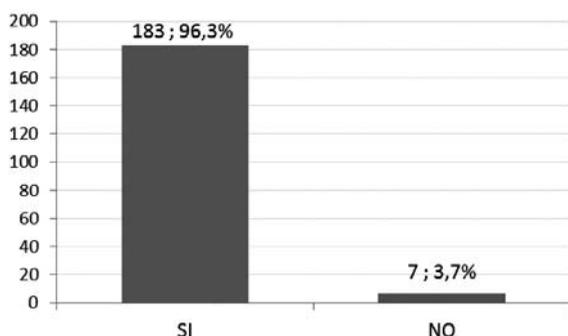


Tabella 28 - QUALORA PRESENTE, TALE DOCUMENTAZIONE CONTIENE:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
registro presenze	159	19,4%	88,8%
cartella presenze	174	21,2%	97,2%
quaderno presenze	170	20,8%	95,0%
tabella dietetica	140	17,1%	78,2%
piano assistenziale individuale	176	21,5%	98,3%
Casi Mancanti	11		

L'accesso alle strutture, in oltre il 90% dei casi, avviene mediante domanda personale dell'anziano o tramite una richiesta fatta dai suoi familiari. Il dato relativo alle liste di attesa, inoltre, risulta presente nel 38,3% dei casi mentre solamente l'11,2% degli enti indica i tempi di attesa. In maniera analoga alle richieste di accesso, le dimissioni operate da parte della struttura risultano nel 98,9% dei casi dovute ad una domanda dei familiari, e nell'81,7% a seguito di una richiesta del paziente stesso. Risultano circa il 30,6% le strutture che, invece, a seguito di un cambiamento dello stato di salute dell'ospite, ne prevedono le dimissioni.

Tabella 29 - GLI OSPITI HANNO ACCESSO AL SERVIZIO MEDIANTE

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
domanda personale	173	26,4%	92,0%
richiesta familiari	172	26,2%	91,5%
indicazione comune	146	22,3%	77,7%
indicazione altri enti	72	11,0%	38,3%
esistono liste di attesa	72	11,0%	38,3%
indicano i tempi attesa	21 ⁱⁱ	3,2%	11,2%
Casi Mancanti	2		

Tabella 30 - LE DIMISSIONI DELL'OSPITE DALLA STRUTTURA SONO EFFETTUATE MEDIANTE:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
dimissioni domanda personale	152	38,7%	81,7%
dimissioni domanda familiari	184	46,8%	98,9%
dimissioni cambiamento salute	57	14,5%	30,6%
Casi Mancanti	4		

Elevata la percentuale di strutture che prevede anche prestazioni di tipo alberghiero (98,9%) e la cura personale (98,4%) oltre ad interventi culturali e servizi socio assistenziali, che vengono garantiti nel 95% dei casi. Considerevole anche la frequenza con cui compare l'assistenza religiosa, garantita nell'87,6% degli enti, così come il coinvolgimento delle famiglie degli ospiti, che appare una prerogativa nell'organizzazione della vita comunitaria nel 93,4% delle strutture che hanno fornito una risposta.

Tabella 31 - AGLI OSPITI SONO GARANTITI I SEGUENTI SERVIZI:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
prestazioni di tipo alberghiero	184	16,9%	98,9%
servizi socio assistenz	178	16,4%	95,7%
interventi culturali	179	16,5%	96,2%
utilizzo servizi territorio	104	9,6%	55,9%
cura personale	183	16,8%	98,4%
a carico ospite	97	8,9%	52,2%
assistenza religiosa	163	15,0%	87,6%
Casi Mancanti	4		

Tabella 32 - L'ORGANIZZAZIONE DELLA VITA COMUNITARIA PREVEDE:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
coinvolgimento famiglie	170	39,8%	93,4%
rientri in famiglia	74	17,3%	40,7%
integrazione funzionale	82	19,2%	45,1%
organismo rappresentanza eletto	40	9,4%	22,0%
organismo designato	9	2,1%	4,9%
presenza associazioni	52	12,2%	28,6%
Casi Mancanti	8		

Medici generici (95,6%) e infermieri professionisti (92,8%) risultano le figure principalmente presenti e designate ad assicurare le prestazioni sanitarie necessarie agli ospiti. Molto più bassa, invece, la percentuale di prestazioni assicurate da medici specialistici, che scende al 29,4%, e la possibilità di effettuare sedute di riabilitazione in sede (27,7%). Nel complesso delle strutture, solamente il 2,2% garantisce il servizio integrato per quel che riguarda le prestazioni sanitarie.

Tabella 33 - LE PRESTAZIONI SANITARIE SONO ASSICURATE:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
medico generale	172	32,6%	95,6%
medici specialistici	53	10,1%	29,4%
infermieri prof asl	167	31,7%	92,8%
terapisti riabilitazione asl	48	9,1%	26,7%
serv integrato	4	0,8%	2,2%
personale dipendente	83	15,7%	46,1%
Casi Mancanti	10		

Tabella 34 - LA STRUTTURA È IN GRADO DI GARANTIRE LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
attraverso contatti medico	85	11,4%	46,2%
supporto ospiti dieta	153	20,5%	83,2%
emergenza trasporto ospedale	161	21,5%	87,5%
avvisare parenti	178	23,8%	96,7%
gli interventi sono registrati	171	22,9%	92,9%
Casi Mancanti	6		

A partire dalle tipologie di strutture coinvolte nell'indagine, quasi tutte cioè di medio-grandi dimensioni, risulta ovvio che le stesse siano per oltre il 96% dei casi in possesso di tutti i principali requisiti previsti dalle normative, da quelle igienico sanitarie (97,9%) all'abbattimento delle barriere architettoniche (95,2%).

Tabella 35 - LA STRUTTURA È IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PREVISTI DALLE NORMATIVE

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
Edilizia	180	14,2%	96,3%
igienico sanitaria	183	14,4%	97,9%
prevenzioni incendi	180	14,2%	96,3%
smaltimento rifiuti	181	14,3%	96,8%
sicurezza impianti	184	14,5%	98,4%
barriere architettoniche	178	14,0%	95,2%
prevenzione 626	181	14,3%	96,8%
Casi Mancanti	3		

Tabella 36 - LA STRUTTURA APPARTIENE ALLA SEGUENTE TIPOLOGIA

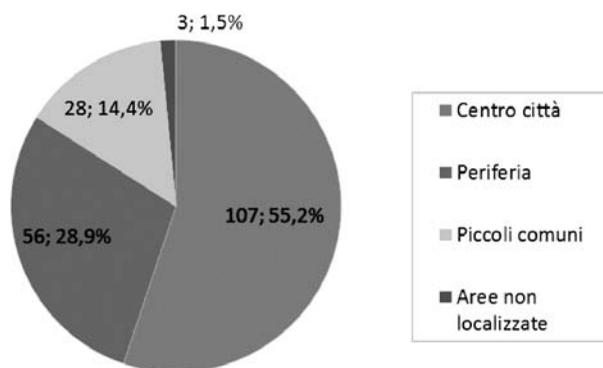
	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
Casa	51	68,9%	69,9%
Villa	17	23,0%	23,3%
Casale	1	1,4%	1,4%
Appartamento	0	0,0%	0,0%
Pluriappartamento	5	6,8%	6,8%
Casi Mancanti	117		

Nel complesso oltre il 57% delle strutture sono situate nei grandi centri cittadini (107 casi) mentre circa il 30% risulta localizzata nella periferia cittadina. Il resto delle strutture di accoglienza le possiamo rintracciare nelle zone lontane dai grandi centri urbani e nei piccoli comuni. Questa situazione ge-

nerale, comunque, denota marcate differenze a livello provinciale. Nella provincia di Monza-Brianza o nel territorio della Valle Camonica, ad esempio, circa il 60% delle strutture è localizzato nella periferia dei centri urbani più rilevanti, mentre in province come quella di Brescia o Bergamo, fino al 25/30% delle strutture è dislocata nei piccoli comuni. I territori con la maggior concentrazione di strutture residenziali per anziani nei centri urbani più importanti, risultano quelli di Lodi (sebbene interessi solamente 5 casi complessivi) congiuntamente a quello di Pavia, con l'80% delle residenze in città. Tale percentuale, comunque, permane al di sopra del 60% anche nelle province di Mantova (69,2%), Sondrio (65%), Cremona (62,5%) e Lecco (61,5%).

Sono per lo più le strutture più piccole e con meno posti disponibili quelle principalmente dislocate nelle aree urbane: le residenze con meno di 30 posti, infatti, sono per l'85,7% dei casi situate al centro città.

Grafico 16 - LA STRUTTURA È LOCALIZZATA IN:



Casi Mancanti 3

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
Centro città	107	55,2%	57,2%
Periferia	56	28,9%	29,9%
Piccoli comuni	28	14,4%	15,0%
Aree non localizzate	3	1,5%	1,6%
Casi Mancanti	3		

Tabella 37 - LOCALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA IN FUNZIONE DEL NUMERO DI UTENTI COMPLESSIVI DELLA STESSA. VALORI %

Utenti	Localizzazione della struttura			
	Centro città	Periferia cittadina	Piccoli comuni	Aree non localizzate
fino a 30	85,7%	0,0%	14,3%	0,0%
30-50	58,6%	24,1%	13,8%	3,4%
50-100	54,9%	28,0%	15,9%	1,2%
100-200	50,8%	34,9%	12,7%	1,6%
oltre 200	55,6%	33,3%	11,1%	0,0%
Totale	55,3%	28,9%	14,2%	1,6%

Tabella 38 - LOCALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA IN FUNZIONE DELLA PROVINCIA DI APPARTENENZA DELLA STESSA. VALORI %

Provincia	Localizzazione della struttura			
	Centro città	Periferia cittadina	Piccoli comuni	Aree non localizzate
Bergamo	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%
Brescia	54,5%	13,6%	31,8%	0,0%
Monza-Brianza	40,9%	59,1%	0,0%	0,0%
Como	55,2%	27,6%	17,2%	0,0%
Cremona	62,5%	25,0%	12,5%	0,0%
Lecco	61,5%	30,8%	7,7%	0,0%
Lodi	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%
Mantova	69,2%	15,4%	15,4%	0,0%
Pavia	80,0%	6,7%	13,3%	0,0%
Sondrio	65,0%	20,0%	10,0%	5,0%
Valle Camonica	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%
Varese	36,4%	40,9%	13,6%	9,1%
Totale	55,2%	28,9%	14,4%	1,5%

Casi Mancanti: 3

Ad esclusione di 8 casi, corrispondenti al 4,2% del totale degli organismi rilevati, le restanti strutture dichiara di disporre di aree verdi, per lo più definite “giardino” (82,2%) o “cortile” (57,3%). Si sottolinea che la risposta a queste domanda poteva prevedere più di una tipologia di area verde a disposizione degli ospiti. Ben 61 strutture, comunque, pari al 33% del totale rilevato, dispone di un vero e proprio “parco”, mentre l’orto viene indicato come area verde solamente nel 10,8% dei casi.

Grafico 17 - LA STRUTTURA DISPONE DI AREE VERDI:

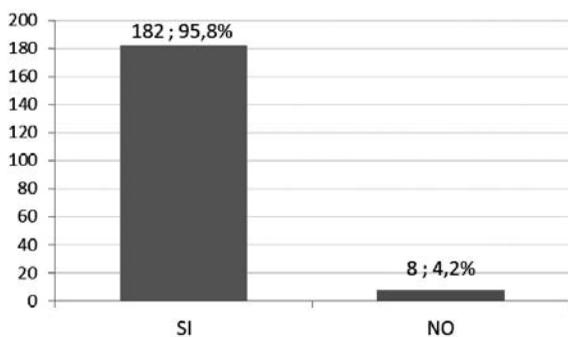
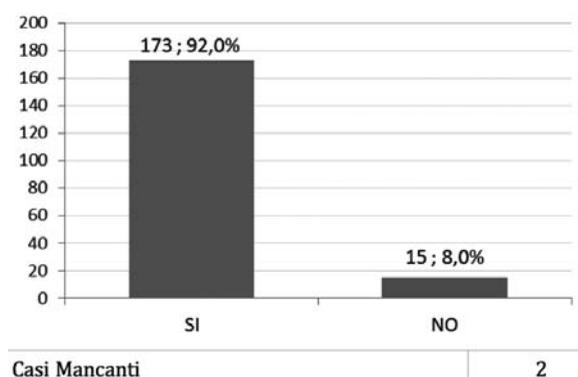


Tabella 39 - DI CHE TIPOLOGIA DI AREE VERDI DISPONE LA STRUTTURA:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
cortile	106	31,3%	57,3%
giardino	152	44,8%	82,2%
orto	20	5,9%	10,8%
parco	61	18,0%	33,0%
Casi Mancanti	5		

Grafico 18 - LA STRUTTURA È RAGGIUNGIBILE TRAMITE MEZZI PUBBLICI



L'accessibilità alle strutture tramite mezzi pubblici risulta scarsa nel 38% dei casi validi, in particolare in quelle poste fuori dai centri città, mentre rimane buona o molto buona, l'accessibilità in generale con mezzi propri praticamente nella totalità delle strutture rilevate.

Il 53,8% delle strutture che hanno fornito una risposta al quesito, risultano articolate su più di 2 livelli, mentre solamente l'11,3%, di contro, è composto dal solo piano terra. Le attrezzature necessarie al raggiungimento dei piani superiori risultano comunque presenti nel 91,6% dei casi.

Grafico 19 - ACCESSIBILITÀ ALLA STRUTTURA TRAMITE MEZZI PUBBLICI:

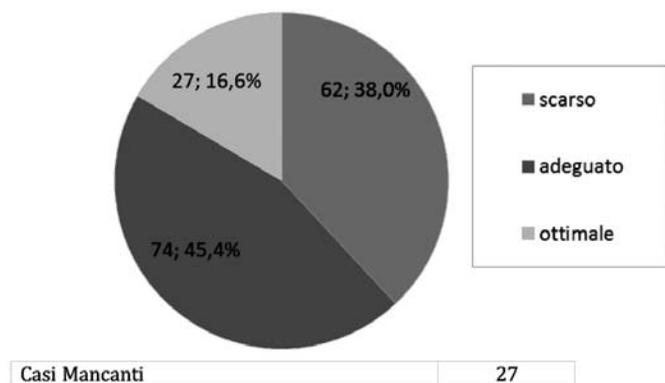


Grafico 20 - L'ACCESSIBILITÀ ALLA STRUTTURA È (erroneamente una struttura ha inserito contemporaneamente 2 valutazioni):

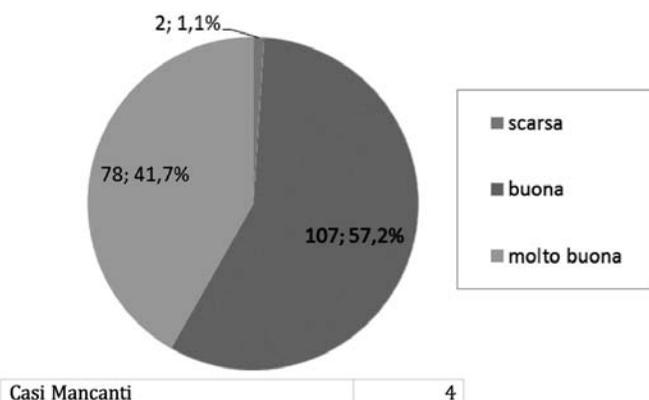
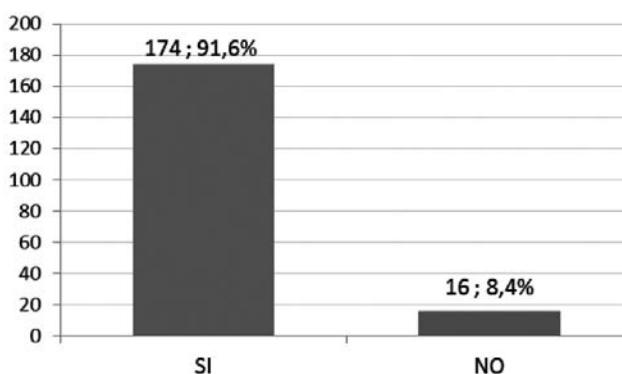


Tabella 40 - LA STRUTTURA È ARTICOLATA SUI SEGUENTI LIVELLI:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
piano terra	21	9,9%	11,3%
1 piano	30	14,1%	16,1%
2 piani	62	29,1%	33,3%
piu 2 piani	100	46,9%	53,8%
Casi Mancanti	4		

Grafico 21 - LA STRUTTURA DISPONE DI ATTREZZATURE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI PIANI SUPERIORI



In generale, nella maggior parte delle strutture sono a disposizione numerosi servizi generali di vita collettiva; sala da pranzo (97,9%) e sala polivalente (96,3%), insieme alla palestra (96,3%), risultano i servizi più frequenti, mentre solamente il servizio bar (63,6%), e quello telefonico (70,1%) risultano essere presenti con una frequenza inferiore all'80%.

Anche gli spazi destinati al personale (locali riunioni e spogliatoi riservati) e all'attività sindacale (spa-

zi affissioni) vengono comunque ritenuti di fondamentale importanza dalle residenze per anziani, risultando presenti nella quasi totalità dei casi. Tra i servizi generali di vita collettiva, un locale adibito a sala riunioni del personale risulta essere l'ambiente presente con meno frequenza (84,6%).

Tabella 41 - LA STRUTTURA DISPONE DI SERVIZI GENERALI DI VITA COLLETTIVA:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
portineria	152	5,8%	81,3%
servizi telefonici	131	5,0%	70,1%
uffici amministrativi	183	7,0%	97,9%
bar	119	4,5%	63,6%
sala da pranzo	183	7,0%	97,9%
sala polivalente	180	6,8%	96,3%
sala hobbies	167	6,3%	89,3%
sala culto	166	6,3%	88,8%
ambulatorio	179	6,8%	95,7%
parrucchiere	158	6,0%	84,5%
palestra	180	6,8%	96,3%
spogliatoio personale	174	6,6%	93,0%
guardaroba	172	6,5%	92,0%
locale riunioni	159	6,0%	85,0%
locali lavanderia	161	6,1%	86,1%
cucina	166	6,3%	88,8%
Casi Mancanti	3		

Tabella 42 - LA STRUTTURA DISPONE DI SERVIZI GENERALI DI VITA COLLETTIVA NON DIRETTAMENTE DESTINATI AGLI OSPITI:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
locale riunioni del personale	66	30,1%	84,6%
spogliatoi riservati personale	78	35,6%	100,0%
spazi sindacali affissioni	75	34,2%	96,2%
Casi Mancanti	112		

Tabella 43 - LA STRUTTURA È DOTATA DI CAMERE DA LETTO:

	Casi	Numero Camere	Numero medio camere per struttura
single	126	1.173	9,3
doppie	132	3.855	29,2
A più letti	83	1.039	12,5
Totale Camere	139	6.067	43,6
Casi Mancanti	51		

I referenti delle strutture, al momento della compilazione del questionario, dichiarano una disponibilità complessiva di 6.067 camere da letto; di queste il 63,5% è composto da camere doppie, mentre le 1.173 singole rappresentano il 19,3% del totale delle stanze a disposizione. La percentuale di “single” diminuisce inoltre nelle strutture della provincia di Cremona e di Brescia, rispettivamente con frequenza pari al 9,5% ed al 10,7%.

Il 90,6 % delle camere, comunque, presenta servizi igienici propri ed in generale viene assicurata l'esistenza di ulteriori servizi igienici sul piano nel 75,4% dei casi. Nel totale contiamo 7.246 servizi igienici presenti nelle residenze, pari a circa 49 per ciascuna struttura. Di questi, il 48,8% presenta caratteristiche adeguate all'utilizzo da parte di anziani “fragili”. Tra i servizi ritenuti più rilevanti, sottolineiamo la possibilità di effettuare una chiamata di allarme al personale in servizio dall'interno della camera, nel 97,1% delle strutture. Scarsa, invece, la percentuale relativamente alla condizione di portare arredo personale, caratteristica presente in sole 21 residenze su 100.

Tabella 44 - CAMERE DA LETTO NELLE STRUTTURE, PER PROVINCIA E TIPOLOGIA DI CAMERA

Provincia	Tipologia di camera						Totale N.
	singole		doppie		a più letti		
	N.	% riga	doppie	% riga	a più letti	% riga	
Bergamo	44	22,6%	146	74,9%	5	2,6%	195
Brescia	79	10,7%	420	56,7%	242	32,7%	741
Monza-Brianza	/	-	/	-	/	-	/
Como	271	24,6%	636	57,8%	193	17,5%	1.100
Cremona	120	9,5%	888	70,1%	259	20,4%	1.267
Lecco	154	28,3%	341	62,6%	50	9,2%	545
Lodi	40	15,3%	124	47,3%	98	37,4%	262
Mantova	62	20,5%	207	68,3%	34	11,2%	303
Pavia	108	19,1%	382	67,6%	75	13,3%	565
Sondrio	/	-	/	-	/	-	/
Valle Camonica	32	23,7%	92	68,1%	11	8,1%	135
Varese	263	27,6%	619	64,9%	72	7,5%	954
Totale	1.173	19,3%	3.855	63,5%	1.039	17,1%	6.067

Tabella 45 - LA STRUTTURA È DOTATA DI CAMERE DA LETTO, CON:

	Casi	% di colonna	% su totale delle Strutture con risposta valida
servizi igienici in camera	155	8,6%	90,6%
servizi igienici sul piano	129	7,1%	75,4%
comodino	167	9,3%	97,7%
armadio personale	167	9,3%	97,7%
specchio	121	6,7%	70,8%
tavolo scrittoio	130	7,2%	76,0%
chiamata allarme	166	9,2%	97,1%
presa corrente	166	9,2%	97,1%
predisposizione tv	158	8,8%	92,4%
cestino carta	154	8,5%	90,1%
punti luce	165	9,1%	96,5%
presa telefoni	90	5,0%	52,6%
collegamento internet	1	0,1%	0,6%
possibile arredo personale	36	2,0%	21,1%
Casi Mancanti	19		

Tabella 46 - I SERVIZI IGIENICI DELLA STRUTTURA PRESENTANO LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:

	Casi	Numero Servizi Igienici	Numero Servizi Igienici per Struttura
servizi igienici standard	108	3.707	34,3
igienici attrezzato per anziani fragili	144	3.539	24,6
Totale servizi igienici	148	7.246	49,0
Casi Mancanti	42		

Per quel che riguarda il personale impiegato nelle strutture oggetto di analisi, troviamo complessivamente 8.140 addetti; per oltre il 60% questi sono composti dal personale preposto all'assistenza diretta (4.912 casi) mentre ulteriori 1.733 addetti, corrispondenti al 21,3% del totale, risultano figure addette ai servizi generali. Gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali superano di poco le 310 unità ed il 4% del totale del personale. Gli addetti all'assistenza diretta salgono al 72% nelle strutture con oltre 200 utenti mentre la quota di personale relativo ai servizi amministrativi risulta pari al 21% e non sembra risentire particolarmente delle dimensioni delle strutture, rimanendo mediamente tra il 7 ed il 10%.

Tabella 47 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI FIGURE, PER DIMENSIONI DELLA STRUTTURA. – % DI RIGA

Utenti	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali	personale servizi ammin.	coordinatore responsabile servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
fino a 30	53,8%	0,0%	25,9%	7,0%	5,6%	0,0%	7,7%	100,0%
30-50	55,1%	0,0%	22,5%	9,9%	4,3%	1,2%	6,9%	100,0%
50-100	56,9%	4,5%	23,3%	7,1%	3,0%	0,3%	4,8%	100,0%
100-200	56,3%	5,7%	22,6%	8,1%	2,4%	0,5%	4,4%	100,0%
oltre 200	72,0%	0,0%	16,2%	6,7%	1,9%	0,4%	2,8%	100,0%

Tabella 48 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI FIGURE, PER PROVINCIA. – VALORI ASSOLUTI

Provincia	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali	personale servizi ammin.	coordinatore responsabile servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
Bergamo	178	0	49	11	3	0	7	248
Brescia	729	0	214	59	20	1	39	1.062
Monza-Brianza	0	0	0	3	1	5	4	13
Como	473	125	265	104	48	7	57	1.079
Cremona	1.177	55	400	159	31	7	68	1.897
Lecco	487	0	96	44	16	6	19	668
Lodi	210	18	31	29	12	1	13	314
Mantova	107	38	109	29	11	2	31	327
Pavia	261	0	120	35	20	3	27	466
Sondrio	512	45	116	49	17	0	30	769
Valle Camonica	70	0	16	9	5	0	6	106
Varese	708	0	317	78	29	5	54	1.191
Totale	4.912	281	1.733	609	213	37	355	8.140

Tabella 49 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI FIGURE, PER PROVINCIA. – % DI RIGA

Provincia	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali	personale servizi ammin.	coordinatore responsabile servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
Bergamo	71,8%	0,0%	19,8%	4,4%	1,2%	0,0%	2,8%	100,0%
Brescia	68,6%	0,0%	20,2%	5,6%	1,9%	0,1%	3,7%	100,0%
Monza-Brianza	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%	7,7%	38,5%	30,8%	100,0%
Como	43,8%	11,6%	24,6%	9,6%	4,4%	0,6%	5,3%	100,0%
Cremona	62,0%	2,9%	21,1%	8,4%	1,6%	0,4%	3,6%	100,0%
Lecco	72,9%	0,0%	14,4%	6,6%	2,4%	0,9%	2,8%	100,0%
Lodi	66,9%	5,7%	9,9%	9,2%	3,8%	0,3%	4,1%	100,0%
Mantova	32,7%	11,6%	33,3%	8,9%	3,4%	0,6%	9,5%	100,0%
Pavia	56,0%	0,0%	25,8%	7,5%	4,3%	0,6%	5,8%	100,0%
Sondrio	66,6%	5,9%	15,1%	6,4%	2,2%	0,0%	3,9%	100,0%
Valle Camonica	66,0%	0,0%	15,1%	8,5%	4,7%	0,0%	5,7%	100,0%
Varese	59,4%	0,0%	26,6%	6,5%	2,4%	0,4%	4,5%	100,0%
Totale	60,3%	3,5%	21,3%	7,5%	2,6%	0,5%	4,4%	100,0%

Sempre relativamente al personale, questa volta sotto il profilo delle sole professioni sanitarie, i dati analizzati delineano 2.407 figure professionali, per lo più dipendenti sanitari delle strutture stesse (1.651 addetti pari al 68,6% del totale). Il personale animatore è composto complessivamente da 355 addetti, circa il 14,7% del totale dell'organico delle residenze per anziani in esame. I medici Generici convenzionati sono 121, la cui presenza relativa risulta più elevata nelle strutture di medie dimensioni, quelle cioè tra i 30 ed 100 utenti. I dipendenti sanitari delle residenze, aumentano la loro quota percentuale, sul totale del personale, congiuntamente all'aumentare delle dimensioni delle strutture stesse; nelle residenze per anziani con oltre 200 ospiti disponibili, infatti, i dipendenti sanitari salgono al 79,6% del totale del personale, mentre i medici convenzionati solamente lo 0,6%. Di contro, diminuisce invece progressivamente la percentuale di addetti registrati come "personale animatore", dal 45,8% delle strutture con meno disponibilità di posti, al 9,4% di quelle più grandi.

Tabella 50 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI PROFESSIONI SANITARIE, PER PROVINCIA. – VALORI ASSOLUTI

Provincia	personale animatore	dipendenti sanitari struttura	personale asl	medico generico convenzionato	infermiere prof asl	Totale
Bergamo	7	0	0	2	8	17
Brescia	39	0	0	6	24	69
Monza-Brianza	4	0	0	0	0	4
Como	57	744	0	37	44	882
Cremona	68	458	0	21	130	677
Lecco	19	0	0	0	0	19
Lodi	13	230	2	1	1	247
Mantova	31	126	0	24	17	198
Pavia	27	78	0	13	9	127
Sondrio	30	11	0	2	8	51
Valle Camonica	6	0	0	2	7	15
Varese	54	4	0	13	30	101
Totale	355	1.651	2	121	278	2.407

Tabella 51 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI PROFESSIONI SANITARIE, PER PROVINCIA. – % DI RIGA

Provincia	personale animatore	dipendenti sanitari struttura	personale asl	medico generico convenzionato	infermiere prof asl	Totale
Bergamo	41,2%	0,0%	0,0%	11,8%	47,1%	100,0%
Brescia	56,5%	0,0%	0,0%	8,7%	34,8%	100,0%
Monza-Brianza	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Como	6,5%	84,4%	0,0%	4,2%	5,0%	100,0%
Cremona	10,0%	67,7%	0,0%	3,1%	19,2%	100,0%
Lecco	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Lodi	5,3%	93,1%	0,8%	0,4%	0,4%	100,0%
Mantova	15,7%	63,6%	0,0%	12,1%	8,6%	100,0%
Pavia	21,3%	61,4%	0,0%	10,2%	7,1%	100,0%
Sondrio	58,8%	21,6%	0,0%	3,9%	15,7%	100,0%
Valle Camonica	40,0%	0,0%	0,0%	13,3%	46,7%	100,0%
Varese	53,5%	4,0%	0,0%	12,9%	29,7%	100,0%
Totale	14,7%	68,6%	0,1%	5,0%	11,5%	100,0%

Tabella 52 - NELL'ORGANICO DEL PERSONALE SONO PRESENTI LE SEGUENTI PROFESSIONI SANITARIE, PER DIMENSIONI DELLA STRUTTURA. – % DI RIGA

Utenti	personale animatore	dipendenti sanitari struttura	personale asl	medico generico convenzionato	infermiere prof asl	Totale
fino a 30	45,8%	0,0%	0,0%	0,0%	54,2%	100,0%
30-50	18,7%	58,3%	0,0%	8,0%	15,0%	100,0%
50-100	17,3%	60,7%	0,3%	9,3%	12,4%	100,0%
100-200	13,7%	71,8%	0,0%	4,3%	10,1%	100,0%
oltre 200	9,4%	79,6%	0,0%	0,6%	10,4%	100,0%

Relativamente ai dati riguardanti il numero di dipendenti e la distribuzione per tipologia di contratto, sono ben 117 i casi in cui la risposta al quesito non viene fornita. Nel complesso risultano 5.670 i dipendenti indicati dalle strutture delle province di Cremona (2.540), Como (1.908), Mantova (461), Pavia (386) e Lodi (375); gli addetti impiegati a tempo indeterminato risultano essere circa l'84%, incidenza che scende però al 73,6% nelle strutture del pavese ed al 69% in quelle del lodigiano. In questi territori, infatti, i contratti di collaborazione interessano una più ampia frazione di dipendenti, oltre il 21%. Il dato relativo alla tipologia di contratto, non mostra invece significative differenze in funzione delle dimensioni delle strutture; il tempo indeterminato, comunque, risulta essere la forma più diffusa di contratto all'interno delle strutture, interessando sempre oltre l'80% del totale dei dipendenti, e raggiungendo quota 86% nelle strutture con utenza tra le 100 e le 200 unità; ancora, il 90% dei 9 dipendenti addetti nelle residenze con un massimo di 30 ospiti risulta avere un contratto a tempo indeterminato.

**Tabella 53 - DISTRIBUZIONE DEL NUMERO DI DIPENDENTI
PER TIPOLOGIA DI CONTRATTO E PROVINCIA**

Utenti	numero dipendenti	tempo indeterminato	tempo determinato	collaborazione
Bergamo	/	-	-	-
Brescia	/	-	-	-
Monza-Brianza	/	-	-	-
Como	1.908	85,5%	4,9%	9,6%
Cremona	2.540	88,1%	6,0%	5,8%
Lecco	/	-	-	-
Lodi	375	69,0%	6,9%	24,1%
Mantova	461	83,6%	12,3%	4,1%
Pavia	386	73,6%	4,8%	21,5%
Sondrio	/	-	-	-
Valle Camonica	/	-	-	-
Varese	/	-	-	-
Totale	5.670	83,9%	6,2%	9,9%

Casi mancanti: 117

**Tabella 54 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE PER TIPOLOGIA
DI CONTRATTO E DIMENSIONI DELLA STRUTTURA**

Utenti	numero dipendenti	tempo indeterminato	tempo determinato	collaborazione
fino a 30	9	90,0%	0,0%	10,0%
30-50	367	80,0%	4,9%	15,1%
50-100	1.369	81,7%	9,6%	8,7%
100-200	2.463	86,0%	5,1%	8,9%
oltre 200	1.446	83,0%	5,3%	11,7%

ANALISI DI BILANCIO SEMPLIFICATA APPLICATA ALLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI IN LOMBARDIA (E NEL NORD ITALIA)

IL SETTORE PROFIT

Introduzione e note metodologiche

Nel presente lavoro si intende analizzare il settore delle case di riposo profit e delle residenze (Rsa) in Lombardia (e nel Nord Italia) attraverso l'analisi dei bilanci semplificata di un loro modesto campione che, seppur apparentemente limitato in termini numerici, risulta invece particolarmente significativo sotto vari aspetti che verranno messi in evidenza così come sono stati via via rilevati nel corso dell'indagine.

Il presente studio infatti beneficia anche dei risultati di una precedente indagine ("Indagine sulle case di riposo in Italia" - marzo 2011) realizzata dall'Auser con il supporto dell'Ires Lucia Morosini.

L'indagine predetta, caratterizzata da una prospettiva nazionale di osservazione, infatti ha messo in luce come le principali dinamiche evolutive nel settore delle strutture per la terza età (case di riposo e residenze) sono da ricercarsi prevalentemente osservando i principali operatori "per dimensione" che gestiscono queste strutture come "aziende".

Questo assunto è da ritenersi confermato anche da quanto emergerà nel prosieguo della relazione.

Inoltre, si ritiene opportuno mettere in evidenza come questa prospettiva operativa d'indagine, dal punto di vista geografico, non consente di confinare, ma ciò solo in prima battuta, l'esplorazione in termini strettamente geografici (strutture presenti nella sola Lombardia) perché altrimenti non sarebbe possibile comprendere – in modo più generale ed approfondito – il modus operandi di questi "operatori", ma soprattutto, considerare la situazione attuale del settore ed i suoi recenti sviluppi nonché prefigurare le probabili tendenze evolutive future del medesimo.

Visto però l'interesse "geografico" (Lombardia e Nord Italia) gli operatori da prendere in considerazione, dato che il raggio d'azione di questi soggetti non è ormai più confinato al solo territorio regionale, devono comunque evidenziare una significativa presenza in questi territori.

Lo strumento proposto per questo studio (l'analisi di bilancio semplificata) può certamente essere utile sia ai fini dell'approfondimento della conoscenza del settore di interesse basata su dati oggettivi, sia per cercare di comprendere alcune delle caratteristiche e delle tendenze recenti del medesimo, sia utilizzando elementi informativi e contabili normalmente poco impiegati in questo ambito.

In generale, il bilancio viene redatto dalle aziende al termine di ogni periodo di funzionamento amministrativo per determinare il reddito prodotto nel medesimo ed il relativo capitale di funzionamento. Il bilancio d'esercizio, per quanto obbligatorio ai sensi della legislazione vigente, è un documento consuntivo che assolve, fra molte altre, a due funzioni essenziali dal punto di vista gestionale: il controllo dei risultati ottenuti e l'adeguata informativa sull'andamento dell'azienda rivolta a tutti i soggetti utilizzatori del bilancio (i cosiddetti stakeholder).

È altresì da mettere in evidenza, e questo vale per tutte le aziende profit, che fra le funzioni assegnate al bilancio d'esercizio dalla dottrina vi è anche quella di giudicare ogni singola "azienda" per il contributo che offre alla società anche in termini di raggiungimento di finalità di interesse pubblico.

Il metodo impiegato si basa principalmente sull'analisi di bilancio semplificata (intendendo con ciò il riferimento prevalente al Conto Economico per quanto attiene ai dati quantitativi e le note metodologiche precisate nel seguito) integrata con ulteriori elementi informativi di carattere qualitativo.

In generale, l'analisi di bilancio ha il compito di acquisire informazioni sulle caratteristiche economiche e patrimoniali dell'impresa ai fini della comprensione della sua situazione patrimoniale, reddituale e finanziaria in un certo periodo temporale.

Lottica di indagine adottata, in particolare per i commenti, è quella dell'analista "esterno" con una va-

lutazione “critica” delle principali dimensioni aziendali (limitando, nel caso di specie, l’analisi a pochi elementi con la finalità di migliorare la comprensione di singoli caratteri analizzati trascurando consapevolmente una approfondita – ma probabilmente meno intelleggibile per i meno esperti della tecnica impiegata – disamina delle situazioni patrimoniali, finanziarie, reddituali, di sviluppo e di produttività). Quando possibile si farà ricorso, oltre ai dati contabili tradizionali, anche alla lettura della nota integrativa e della relazione sulla gestione per incrementare il quadro informativo.

Nell’indagare le caratteristiche economiche-finanziarie dell’impresa attraverso l’analisi di bilancio, vanno tenuti presenti i limiti di tali studi, ma anche i possibili vantaggi prospettici che ne possono derivare.

L’analisi, in connessione a quanto premesso, prenderà in considerazione i bilanci approvati degli ultimi due esercizi conclusi (2009-2010). Per quanto l’estensione del periodo di osservazione potrebbe consentire una miglior comprensione delle tendenze di medio-lungo periodo, la comparazione temporale dei bilanci d’esercizio omogenei seppure per un solo biennio, può già offrire alcuni elementi interessanti.

Nel presente lavoro si cercherà quindi di rendere il più agevole possibile la comprensione e l’interpretazione delle principali risultanze dell’analisi mantenendo la trattazione in termini molto semplici e discorsivi.

Si privilegierà la sintesi e, in coerenza con quanto sopra evidenziato, verranno presentate e descritte solo alcune delle grandezze tipiche per queste tipologie di analisi (analisi di bilancio “classiche”) selezionando i parametri e gli indicatori di maggiore interesse per i destinatari del presente documento.

Il campione ed il confronto con alcuni dati settoriali

Richiamando quanto indicato nella precedente sezione al fine di individuare il campione rispondente ai requisiti predetti si è fatto riferimento a dati forniti dall’Anaste (Associazione nazionale che raggruppa gli imprenditori delle strutture della terza età).

In prima battuta sono stati individuati i primi cinque operatori italiani. Uno dei cinque, non gestendo alcuna struttura in Lombardia, è stato scartato. I quattro gruppi rimasti e costituenti il campione del presente studio – in termini di ragioni sociali e di bilanci analizzati – sono i seguenti:

- Residenze Anni Azzurri S.r.l. (sede a Milano);
- Sereni Orizzonti S.p.A. (sede a Udine);
- Aetas S.p.A. (sede a Torino) - [logo Senior Service];
- Segesta 2000 S.r.l. (sede a Milano) - [logo Segesta].

Tutti i componenti il campione operano in Lombardia anche se non in modo esclusivo. Come si può notare dalla ragione sociale queste imprese sono costituite sottoforma di società di capitali. Questa configurazione, già prima di iniziare, dovrebbe far presupporre il maggiore orientamento alla redditività rispetto alle altre forme di costituzione possibili. Tale tipologia costitutiva – in coerenza con quanto evidenziato nella sezione “Introduzione e note metodologiche” – presuppone altresì che il bilancio d’esercizio costituisca anche una rendicontazione circa l’operato degli amministratori che devono sottoporre i risultati ottenuti alla valutazione ed all’approvazione degli azionisti.

I bilanci sono stati acquisiti attraverso banche dati specializzate. Due bilanci analizzati (Residenze Anni Azzurri S.r.l. e Sereni Orizzonti S.p.A.) consentono di indagare, in dettaglio, una molteplicità di strutture classificate dalle codifiche Ateco dell’Istat in termini di “strutture di assistenza residenziale per anziani” (la classificazione include sia le residenze socio assistenziali, sia le case di riposo). Peraltro le due società sono caratterizzate per la gestione di differenti tipi di strutture (le residenze per Residenze Anni Azzurri e le case di riposo per Orizzonti Sereni) e questo consentirà anche di comparare i due specifici ambiti di “clienti finali” a cui si rivolgono. Peraltro la specifica differenza suddetta, una volta analizzati i bilanci, non è risultata essere rilevante considerata la relativa omogeneità delle strutture contabili dei medesimi (investimenti necessari per le strutture, capitalizzazione ed indebitamento conseguenti, incidenze dei costi di funzionamento rispetto ai ricavi, incidenze del costo del personale rispetto ai ricavi, ecc.).

Per le altre due società (Aetas S.p.A. e Segesta 2000 S.r.l.) rientranti nel campione, che come le precedenti appartengono a “gruppi”, i bilanci analizzati non forniscono direttamente la rappresentazione del risultato della “gestione operativa” delle strutture sanitarie gestite, ma solo di loro “parti”. Tale situazione, che potrebbe sembrare limitativa per la comprensione “quantitativa” del settore da analizzare, consentirà invece di incrementare la comprensione “qualitativa”.

Nel prospetto seguente si riportano alcuni elementi sintetici del campione utilizzato.

Tabella 55 - ELEMENTI SCHEMATICI DEL CAMPIONE

Numerosità del campione	Società per azioni (numero)	Società a responsabilità limitata (numero)	Appartenenza a gruppi (numero)
4	2	2	4

Il campione risulta prevalentemente costituito da 2 società a responsabilità limitata e da 2 società per azioni. Prima ancora di iniziare con l’analisi di bilancio semplificata, emerge quindi un elemento interessante ovvero la presenza di gruppi che controllano un raggruppamento di strutture, più o meno numeroso, a seconda della “fase di sviluppo” [il ciclo teorico può essere riassunto dalle seguenti fasi: nascita-crescita-maturità-trasformazione] dell’operatore.

Come anticipato, alcuni bilanci analizzati non forniscono chiaramente l’indicazione della capogruppo di riferimento (soprattutto se non italiana) e, anche una volta individuati i “soggetti” di controllo, non sempre è stato possibile disporre di dati omogenei fra le varie realtà. Tale difficoltà è stata parzialmente superata ricorrendo a diverse fonti di informazione (internet, articoli di giornale, pubblicazioni specializzate, ecc.) per ricavare i riferimenti delle società capogruppo e, laddove possibile, i dati ed i bilanci delle società di “controllo”.

Per quanto le società del campione siano solo quattro, le strutture (residenze e case di riposo) che fanno capo a queste risultano 108 (riferimento anno 2010). È pertanto possibile affermare, sia con riferimento alla Lombardia, sia soprattutto con riferimento al Nord Italia, come il campione selezionato risponda ai requisiti di significatività definiti in precedenza (anche se in esso sono presenti alcune strutture di regioni italiane non settentrionali).

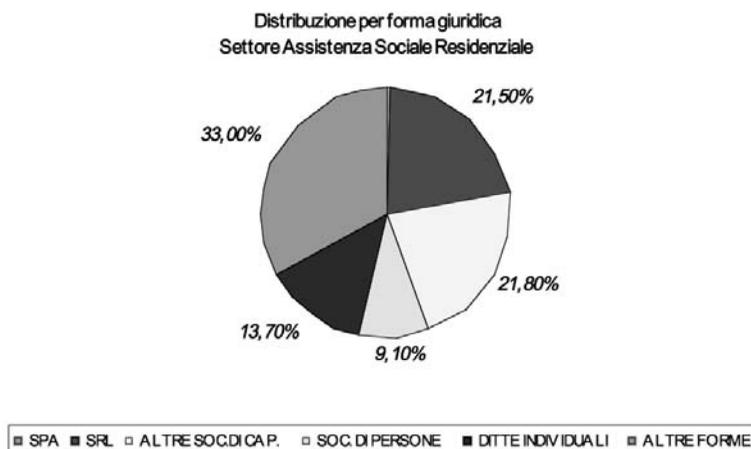
Ricorrendo ad alcuni elementi settoriali (il riferimento è sempre alla codifica Ateco 85.31 dell’Istat per quanto attiene a “Assistenza sociale residenziale” che include il settore delle case di riposo e delle Residenze socio assistenziali) si evidenziano nel seguito alcuni dati che successivamente verranno commentati.

Tabella 56 - SETTORE ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE (dati 2009)

DISTRIBUZIONE PER FORMA GIURIDICA	2009
SPA	0,90%
SRL	21,50%
ALTRE SOC.DI CAP.	21,80%
SOC. DI PERSONE	9,10%
DITTE INDIVIDUALI	13,70%
ALTRE FORME	33,00%
TOTALE	100,00%

Fonte: CERVED.

Grafico 22 - DISTRIBUZIONE PER FORMA GIURIDICA SETTORE ASSISTENZA SOCIALE ASSISTENZIALE



Fonte: elaborazione su dati CERVED.

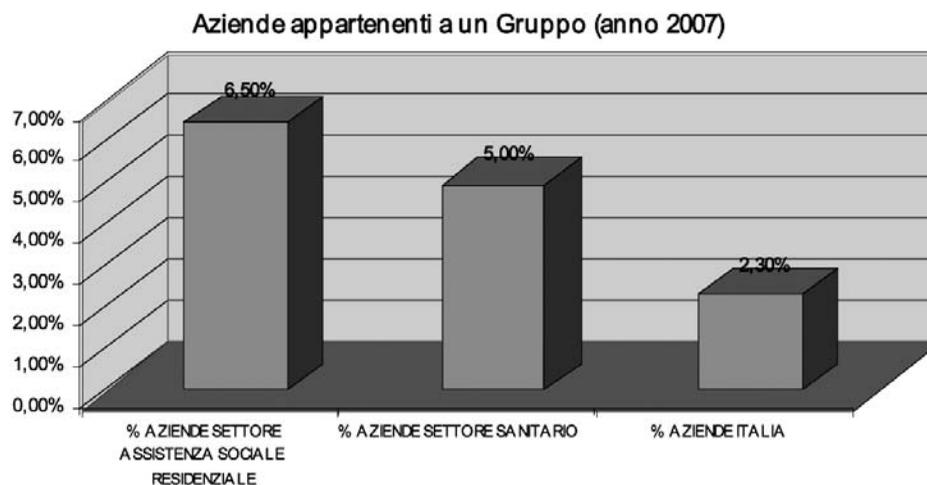
Nel 2009 la distribuzione giuridica del settore assistenza sociale residenziale mostra come il 44,20% del medesimo si riferisca a società di capitali, il 9,10% relativo a società di persone, il 13,70% a ditte individuali ed il 33,00% ad altre forme. Date le premesse metodologiche, il campione selezionato ha inteso rivolgersi al più ampio e significativo ambito del settore di riferimento.

Tabella 57 - AZIENDE DEL SETTORE APPARTENENTI AD UN GRUPPO (DATI 2007)

AZIENDE DEL SETTORE APPARTENENTI AD UN GRUPPO	2007
% AZIENDE ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE	6,50%
% AZIENDE SETTORE SANITARIO	5,00%
% AZIENDE ITALIA	2,30%

Fonte: CERVED.

Grafico 23 - AZIENDE DEL SETTORE APPARTENENTI AD UN GRUPPO (DATI 2007)



Fonte: elaborazione su dati CERVED.

Rispetto all'appartenenza a gruppi ed ai possibili fenomeni di concentrazione, ricorrendo ai dati settoriali del 2007, è possibile avere conferma immediata circa la presenza nel settore delle strutture residenziali per la terza età di operatori che controllano (o gestiscono) un numero rilevante di strutture al fine di conseguire i classici vantaggi connessi alle economie di scala. È da osservare come l'acquisizione di strutture esistenti, soprattutto se costituite sotto forma di società di capitali, risulta il modo più rapido per lo sviluppo e per superare le eventuali barriere di ingresso nel settore.

La particolare concentrazione rilevabile nel settore dell'assistenza sociale residenziale risulta superiore a quella già elevata rilevabile nel più ampio settore sanitario rispetto al dato medio nazionale.

Nelle tabelle seguenti viene presentato, con alcuni elementi informativi aggiuntivi in termini di numerosità delle strutture e di localizzazione geografica delle medesime, il campione utilizzato (dati anno 2010).

Tabella 58 - RESIDENZE ANNI AZZURRI S.R.L. (RESIDENZE)

Regione	Numero di strutture
Piemonte	14
Lombardia	12
Liguria	6
Veneto	2
Emilia Romagna	2
Marche	1
Totale	37

Tabella 59 - SERENI ORIZZONTI S.P.A. (CASE DI RIPOSO)

Regione	Numero di strutture
Friuli	11
Piemonte	11
Lombardia	2
Liguria	2
Trentino	1
Emilia Romagna	1
Totale	28

Tabella 60 - AETAS S.P.A. (RESIDENZE)

Regione	Numero di strutture
Lombardia	13
Piemonte	9
Liguria	2
Emilia Romagna	2
Toscana	1
Totale	27

Tabella 61 - SEGESTA 2000 S.R.L. (RESIDENZE)

Regione	Numero di strutture
Lombardia	10
Puglia	3
Liguria	1
Veneto	1
Lazio	1
Totale	16

Tabella 62 - RIEPILOGO DEL CAMPIONE (CASE DI RIPOSO + RESIDENZE)

Regione	Numero di strutture
Lombardia	37
Piemonte	34
Friuli	11
Liguria	11
Emilia Romagna	5
Veneto	3
Puglia	3
Trentino	1
Toscana	1
Lazio	1
Marche	1
Totale	108

Le strutture del Nord Italia (n. 102) rispetto all'intero campione (n. 108) rappresentano il 94,4% del totale. Le strutture collocate in Lombardia costituiscono il 34,2% del campione individuato. In termini di sede legale, due delle quattro società analizzate vedono Milano come riferimento (le due rimanenti hanno sede a Torino e Udine). Sia in termini di rappresentatività "dimensionale" degli operatori individuati, sia in termini di rappresentatività "geografica", è possibile confermare che il campione individuato risponde pienamente ai requisiti di indagine dichiarati in premessa.

Analisi di bilancio semplificata

Per ciascuna società appartenente al campione individuato, si presenta nel seguito uno schema semplificato di Conto Economico che mette in evidenza, per ragioni di semplicità e nello spirito di quanto indicato nelle precedenti sezioni, solamente alcune delle grandezze previste dal codice civile per tali rappresentazioni. In calce a ciascuno schema si presentano anche alcuni indicatori scelti – trascurandone molti degli altri possibili – che possono fornire utili indicazioni circa la comprensione delle principali dinamiche aziendali in termini di redditività, di produttività e di sviluppo.

Si sono presi in considerazione i bilanci degli ultimi due esercizi (2009-2010) disponibili alla data di redazione della presente relazione.

Agli schemi predetti, si anticipa una breve legenda delle principali grandezze e dei principali indicatori al fine di rendere maggiormente comprensibile la successiva sintetica disamina di tali parametri.

Tabella 63 - BREVE LEGENDA DI ALCUNE GRANDEZZE/PARAMETRI

Grandezza/parametro	Significato
Valore della Produzione	La voce sostanzialmente corrisponde ai ricavi di vendita.
Costi della Produzione	Includono i costi "caratteristici" del processo produttivo (materie prime, costi per servizi, costi per godimento beni di terzi, costi per il personale, ammortamenti e accantonamenti).
R.O.E. (Return On Equity)	È il tasso di redditività del capitale proprio dato dal rapporto tra Reddito Netto e Patrimonio Netto.
R.O.I. (Return On Investment)	È il tasso di redditività del capitale investito netto dato dal rapporto Reddito Operativo e Capitale Investito Operativo.
Valore Aggiunto	È la misura dell'incremento di valore che viene a realizzarsi grazie al processo produttivo (che include anche l'erogazione di servizi).

Uno sguardo d'insieme: consistenza e ricadute in Lombardia

L'analisi condotta precedentemente, seppure con alcune difficoltà, in quanto non sempre è stato possibile ricavare dati precisi e completi in merito ai quattro "gruppi" indagati, ha fatto consentito di ricavare diversi elementi informativi.

Le ulteriori indagini condotte (ad esempio sui posti letto per struttura e quindi per area geografica) e la determinazione, seppure solo per alcuni operatori, di parametri interessanti (ad esempio il ricavo per posto letto), consentono di fotografare, al 2010, la consistenza del settore delle residenze per anziani in Lombardia nei termini presentati nel seguente prospetto.

Tabella 64 - CONSISTENZA DEL SETTORE DELLE RESIDENZE PER ANZIANI IN LOMBARDIA. ANNO 2010

LOMBARDIA (2010) residenze e case di riposo	Residenze Anni Azzurri	Segesta	Aetas	Sereni Orizzonti	TOTALE
Posti letto (n.)	1.443	1.056	755	75	3.329
Dipendenti (n.)	728	528	382	37	1.675
Indotto (n.)	145	105	76	8	334
Ricavi (€/1000)	50.735.880	36.960.000	27.216.995	2.625.000	117.537.875
Ricavi posto letto (€)	35.160	35.000	36.049	35.000	n.s.

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini.

Per quanto alcuni dati non emergano da elaborazioni puntuali e precise dai dati di bilancio (che non sempre offrono chiaramente queste informazioni), ma risultino il frutto di rielaborazioni attraverso specifici parametri/indicatori (calcolati per una società/un gruppo e poi applicati ad altre realtà simili sulla base dei coefficienti calcolati precisamente almeno per un operatore), il riepilogo elaborato specificamente per la Lombardia, offre una fotografia significativa del settore oggetto di studio nonché del-

la rilevanza locale dei principali player che operano, da anni, a livello nazionale.

Rispetto al campione indagato, il numero di posti letto in Lombardia, nel 2010, risulta superare le 3.300 unità ed i dipendenti “diretti” sono pari a 1.675 con un indotto stimato in circa 334 lavoratori.

I ricavi complessivi si attestano a circa 118 milioni di Euro.

Dato che i costi della produzione incidono per circa il 90% dei ricavi complessivi, le ricadute sul territorio lombardo sono certamente significative (stimabili in oltre 100 milioni).

Queste risultanze consentono di affermare che il campione individuato è stato capace di “fotografare” il settore di interesse a livello regionale.

Uno sguardo d’insieme: consistenza e ricadute nel Nord Italia

Estendendo le logiche illustrate in precedenza all’intero campione, si ottengono i seguenti risultati.

Tabella 65 - CONSISTENZA DEL SETTORE DELLE RESIDENZE PER ANZIANI NEL NORD ITALIA. ANNO 2010

NORD ITALIA (2010) residenze e case di riposo	Residenze Anni Azzurri	Segesta	Aetas	Sereni Orizzonti	TOTALE
Posti letto (n.)	3.829	1.460	2.058	720	8.067
Dipendenti (n.)	1.933	738	1.039	300	4.010
Indotto (n.)	386	147	208	60	801
Ricavi (€/1000)	137.230.748	51.100.000	71.190.000	25.302.115	284.822.863

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini.

Pur con i limiti anzidetti, questo tipo di sintesi complessiva (che mette insieme i posti letto, la forza lavoro diretta e quella stimabile per l’indotto ed infine i ricavi complessivi) è il risultato del scelta del campione e del metodo adottati.

La sintesi offerta, potendo utilizzare per estensione il tipo di lettura dei dati già utilizzata per la Lombardia, è quella di uno scenario complessivo che dai documenti ufficiali consultati, limitandosi ai loro contenuti, non avrebbe potuto essere ottenuto.

Nel 2010, i soli quattro operatori osservati rappresentano a livello nazionale (più correttamente nel Nord Italia), quasi 300 milioni di Euro di Valore della Produzione, oltre 4.000 dipendenti diretti, un indotto stimato di oltre 800 risorse (a cui si aggiungono collaborazioni di centinaia di professionisti).

La concentrazione selettiva di interesse dei gruppi francesi in Germania e Italia, e nelle regioni del Nord in Italia, è principalmente dovuta a livelli di reddito elevati – ed a sistemi assistenziali pubblici stabili con adeguate risorse finanziarie – che possano sostenere il livello dei ricavi attesi dal modello di business adottato in questo settore.

In generale, senza dati ed elementi (non necessariamente esatti, ma almeno sufficientemente attendibili), non è possibile conoscere un fenomeno e quindi decidere in modo appropriato. Il quadro d’insieme offerto consente di apprezzare informazioni che possono essere certamente d’aiuto per gli osservatori ed i decisori nell’ambito delle strutture sanitarie indagate.

La rilevanza economico-sociale del settore delle residenze per la terza età è certamente molto significativa nell’ambito del più ampio settore sanitario e, in futuro, dovrebbe ancora incrementarsi visto il continuo aumento dell’invecchiamento della popolazione che si sposa con un maggiore interesse in termini di opportunità di business per operatori sempre più professionali ed anche internazionali.

Strategie, evidenze e possibili evoluzioni del settore

Alla luce dell'analisi condotta, sia facendo riferimento ai quattro gruppi di cui si sono analizzati i bilanci, sia alle ulteriori informazioni – qualitative e quantitative – acquisite sulle loro controllanti, si cercherà di riassumere, in termini schematici, le strategie attuate dai principali operatori (italiani e non) nel settore di interesse.

I quattro operatori analizzati, che rientrano nei cinque maggiori player nel settore delle strutture per la terza età, hanno privilegiato, approssimativamente negli ultimi dieci anni, dati i tempi di costituzione delle varie società e/o della penetrazione in Italia, la crescita dimensionale. Tale evoluzione è avvenuta in tempi rapidi e con tassi di sviluppo notevoli (sia in termini di Valore della Produzione, sia in termini di numero di strutture e, di conseguenza, di posti letto gestiti).

È da mettere in evidenza come due società analizzate sono emanazione di gruppi francesi, tale aspetto è da tenere in debita considerazione. Si può sostenere infatti che i gruppi esteri siano “in anticipo”, di diversi anni, rispetto alle strategie messe in atto dai gruppi italiani in termini di internazionalizzazione.

Per quanto nello specifico settore delle strutture residenziali per la terza età, in base a quanto emerso in varie parti del presente lavoro, sia emerso come l'appartenenza ad un “gruppo” sia una particolare caratteristica con incidenza percentualmente superiore alla media italiana per il settore sanitario più allargato, questo processo di “penetrazione nel mercato” e di “crescita dimensionale” da parte dei principali operatori risulta non solo confermato ma, anzi, risulta in piena prosecuzione nel 2011-2012 (da quanto rilevabile dai bilanci e dalle altre notizie acquisite).

Con buona probabilità, anche nel breve-medio termine (2012-2015), questo processo di crescita, sulla base dei piani industriali presentati sommariamente nei bilanci analizzati, è destinato a proseguire ulteriormente.

In termini di categorie generiche delle strategie aziendali, per il settore di interesse, è possibile fare riferimento allo schema seguente.

Tabella 66 - TIPOLOGIE DI STRATEGIE AZIENDALI PER SETTORE DI INTERESSE

Tipologie di strategie generiche	Gruppi italiani (del campione)	Gruppi francesi (del campione)
Sviluppo	X	X
Stabilità		
Contrazione		

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini.

Ma quali sono le ragioni di questi trend?

Il settore di riferimento, come emerso dalle analisi precedenti, risulta essenzialmente aciclico ed in crescita continua dato il progressivo livello di invecchiamento della popolazione (italiana ed europea). I notevoli livelli di sviluppo, a differenza di altri settori, consentono di realizzare buoni margini o comunque di non registrare perdite significative. Perdite di modesta entità e recuperabili con i risultati positivi dei successivi esercizi possono essere giustificate in una prospettiva di ben definita strategia di penetrazione e sviluppo (e correlati investimenti necessari) di medio-lungo termine.

Altro elemento significativo emerso delle strategie adottate, sia per i gruppi italiani che per quelli esteri, è la ricerca selettiva, in termini geografici, per l'insediamento delle strutture. Infatti, la composizione del campione dimostra la preferenza per le regioni con un contesto socio-economico favorevole all'attività di sviluppo delle aziende (questo contesto vede prevalere le regioni settentrionali ed in

particolare la Lombardia ed il Piemonte che rappresentano insieme oltre il 65% delle strutture facenti capo al campione).

La crescita dimensionale è anche certamente funzionale al conseguimento delle economie di scala cercando però nel contempo di coniugare l'efficienza con la qualità dei servizi offerti.

Estrema attenzione è rivolta quindi agli investimenti ed all'attività di gestione cercando l'allineamento fra gli obiettivi di redditività per gli azionisti con la soddisfazione dei clienti.

Per agire in questo modo, qualificandosi i gruppi industriali in questo settore al pari di quelli di qualsiasi altro settore produttivo, diventa sempre più imprescindibile l'individuazione e la formazione di un management di qualità e con una notevole esperienza maturata nel settore.

Una differenza rilevante osservata in termini di penetrazione nel mercato europeo, fra i gruppi italiani ed i gruppi francesi, viene messa in luce dallo schema seguente:

Tabella 67 - TIPOLOGIE DI PENETRAZIONE NEL MERCATO

Tipologie di penetrazione nel mercato	Gruppi italiani (del campione)	Gruppi francesi (del campione)
Penetrazione nel mercato nazionale	X	X
Penetrazione in un altro mercato oltre a quello nazionale		X
Penetrazione in altri mercati oltre a quello nazionale		X

Fonte: elaborazione IRES Lucia Morosini.

I piani industriali dei gruppi italiani, anche per il futuro a medio termine, presentano una dimensione "nazionale", quelli dei gruppi francesi, denotano invece una dimensione europea seppure selettivamente rivolta a precisi paesi (Germania e Italia).

Un altro aspetto interessante è l'utilizzo di "marchi" o "loghi". Anche il marketing, come nei settori tipici del consumo, viene ormai utilizzato come segno distintivo di ciascun gruppo.

Alcune conclusioni

A conclusione della disamina svolta, cercando di estendere alcuni risultati ed alcune evidenze dall'analisi compiuta sul campione individuato al settore delle strutture residenziali per la terza età, in termini sintetici è possibile focalizzare l'attenzione sui seguenti punti:

- 1) il settore risulta anticiclico rispetto all'andamento economico generale (nazionale e mondiale) e ciò è testimoniato dalla continua crescita degli investimenti nel settore e dei fatturati dei principali operatori anche in periodi in cui la crisi finanziaria internazionale ha colpito la generalità delle attività economiche;
- 2) il settore rappresenta un'opportunità di business molto interessante alla luce del continuo accrescersi del livello di invecchiamento della popolazione che costituisce quindi un potenziale di domanda ancora in crescita per medio-lungo periodo;
- 3) il mercato italiano è oggetto di penetrazione da parte di operatori esteri, prevalentemente francesi, che, dopo aver raggiunto livelli dimensionali rilevanti nel proprio paese, soprattutto quando non trovano barriere all'ingresso di difficile superamento, negli ultimi cinque-sei anni, stanno dimostrando una aggressività notevole nel confronto che i gruppi italiani che perseguono le medesime strategie di penetrazione, seppure limitate al solo mercato nazionale;
- 4) fra le barriere all'ingresso nel settore una di queste è individuabile nel non trascurabile livello di investimento iniziale dato il costo delle immobilizzazioni materiali essenziali per l'erogazione dei servi-

zi di assistenza residenziale; sono pertanto necessari adeguati capitali per dar corso alle strategie di penetrazione nel mercato e di sviluppo che sono rilevate nel presente studio;

5) in Italia il settore sta vivendo un processo di integrazione orizzontale (presenza di gruppi italiani e stranieri in forte sviluppo capaci di nuovi investimenti e di acquisizioni di strutture meno redditizie ed in difficoltà ed anche capaci di reperire risorse finanziarie volte a perseguire precise strategie ed obiettivi di lungo periodo);

6) il settore registra anche l'avvio di un processo di integrazione verticale (di nuovo nell'ambito dei gruppi; le società controllanti offrono alle strutture controllate svariati servizi – amministrativi, informatici, manutentivi, pulizie – direttamente ovvero attraverso società partecipate);

7) le dinamiche precedenti presuppongono una sempre maggiore gestione manageriale soprattutto nei casi di società/gruppi che controllino diverse strutture e che realizzino progetti di crescita che implicano un assorbimento ed una disponibilità notevole di risorse finanziarie (proprie e di terzi); gli operatori stranieri detengono ampiamente capacità manageriali che mettono pienamente a frutto sul mercato italiano;

8) anche nel settore delle strutture residenziali per la terza età il principio del reddito deve risultare l'indicatore di economicità, di efficienza ed efficacia che deve però coniugarsi con un adeguato livello dei servizi assicurati. ■

Note

¹ Nostre elaborazioni su dati Asl Lombardia.

² Ires Veneto, Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità, 2009.

³ L'indagine sul campo è stata ideata dallo Spi Cgil nazionale, che ha predisposto un questionario ad hoc da somministrare, a cura degli SPI regionali, presso un campione significativo di Rsa e Case di riposo.

⁴ Una persona è definita "disabile" se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito o parola) [Istat]

⁵ Il p-value indica la probabilità che il contemporaneo variare dei fattori presi in considerazione (in questo caso la percentuale di disabili e la percentuale di soggetti anziani) non sia il frutto del caso, ma di un effettivo influsso di un fattore (in questo caso la percentuale di anziani) su di un altro (in questo caso la percentuale di disabili). In genere per dichiarare la significatività di una certa relazione si assume come valore di riferimento un "p-value" \leq a 0,050. In questo caso, la probabilità che la relazione sia il frutto del caso è pari (o inferiore) a 0,050, cioè il 5%, mentre la probabilità che sia il prodotto di un influsso effettivo di un fattore sull'altro è 0,950, cioè il 95%. Lo stesso ragionamento deve essere applicato per tutte le altre tabelle.

⁶ La statistica R^2 (chiamata anche *coefficiente di determinazione*) indica quanto della variazione della variabile da spiegare (in questo caso, la percentuale di disabili) è statisticamente attribuibile a quella che stiamo utilizzando come variabile capace di influire sul fenomeno (in questo caso, la percentuale di anziani). Un valore pari a 0,368 implica che il 36,8% della variazione della percentuale di disabili è statisticamente attribuibile alla variabile che stiamo considerando, il restante 63,2% ad altri fattori in questo momento non considerati. È necessario sottolineare come nelle scienze sociali è difficile trovare correlazioni elevate. Data la complessità dei fenomeni umani è difficile trovare una singola variabile capace di spiegarne un'altra in proporzioni elevate [Corbetta 2003].

⁷ L'indagine sul campo è stata ideata dallo Spi Cgil nazionale, che ha predisposto un questionario ad hoc da somministrare, a cura degli SPI regionali, presso un campione significativo di Rsa e Case di riposo.

PER SAPERNE DI PIÙ

Una breve bibliografia

Auser, *Indagine sulle case di riposo*, Roma, 2011.

Brizioli E., Trabucchi M., *Gestire le strutture residenziali nel 2020*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini, 2009.

Facchini C., Guaita A., *Tramonto o crisi di crescita delle Rsa di grandi dimensioni? Considerazioni in margine ad una ricerca nella provincia di Milano, I luoghi della cura*, 2(1):11-15, 2004.

In Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, 2010.

Guaita, A., *La residenzialità per anziani*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005.

Guerrini, G., *I servizi residenziali*, in Gori C. (a cura di), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli, Rimini, 2010.

Irer, *La Rsa: governo della risorsa sociale tra crescita, controllo e sviluppo qualitativo*, Regione Lombardia, Milano, 2009.

Irer, *Le famiglie lombarde e la rete degli interventi*, in *Lombardia 2010. Società, governo e sviluppo del sistema lombardo*, 2010, <http://www.Irer.it/lombardia> 2010.

Ires Veneto, *Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità*, a cura di Emilio Tanzi, Nicoletta Masiero, Paolo Vallese, dicembre 2009.

Longo, F., *I costi della vecchiaia. Diagnosi interpretativa e suggestioni di policy*, Cergas Bocconi, Milano giugno 2010.

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

SPI CGIL Bergamo, *Rsa, evoluzione, attualità, e prospettive, Indagine sulle case di riposo*, 2011.

SPI CGIL Lombardia, *Osservatorio sulle rette delle Rsa*, 2012.

SPI CGIL Nazionale, *Indagine sulle case di riposo*, Roma 2011.

Tanzi, E., *Introduzione*, in Ires Veneto, *Le strutture residenziali per anziani nel Veneto: un'indagine tra misure economiche e di qualità*, a cura di Emilio Tanzi, Nicoletta Masiero, Paolo Vallese, dicembre 2009.

