

# NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 4 • Aprile 2021

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

## RSA: conoscerle per rinnovarle



## Sommario

- 2** **Introduzione**  
Il cambiamento  
passa dalla conoscenza  
*Valerio Zanolla*
- 6** **Costruire una nuova cultura  
dell'anziano**  
*Federica Trapletti*
- 9** **L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI  
IN LOMBARDIA:  
CRITICITÀ E PROSPETTIVE**  
Rapporto integrale  
*Francesco Montemurro e Valerio Porporato*
- 51** **INTERVENTI**
- 52** **Più valore  
al sociosanitario**  
*Elena Taino*
- 53** **Rispetto per l'anziano  
e i suoi diritti**  
*Alessandro Azzoni*
- 56** **L'obiettivo è migliorare  
il sistema**  
*Luca Degani*
- 58** **La salute:  
un diritto universale**  
*Monica Vangi*
- 62** **Programmazione:  
mettere al centro il sociosanitario**  
*Carlo Borghetti*
- 66** **Rsa e paziente geriatrico  
snodi dirimenti**  
*Emanuele Monti*
- 70** **Ridare centralità al pubblico**  
*Nerina Dirindin*
- 74** **Conclusioni**  
Più vicini al territorio  
e alle persone  
*Ivan Pedretti*

### Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Publicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani  
Cgil Lombardia

Numero 4 • Aprile 2021

Direttore responsabile: Erica Ardentì

Editore: MIMOSA srl uninominale, presidente Pietro Giudice

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

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo Euro 2,00

Abbonamento annuale Euro 10,32

# Introduzione

## IL CAMBIAMENTO PASSA DALLA CONOSCENZA

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

**R**sa: conoscerle per rinnovarle, abbiamo voluto titolare così il nostro convegno per sottolineare l'importanza di conoscere queste strutture se vogliamo proporre dei cambiamenti. Pensiamo, infatti, sia opportuno partire dalla realtà attuale in cui sono inserite le Rsa, realtà che fornisce molti dati allarmanti: oltre tre milioni di contagi nel nostro Paese, quasi tremila persone ricoverate in terapia intensiva, e soprattutto il numero dei decessi. La scorsa settimana abbiamo superato il numero impressionante di 100mila morti per Covid-19 dall'inizio della pandemia nel nostro Paese: molti di questi erano persone anziane e, se torniamo con la mente alla scorsa primavera, constatiamo che una percentuale alta di questi morti è nelle Rsa, in particolare nella nostra regione.

In Lombardia il tasso di mortalità nelle Rsa è risultato il doppio della media nazionale, il virus ha trovato più spazio che altrove per diffondersi a seguito di errori di valutazione e di decisioni infelici che hanno letteralmente spalancato le porte di queste strutture all'azione del Coronavirus. Poco conta che le vittime avessero altre patologie, come purtroppo è stato ripetuto troppe volte, quasi a sminuire la gravità delle



complicanze causate dal virus. Come è stato dimostrato da alcuni studi, in nove casi su dieci risultati positivi, la causa diretta della morte è stato proprio il Covid-19.

La ripresa della pandemia – che in queste settimane sta nuovamente mettendo in ginocchio la nostra regione e tutto il resto del Paese fino a far decretare da oggi una zona rossa per la maggioranza delle regioni – pare

non abbia gli stessi effetti tragici avuti lo scorso anno nelle Rsa. Per quale ragione? C'è più attenzione negli operatori? Sono disponibili dispositivi di sicurezza che lo scorso anno erano insufficienti, se non addirittura mancanti? Si sono messe in atto procedure più stringenti della volta scorsa? Chi ci raccontava che le tante morti erano da attribuire solamente all'età avanzata e alle condizioni psicofisiche dei degenti, ora dovrà ricredersi. Se era prevedibile che le morti all'interno di queste strutture si sarebbero moltiplicate, è anche vero che una concatenazione di eventi e scelte sbagliate ha portato alla strage che abbiamo tutti visto con orrore.

Pensavamo che una maggior tutela della popolazione fragile fosse possibile, in particolare in

Lombardia, come in molte altre parti del mondo, abbiamo sperato invano e, oggi, ci accorgiamo ancora di più che questa pandemia fa emergere ogni giorno un sistema che pare impreparato, forse per negligenza o forse per scelta politica.

È sconcertante assistere alla quotidiana rappresentazione di una immagine di efficacia e modernità da parte della Regione che invece colleziona – ogni giorno e su quasi tutte le questioni che richiamano alla sanità e al sistema sociosanitario – errori, ritardi, atteggiamenti di supponenza verso gli altri livelli istituzionali e i rappresentanti dei lavoratori dipendenti e i pensionati.

Lo Spi, unitariamente con Fnp e Uilp, lo scorso 18 febbraio si è incontrato in videoconferenza con l'assessore al Welfare e il direttore generale della Sanità e ha chiesto, a gran voce, la convocazione dell'Osservatorio Rsa e il Tavolo anziani. Ci hanno fissato un incontro per il 4 marzo, ma poi, al pomeriggio dello stesso giorno, l'assessore ha sollevato dall'incarico il direttore generale, Crivelli, e al suo posto ha messo Giovanni Pavesi... ovviamente dell'incontro del 4 marzo non se n'è più parlato, e nonostante le nostre lettere di richieste, non se ne sa niente.

Annunci, come l'accordo con Confindustria sulla vaccinazione dei dipendenti delle imprese a loro associate, è stato fatto con tanta fretta più per l'immagine che per la sostanza. Ricordo che il piano vaccini è di competenza del governo e che, al momento, questi non sono disponibili, in particolare per i lavoratori ancora attivi. Ricordo ancora che la Confindustria è solo una parte del sistema produttivo della Lombardia, che è composto anche da commercio, artigianato e da tante altre aziende che non sono associate.

Con questo accordo, dal quale il sindacato è stato escluso, ancora una volta la sanità pubblica lombarda viene mortificata, non perché non sia in grado di assolvere il suo compito, ma per calcolo politico ed economico. Si vuole garantire il carico di lavoro anche ai privati che così non sono più sul libero mercato, ma assistiti, a proposito di libera scelta.

È stato scritto sui quotidiani che, il giorno prima di questo accordo con la Regione, alle im-

prese è stata inviata una mail proponendo il servizio di vaccinazione anti-Covid e specificando anche il costo: 15 euro a vaccino. Non basta esaltare continuamente l'eccellenza ospedaliera lombarda, eccellenza che era ed è importante mantenere, ma che non è stata sufficiente per salvarsi dal Covid e che poteva essere potenziata anche senza annullare la medicina territoriale. Possiamo dire che il virus in Lombardia ha colpito le persone, ma è stata l'occasione per indebolire il sistema sanitario pubblico, mentre il privato avrà più risorse e più utenti.

Sappiamo che la coperta dei vaccini è una coperta corta, ma non può essere che, in ogni occasione, i pensionati e le persone anziane vengano considerate come usurpatrici dei diritti degli altri. Se si vaccinano prima i giovani lavoratori al posto dei pensionati, bisogna dire apertamente che le persone anziane rischiano meno dei giovani. Affermare questo significa affermare il falso, significa che qualcuno considera la loro vita meno importante. Si incoraggia, così, la rottura del patto generazionale sul quale si fonda la nostra società. Non solo, se si continua con questo messaggio pericoloso, si prefigura ai giovani quale sarà il loro futuro e gli si suggerisce che non vale la pena difendere lo stato sociale, versare i contributi pensionistici, difendere la sanità pubblica. Questi stessi giovani potrebbero dire che, se questo è il trattamento riservato a chi ha lavorato una vita e pagato per costruire il Paese, è meglio pensare all'oggi e non al domani.

Davanti a questo quadro il sindacato confederale, in tutte le sue articolazioni, si è attivato, in questi oltre dodici mesi, nei territori e le sue iniziative sono state tante: dalla ricerca effettuata lo scorso autunno con l'istituto Mario Negri sulla condizione delle persone anziane durante la pandemia, ai convegni sulla sanità e la piattaforma unitaria del sindacato nazionale. Prima ancora le tre manifestazioni sotto Palazzo Lombardia. Abbiamo, inoltre, in programma per la prossima settimana il convegno sulla medicina di genere al quale parteciperanno importanti relatrici.

In queste settimane stiamo proseguendo un complicato e non si sa quanto produttivo confronto con la Regione sulla riforma della Legge



23. Il documento è stato presentato, ne terranno conto? Ci saranno spazi per influire?

Con il nostro gruppo dirigente provinciale stiamo distribuendo quella che è stata denominata la *Stanza degli abbracci*, donandola a molte delle Rsa della Lombardia. Ci siamo fatti carico dell'acquisto di quattordici di queste strutture donandole ad altrettante Rsa, ma la cosa importante è che abbiamo *positivamente contagiato* anche altre associazioni. Abbiamo incontrato i responsabili delle Rsa che hanno accettato e accettato con soddisfazione il contributo offerto dai pensionati Cgil. Sappiamo però, e dovete sapere, che il nostro è un omaggio impegnativo per tutti. Per noi che lo mettiamo a disposizione perché le case di riposo – alle quali abbiamo donato la Stanza degli abbracci – si aspettano che questa nostra attenzione non cali nel tempo, mentre le Rsa non coinvolte guarderanno a noi chiedendoci maggiore attenzione. Ma è impegnativo, in particolare, verso gli anziani ospiti e le loro famiglie.

Tutti sanno – sia chi ha ricevuto che chi non ha

ricevuto – che noi saremo ancora più attenti a quello che accadrà nel territorio come sanno che stiamo dalla parte delle persone anziane e che vigileremo, chiedendo di essere maggiormente coinvolti nelle scelte strategiche generali.

La stessa Regione – che ci ha troppo ignorato nel corso del 2020 tenendoci fuori dalla discussione sulle Rsa e, più in generale, sul tema delle persone anziane – oggi non può fingere di non sapere chi siamo e cosa rappresentiamo.

Da adesso in poi nessuno dei protagonisti potrà fingere di ignorare l'esistenza del tema anziani e la coerenza del nostro comportamento. Per rendere più forti i nostri argomenti e per farci meglio ascoltare, tutti noi ci siamo impegnati nello studiare il territorio, nel conoscere meglio la situazione, ecco le ragioni del titolo di questo seminario.

Veniamo alla ricerca, cosa ci siamo prefissi nell'avviare questo lavoro? Conoscere le Rsa, portare nuove idee, portare la voce delle famiglie e delle persone anziane all'interno della di-

scussione avviata che mira a innovare. Una discussione che dovrebbe vederle protagoniste insieme alla politica e agli operatori del settore. Abbiamo, infatti, pensato che se il dialogo è solo tra i gestori e la Regione si dimenticano le ragioni degli ospiti e dei loro familiari, e il tutto si riduce a una mera gestione tecnico-organizzativa, una sorta di gestione logistica che accenna un po' all'*immagazzinamento delle persone* che non sarebbero più utili allo sforzo produttivo del Paese, come avrebbe avuto a dire Giovanni Toti, l'attuale presidente della Regione Liguria.

Cosa abbiamo trovato nella ricerca?

Sarà l'introduzione a dirlo, abbiamo analizzato un campione rappresentativo delle circa settecento Rsa accreditate in Lombardia dove sono ospitate oltre 62mila persone anziane, per la stragrande maggioranza non autosufficienti.

Innanzitutto si è capito che le Rsa sono una delle risposte date al problema della non autosufficienza e coinvolgono una parte di anziani non autosufficienti.

Noi cosa proponiamo?

Per intervenire o dare un contributo attivo riteniamo sia necessario partire dalla realtà esistente, bella o brutta che sia. Questa realtà ci presenta sempre più persone che invecchiano sole, senza conviventi e senza una rete familiare di supporto. È per questo che il sindacato nazionale dei pensionati insiste sulla necessità di promulgare una legge quadro sulla non autosufficienza. La commissione istituita dal secondo governo Conte ha redatto un documento che coinvolge tutto il mondo degli over65 e individua una risposta che va oltre le Rsa così come le conosciamo. Non entro nel merito di quel documento conclusivo, ma mi domando se tutto quel lavoro sarà cestinato o fungerà da base per un confronto utile. Bisogna evitare che le analisi e gli studi fatti cadano a ogni cambiamento di governo, soprattutto oggi che è rimasto in carica lo stesso ministro della Sanità.

Infine, con chi discutere e portare avanti le nostre idee?

Noi crediamo che in questa particolare azione sia necessario avere dei partner e che gli attuali protagonisti istituzionali e sociali non possono essere identificati come amici o nemici. Per pri-

mi i parenti degli ospiti, quindi i gestori con i quali noi dialoghiamo – l'abbiamo visto con la nostra attività di coesione sociale e con la distribuzione della Stanza degli abbracci. Poi le loro associazioni. Ma anche i lavoratori dipendenti, che hanno diritto a un trattamento economico e normativo migliore superando il precariato: bisogna assumerli con una professionalità adeguata, naturale conseguenza di un trattamento economico equo. E i medici di medicina generale. Vogliamo interloquire anche con la politica che, in particolare in Lombardia, deve saper ripensare il ruolo dell'operatore pubblico, poiché ora il sistema si interessa marginalmente all'assistenza e ai non autosufficienti; su questo serve un adeguato controllo e coordinamento da parte della Regione.

Concludo questa mia introduzione auspicando una discussione franca e proficua che consolidi concretamente l'idea che tutti condividiamo: le persone anziane vanno difese e curate. Non solo perché diventeremo anziani anche noi, ma anche per molti altri motivi, tra cui la riconoscenza per quello che ci hanno dato. La civiltà di un Paese, infatti, si misura anche con questo. ■

# COSTRUIRE UNA NUOVA CULTURA DELL'ANZIANO

Federica Trapletti *Segreteria Spi Lombardia*

Il 18 marzo sarà (il convegno è stato fatto il 15 marzo, ndr) la Giornata nazionale in memoria delle vittime dell'epidemia da Covid-19, è un atto politico doveroso affinché nessuno dimentichi quanto è successo. Le immagini viste il 18 marzo di un anno fa, sono ancora indelebilmente stampate nei nostri occhi: quella lunga colonna di mezzi militari che trasportavano decine di bare verso i forni crematori al di fuori della nostra regione perché qui non c'era più posto. In quei giorni i decessi giornalieri erano tra gli ottocento/novecento, il picco venne raggiunto il 28 marzo con 928 decessi, la stragrande maggioranza erano anziani e molti erano ospiti di Rsa. Erano i giorni degli eroi negli ospedali, dei visi segnati dalle mascherine, dei balconi e della solidarietà. Oggi gli stati d'animo sono cambiati. Non è cambiata, invece, la stanchezza degli operatori sanitari nei Pronto Soccorso e, purtroppo, gli anziani continuano a morire, stavolta però lo fanno in maniera più silenziosa, quasi discreta, senza turbare troppo le coscienze delle persone. Forse siamo distratti, ma dal mese di ottobre dello scorso anno stanno morendo in media dalle trecento alle quattrocento persone ogni giorno, ma questo dato, ormai, non fa più notizia. Oggi conta di più sapere quali attività commerciali saranno aperte il giorno



dopo, se gli impianti di sci potranno finalmente riaprire o se si potrà riprendere la movida. Ci stiamo, purtroppo, assuefacendo alla morte, come se i decessi fossero un effetto marginale e accessorio dell'epidemia e la partita si giocasse tutta tra il virus e la tenuta del sistema economico. Lo vediamo, come accennava il segretario generale, nella discussione di questi giorni su chi deve essere

vaccinato per primo: la priorità, secondo alcuni, non deve essere salvare vite umane, ma tutelare le categorie produttive.

Non ci sono vite che possono essere sacrificate in nome dell'economia, e non ci sono morti che possono essere metabolizzati nella coscienza collettiva anche quando si tratta di morti anticipate. Proprio per questo motivo penso che lo Spi dovrà essere garante della memoria organizzando iniziative affinché nessuno dimentichi il prezzo pagato dagli anziani e la nostra incapacità come società di proteggerli.

Oggi, però, non siamo qui per parlare di quello che è stato, noi oggi vogliamo guardare avanti e lavorare per migliorare e ripensare il sistema della residenzialità per gli anziani, affrontando problematiche preesistenti e comprovate da quanto è successo nel corso dell'ultimo anno.

Come Spi abbiamo più volte analizzato e monitorato la situazione del sistema della residenzia-

lità, l'ultima volta in modo compiuto lo abbiamo fatto nel 2012, ed è veramente sorprendente come le criticità emerse allora siano ancora tutte irrisolte a distanza di nove anni. Nel 2012 denunciavamo una elevata frammentazione dell'offerta di servizi di residenzialità, la mancanza di una valutazione di appropriatezza degli ingressi da parte del sistema pubblico, la carenza di informazioni, politiche di contrasto alla non autosufficienza molto squilibrate verso i servizi residenziali rispetto a quelli domiciliari, la tendenza all'aumento costante della quota retta a carico delle famiglie, la precarizzazione delle forme contrattuali di lavoro e l'insoddisfacente inquadramento delle figure professionali. Oggi, come potrete ascoltare poi nell'illustrazione della ricerca, tutte queste lacune sono purtroppo ancora presenti. In ricerche più recenti si rilevava come, a fronte di una crescente sanitarizzazione dei bisogni assistenziali degli ospiti, non sia corrisposta una adeguata sanitarizzazione dell'assistenza anche attraverso, diciamo noi, appropriate risorse da parte del servizio sanitario regionale che con-

sentissero la retribuzione di un adeguato minutaggio assistenziale e il corretto mix di presenza all'interno delle Rsa di personale medico, infermieristico e socioassistenziale. Anzi, alcune statistiche hanno registrato, nell'ultimo decennio, la tendenza a un aumento degli addetti non retribuiti e volontari, a una diminuzione del personale medico e a un aumento di personale con funzioni assistenziali, per non parlare poi del grande problema della migrazione del personale, soprattutto infermieristico, che si è verificata durante la pandemia e che tuttora mette in grande difficoltà molte strutture. Questo aspetto, insieme alla carenza di dispositivi di protezione, d'inadeguatezza dal punto di vista strutturale di molte Rsa, ha sicuramente consentito al virus di diffondersi e di manifestare gli effetti più violenti.

Un primo grande problema è sicuramente da ricondurre alla poca attenzione che la politica ha sempre prestato agli anziani e ai loro bisogni, economici, sociali e assistenziali, ai quali risponde prevalentemente con indennità di accompagnamento e servizi che si rilevano sem-



pre più insufficienti a garantire agli anziani una buona qualità di vita.

È davvero inspiegabile il ritardo della politica nell'affrontare il tema della non autosufficienza, conosciamo benissimo i dati e i trend demografici determinati dall'invecchiamento della popolazione, ma nonostante questo siamo, e di questo passo lo saremo anche in futuro, impreparati ad affrontare una situazione che ci travolgerà nel giro di pochi anni, sia dal punto di vista della prevenzione della non autosufficienza, che della sua gestione.

Una prima evidenza di questo disinteresse della politica è la carenza di informazioni sulle Rsa e le difficoltà a reperirle, evidenziata anche nelle prime righe delle linee di indirizzo emanate dalla Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza sanitaria e socioassistenziale delle persone anziane. Basta considerare il fatto che il report finale dell'indagine dell'Istituto superiore di sanità sul contagio del Covid-19 nelle strutture residenziali socioassistenziali, svolta l'anno scorso durante la prima ondata, si basa su un dato di risposta da parte delle Rsa veramente basso. Per quanto riguarda la Lombardia ha risposto solo il 43 per cento delle Rsa.

Anche la Legge 23 del 2015 che avrebbe dovuto realizzare quell'evoluzione del sistema socioassistenziale imperniata sul passaggio dalla cura al prendersi cura, avendo come presupposto la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'appropriatezza degli interventi, si è dimostrata fallimentare anche sulle Rsa, che in questi anni sono state abbandonate a se stesse e considerate principalmente come dei luoghi di mera custodia degli anziani.

Siamo in attesa, come diceva il segretario generale, di un confronto con Regione Lombardia sulla revisione della Legge 23, e nel documento unitario di Cgil, Cisl e Uil abbiamo voluto esplicitare delle richieste precise sul sistema Rsa. Chiediamo il rafforzamento di modelli di residenzialità aperta e leggera che garantiscano la tutela dei livelli di autonomia e non solo, il settore più remunerativo; chiediamo la riqualificazione e la riorganizzazione delle unità di offerte integrandole nella rete socioassistenziale in continuità e coordinamento con gli altri servizi; la revisione dei sistemi di

accreditamento per quanto attiene i modelli organizzativi, i servizi e per una maggiore appropriatezza e qualità dell'assistenza; chiediamo l'adeguamento dei minutaggi di assistenza alla reale necessità assistenziale degli ospiti, l'obbligo di trasparenza per quanto riguarda i dati relativi ai servizi, agli esiti e alle rette; chiediamo il riconoscimento agli enti gestori dell'effettivo carico assistenziale, aggiornando le tariffe, garantendo la copertura del 50 per cento del costo come previsto dai Lea, la regolazione della quota di compartecipazione a carico delle famiglie secondo criteri di sostenibilità e il rafforzamento degli organici con percorsi di formazione per gli operatori. Nell'attesa che questo confronto con Regione Lombardia si apra, chiederemo agli amici di Fnp e Uilp di avviare iniziative nei territori che vadano a rafforzare queste richieste e chiederemo l'adesione anche delle famiglie, degli operatori sanitari, delle istituzioni e delle stesse Rsa.

Facciamola insieme questa battaglia, per costruire una nuova cultura dell'anziano con un modello di assistenza innovativo che preveda risposte modulate secondo i diversi livelli di non autosufficienza. Invecchiare non è una colpa.

Questo lavoro di ricerca verrà come sempre pubblicato insieme agli interventi sulla nostra rivista *Nuovi Argomenti*, e verrà diffuso il più possibile, non solo tra i nostri attivisti, ma anche nelle Rsa, nei Comuni, e tra tutti coloro che possono essere interessati a questo argomento, ma soprattutto questa ricerca diventerà uno strumento di lavoro per tutto lo Spi Lombardia, e sulla base dei dati di questa ricerca condurremo e l'attività politica, la contrattazione sociale, perché lo Spi rappresenta gli anziani e promuove il loro benessere in ogni contesto in cui questi si trovano. ■

# L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN LOMBARDIA: CRITICITÀ E PROSPETTIVE

*Rapporto integrale*

Coordinamento: Federica Trapletti *Spi Cgil Lombardia*

A cura di Francesco Montemurro e Valerio Porporato *Ires Morosini*

Interviste di Laura Adamita e Giovanni Bausch



Francesco Montemurro

## INTRODUZIONE

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è ormai un'emergenza sociale che sembra non adeguatamente affrontata dal sistema Paese. In particolare, ancora troppo scarsa è l'attenzione dedicata alla valutazione di aspetti quali l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità dell'insieme di risposte del welfare alle problematiche connesse alla perdita di autonomia in età avanzata.

L'invecchiamento della popolazione testimonia i traguardi della scienza medica e del miglioramento delle condizioni di salute generali, ma allo stesso tempo pone sfide cruciali alle società avanzate, le quali devono affrontare la crescente domanda di servizi a sostegno della non autosufficienza in un quadro di risorse scarse e di modalità di organizzazione dei servizi spesso non sintonizzate con le caratteristiche della domanda sociale in evoluzione.

Il nostro paese si caratterizza da sempre per un ruolo marginale dei servizi pubblici "in natura" all'interno del sistema di Long Term Care (LTC); ancora oggi le risorse messe a disposizione dal settore pubblico vengono destinate in misura predominante ai trasferimenti *cash*, che assumono per la maggior parte la forma di indennità di accompagnamento, una misura assistenziale che pare non rispondere efficacemente alla necessità di fornire una presa in carico multidimensionale e di sostenere gli anziani e le loro famiglie nella scelta dei servizi più adatti alle loro esigenze. In Lombardia beneficiano di questa misura circa 222mila anziani, quasi il 10% dei residenti.

Questa impostazione delle politiche per la non autosufficienza assegna, non sempre in modo esplicito, un ruolo centrale allo sforzo dei parenti, sia come acquirenti dei servizi disponibili sul mercato privato (talvolta non sufficientemente regolati, come nel caso del fenomeno dilagante delle assistenti familiari) sia come caregiver informali. I cambiamenti sociodemografici in atto impongono tuttavia di riconsiderare il modello italiano di presa in carico delle fragilità, sia sul piano dell'equità sociale, sia su quello della sostenibilità nel lungo e nel medio periodo. Pensiamo non soltanto agli "squilibri" intervenuti nella piramide demografica, che vede aumentare di anno in anno la quota di individui appartenenti alle fasce di età più anziane, ma anche alla crescente partecipazione al mercato del lavoro da parte delle donne, vero perno del nostro welfare "familistico" (Saraceno, 2003).

In questa fase di profonda trasformazione, uno degli elementi protagonisti che hanno acquisito progressivamente maggiore spazio all'interno del sistema dei servizi, almeno in molte aree dell'Italia, sono le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Di queste strutture non è semplice fornire una definizione univoca ed esaustiva, poiché le regioni hanno potuto organizzare in modo molto diverso i loro sistemi di assistenza residenziale. Ci limitiamo pertanto a riportare quella fornita dalla Regione Lombardia, che concepisce le RSA come "strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti".

Viene specificato inoltre che "garantiscono interventi di natura sociosanitaria destinati a migliorare i livelli di autonomia degli ospiti, a promuovere il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione<sup>1</sup>."

Queste unità sono divenute nel tempo il caposaldo del modello dell'assistenza agli anziani in Lombardia, non limitandosi alla tradizionale funzione di accoglienza residenziale, ma offrendo un insieme di servizi specialistici sempre più articolato. Si pensi alla RSA Aperta, alla crescente attenzione verso la presa in carico dei malati di Alzheimer e alle forme residenziali e semi-residenziali alternative ad esse collegate, come gli hospice, i centri diurni integrati e gli alloggi protetti. La rete delle 717 RSA convenzionate dal sistema sanitario regionale lombardo è la più vasta d'Italia e garantisce quasi 62mila posti residenziali accreditati, corrispondenti a 27,1 ogni 1.000 anziani, cifra che consente alla regione di superare ampiamente la soglia minima di 9,8 fissata dai Livelli Essenziali di Assistenza. Non va dimenticato che lo sviluppo di questo tipo di offerta ha avuto ri-

cadute positive sul territorio, fornendo impiego a circa 17.600 addetti<sup>2</sup>, molti dei quali dispongono di un elevato capitale umano.

L'obiettivo di questa ricerca, commissionata dallo Spi-Cgil Lombardia, è acquisire elementi conoscitivi sullo stato dei servizi residenziali in Lombardia, che siano in grado di evidenziare i punti di forza e criticità del sistema. Con un approccio dinamico, cercheremo di cogliere le tendenze più importanti che stanno attraversando questo settore, allo scopo di anticipare la sua capacità di risposta ai cambiamenti della domanda espressa dalla popolazione, e quindi il suo grado di efficacia, sostenibilità e resilienza. Un punto di partenza di questo lavoro è che per lungo tempo le RSA lombarde sono state considerate come un elemento avulso dal sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari e che questa impostazione ha rappresentato un elemento di debolezza per l'intero settore. L'analisi, pertanto, sarà anche finalizzata a valutare il grado di complementarità delle RSA con la più ampia rete dei servizi. Il modello che si è affermato come vincente per affrontare le sfide di una società che invecchia, infatti, è quello del sistema integrato, nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza, i centri diurni e gli altri servizi semiresidenziali svolgono una funzione di raccordo tra le cure ospedaliere e i servizi presenti sul territorio con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e di assicurare supporto e sollievo alle famiglie impegnate nella cura a domicilio delle persone non autosufficienti.

Per realizzare questa indagine ci siamo avvalsi del materiale empirico proveniente da fonti istituzionali (Inps, Istat, Regione Lombardia, osservatori sindacali ...), dalla letteratura secondaria e da uno studio ad hoc di tipo qualitativo che ha coinvolto diversi esponenti delle istituzioni e delle associazioni afferenti al sistema dei servizi socio-sanitari della Lombardia, selezionati in quanto "testimoni privilegiati". La raccolta dei dati è avvenuta mediante due modalità di rilevazione: un focus group realizzato in due sessioni di dibattito e un'intervista semi-strutturata.

In questo periodo, le residenze sanitarie assistenziali stanno vivendo una fase di enormi difficoltà e allo stesso tempo di forte esposizione mediatica a causa dello sviluppo della pandemia da Covid-19. Esse sono state teatro di una tragedia costata molte vite, durante la quale hanno manifestato una completa impreparazione, in termini di dotazione strumentale e di competenze professionali, per affrontare l'emergenza. Inoltre, è apparso evidente lo scollamento tra le RSA e il servizio sanitario pubblico, da parte del quale sono mancate direttive sui protocolli da seguire e supporto per la diagnosi, l'assistenza dei pazienti e la protezione dal contagio. Le RSA, abbandonate dallo stesso sistema sanitario di cui sono parte integrante, hanno dovuto improvvisare le risposte, spesso pagando una percezione tardiva della gravità del rischio. Nonostante l'adozione di misure di protezione più efficaci e di protocolli stringenti (elementi necessari per la tutela della salute che tuttavia hanno di molto abbassato la qualità dell'assistenza), nelle fasi dell'epidemia successive alla prima ondata del 2020 queste strutture hanno continuato a rappresentare pericolosi luoghi di contagio per ospiti e lavoratori.

Anche da un punto di vista finanziario, la pandemia ha rappresentato uno sconquasso difficilmente sanabile, in particolare per le strutture del no profit. È auspicabile che proprio i riflettori accesi sollecitino i decisori politici a intraprendere azioni di sostegno per evitare il tracollo di questo settore. Questa è anche l'occasione per effettuare finalmente un bilancio approfondito sull'esperienza decennale di queste strutture e, più in generale, sul complesso degli interventi socio-sanitari di contrasto alla non autosufficienza, facendo tesoro degli errori commessi nell'anno appena trascorso per superare le preesistenti carenze. Speriamo che questo rapporto possa apportare un contributo al dibattito, fornendo al Sindacato conoscenze utili per la propria attività di negoziazione.

# L'EVOLUZIONE DELLA DOMANDA SOCIALE

## Invecchiamento e condizioni di salute

Come è noto, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in costante aumento e, anche se ampiamente anticipato dalle proiezioni demografiche, sta comunque cogliendo impreparato il nostro sistema di cure rivolte alle persone non autosufficienti. Infatti, sotto la pressione crescente della domanda di assistenza, è ormai evidente l'inadeguatezza di un welfare che ancora assegna molti (forse è meglio dire troppi) compiti di cura alle famiglie.

Gli ultra65enni in Lombardia sono ormai 2,3 milioni, il 22,9% della popolazione; nelle province di Pavia e Cremona questo rapporto è ormai vicino al 25% e anche nelle aree più giovani della nostra regione (come Brescia, Bergamo e Lodi), gli anziani rappresentano più di un quinto dei residenti. Negli ultimi dieci anni sono cresciuti in misura considerevole anche gli ultra-ottantacinquenni, la fascia anagrafica individuata dalla letteratura come la più vulnerabile: essi costituiscono il 3,6% dei residenti a livello regionale e raggiungono il 4% a Pavia, Mantova e Cremona. Si stima (Perobelli, 2019) che gli anziani non autosufficienti residenti in Lombardia nel 2016 fossero 353mila, quasi il 16% della popolazione over65.

Sappiamo che il processo di senilizzazione ha avuto origine, da un lato, dall'aumento della speranza di vita e, dall'altro, dagli effetti di coorte dovuti alla denatalità seguita al baby boom degli anni '50-'60. Inoltre, va ricordato che il rallentamento dei flussi migratori in ingresso e il calo della vitalità demografica degli stranieri hanno evidentemente contribuito a ridimensionare l'effetto della "compensazione anagrafica" di origine migratoria. Questi stessi fattori non si sono esauriti e continueranno pertanto ad accentuare il processo di senilizzazione negli anni a venire.

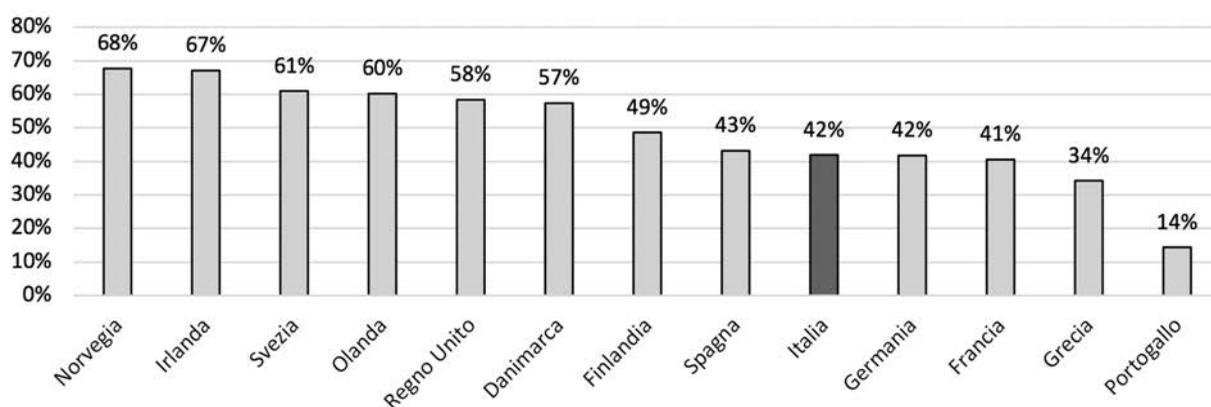
Secondo l'ISTAT, considerando uno scenario "a metà strada" tra le proiezioni più ottimistiche e più pessimistiche circa la futura vitalità demografica, è prevedibile che tra il 2020 e il 2030 le persone con più di 65 anni residenti in Lombardia crescano da 2,3 a 2,7 milioni. Gli ultra-ottantacinquenni, dagli attuali 358mila, nel 2030 si avvicineranno a quota 500mila. Allargando l'orizzonte temporale, le stime anticipano che il processo di senilizzazione ci accompagnerà ancora per molti anni: entro il 2050 in Italia – e allo stesso modo in Grecia, Portogallo, Giappone e Corea del Sud – gli ultra65enni costituiranno più di un terzo della popolazione, essendo oggi poco meno di un quarto. Gli effetti di queste tendenze saranno ancora più evidenti prendendo in considerazione le fasce dei "grandi anziani": nello stesso gruppo di paesi, più di un residente su 8 avrà superato gli 80 anni, mentre oggi in Italia solo uno su 13 si trova in questa fascia anagrafica.

Nonostante il continuo miglioramento della qualità della vita in età avanzata, le proiezioni indicano che l'invecchiamento produrrà un aumento delle condizioni di disabilità e non autosufficienza e, di conseguenza, della domanda di *long-term care*. Il valore di questi servizi, secondo la Ragioneria Gernale dello Stato (2020), ammonta oggi all'1,7% del PIL e raggiungerà il 2,5% prima del 2050. L'età, infatti, rappresenta ancora oggi un fattore di rischio incompressibile per alcune patologie croniche anche gravi, come le demenze, nonostante i progressi della scienza medica e la diffusione di stili di vita più sani. È evidente che tali miglioramenti hanno contribuito alla riduzione della morbilità nella popolazione anziana e a produrre uno "slittamento" in avanti delle condizioni di fragilità. Tuttavia, come sarà più chiaro nel seguito, la riduzione del rischio individuale non è in grado di compensare gli effetti dall'avvicinarsi di una massa critica della popolazione alle soglie della quarta età, con una prospettiva di sopravvivenza che aumenta più rapidamente rispetto a quanto migliorino le condizioni di salute dell'anziano medio (Micheli 2007, Caselli e Egidi 2011). A questo proposito, l'Italia è una delle nazioni più longeve del mondo, con riferimento sia all'aspettativa di vita alla nascita che a quella a 65 anni. Allo stesso tempo, però, non primeggia negli indicatori di qualità della salute, soprattutto se si considerano le fasce di età avanzata. Nella popolazione generale, in effetti, il nostro paese mostra condizioni di salute più soddisfacenti rispetto alle nazioni maggiormente comparabili, con una prevalenza di individui affetti da due o più ma-

lattie croniche pari al 30,7%, poco meno della media OCSE (31,3%), e una prevalenza del diabete di tipo I e II tra le più basse (4,8% a fronte di una media OCSE del 6,4%). Tuttavia, lo stato di salute “percepito” dai nostri anziani, un indicatore in grado di cogliere efficacemente la multidimensionalità del benessere fisico, è mediamente peggiore. Degli intervistati ultra65enni nel 2017, solo il 42% ha risposto di avere una salute “buona” o “molto buona”, una percentuale che colloca l’Italia accanto a Spagna, Francia e Germania e distante dai paesi del Nord Europa che in alcuni casi (Irlanda, Olanda, Svezia e Norvegia), nonostante la più bassa aspettativa di vita, mostrano percentuali di anziani in buona salute superiori al 60%<sup>3</sup> (OECD, 2019). Il posizionamento dell’Italia contrasta visibilmente con la rilevazione effettuata sulla popolazione generale con più di 15 anni, rispetto alla quale, con un 77% di risposte positive circa lo stato di salute, il nostro paese si trova ai primi posti, tra la Norvegia (77,4%) e la Svezia (76,5%).

A livello regionale, la Lombardia mostra indicatori più soddisfacenti della media. Nel 2019 la speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività era di 10,8 anni; valori più alti si registravano soltanto in Valle d’Aosta, in Piemonte, nel Friuli-Venezia Giulia e nella Provincia Autonoma di Trento. In un’ottica di genere, nello stesso anno gli uomini di 65 anni potevano attendersi di trascorrere in media altri 10,8 anni senza limitazioni, le donne 10,7: un buon traguardo per i primi, se si considerano le stime riferite alle altre regioni maggiormente comparabili, ma non per le altre, dal momento che Veneto, Emilia-Romagna e Toscana sono le uniche regioni del Centro-Nord con una più bassa speranza di vita femminile senza limitazioni a 65 anni.

**Figura 1 - PERCENTUALE DI OVER 65 CHE DICHIARANO DI TROVARSI IN UNO STATO DI SALUTE “BUONA” O “MOLTO BUONA”. ANNO 2017**



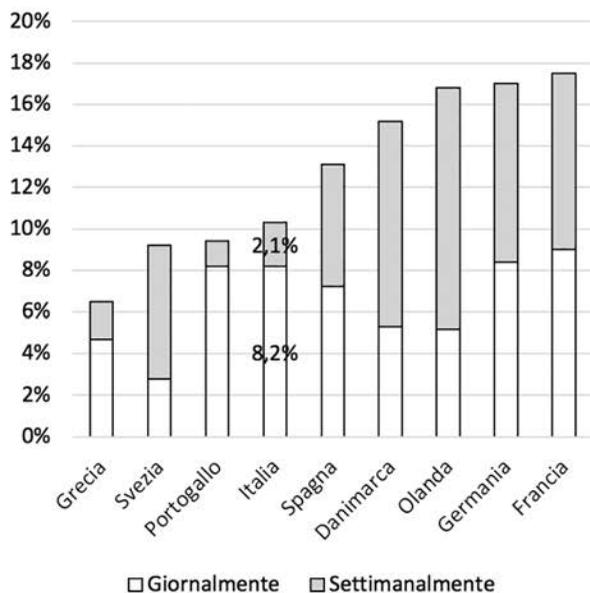
Fonte: OCSE

Questi dati restituiscono indicazioni inoppugnabili circa l’aumento della pressione che la dinamica demografica è destinata ad esercitare sul sistema sanitario e, più in generale, sull’intero tessuto sociale, dove il rapporto tra potenziali caregiver e “grandi anziani” fragili mostra un trend preoccupante. Nell’arco degli ultimi vent’anni il cosiddetto Oldest-Old Support Ratio (OOSR), che esprime quanti sono gli individui tra i 50 e i 74 anni per ogni ultra85enne (Robine *et al.*, 2007), in Italia è passato da un valore di 13,3 a 9,2 e in Lombardia da 14,5 a 9,3.

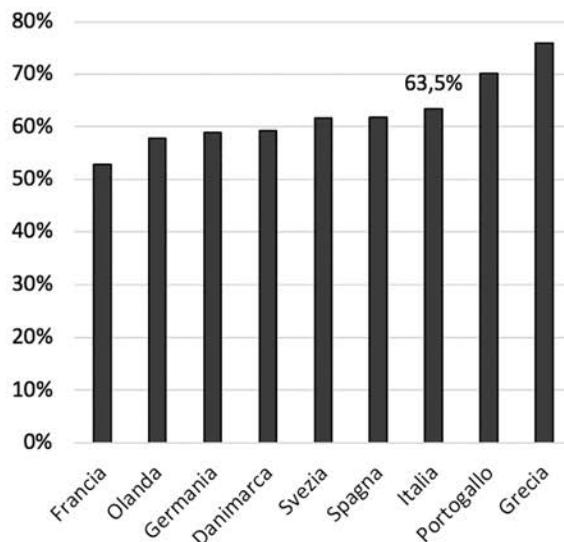
L’Italia – e allo stesso modo la Grecia, il Portogallo e la Svezia – ha una percentuale relativamente contenuta di persone ultra50enni che svolgono attività di caregiving (10,3%), rispetto alla Germania e alla Francia, dove l’incidenza è del 17-18%. Ciononostante, il nostro paese balza ai primi posti se si considera la quota di popolazione ultra50enne che si occupa quotidianamente di familiari fragili, che raggiunge l’8,2%. Come in Portogallo, l’attività di cura viene svolta quasi interamente in modalità “continuativa” e sono rari i casi di caregiver “saltuari” tra gli over 50: appena il 2,1% a fronte di percentuali pari o superiori al 10% in Danimarca e Olanda (Figura 2A).

**Figura 2 - DIFFUSIONE E FEMMINILIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI CAREGIVING. ANNO 2017**

**2A - Percentuale di caregiver informali (che svolgono l'attività con frequenza giornaliera o settimanale) sul totale della popolazione con 50 anni e oltre**



**2B - Percentuale di donne sul totale dei caregiver informali**



Fonte: OCSE

Vi sono altre tendenze, indipendenti dalla dinamica demografica, che mettono in discussione il modello di welfare italiano. Oltre alla consistenza numerica dei potenziali caregiver, infatti, è in calo anche la disponibilità individuale di tempo da dedicare alle cure dei familiari, a causa di uno spostamento dei tempi di vita dal lavoro domestico verso il lavoro per il mercato. Si consideri che nei primi anni Duemila era occupato circa il 63% della popolazione lombarda in età attiva, mentre nel 2019 questa percentuale aveva ormai raggiunto il 68,4%. A crescere, in particolare, è stata l'occupazione delle donne (dal 51% al 60%, all'incirca), sulle cui spalle ancora oggi ricade la maggior parte del lavoro di cura, in particolare nei paesi mediterranei (Figura 2B). Spesso però un'attività lavorativa non è compatibile con l'assistenza di una persona non autosufficiente o finisce per compromettere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, divenendo un vero fardello sulle spalle del caregiver. Le ricerche sul tema (Brodsky *et al.*, 2009) mostrano che i soggetti che si occupano di assistere persone non autosufficienti, specialmente se affette da demenza, sono esposti ad un maggiore rischio di provare sensazioni di oppressione, di contrarre patologie a carico della psiche (ansia, depressione) e del fisico (problemi cardio-vascolari, immunodepressione, bassa risposta alle vaccinazioni), di intraprendere abitudini non salutari (fumo, alcol, veglia prolungata), di andare incontro a una condizione di isolamento relazionale e di peggiorare la propria situazione finanziaria. Le esperienze internazionali suggeriscono però che alcune *policy*, in particolare quelle incentrate sulla flessibilità lavorativa, sul *counselling/training* e sul ricovero di sollievo, possono mitigare questi effetti negativi (OECD, 2019).

Bisogna poi tenere presente che sono sempre di più gli anziani non autosufficienti che non possono contare sui figli o sul coniuge (che rappresenta la principale figura di riferimento, nel momento del bisogno). L'evoluzione degli stili di vita e dei modelli familiari, infatti, ha reso più labili i legami tra le generazioni e sempre più persone si affacciano alla terza e alla quarta età prive di conviventi o senza una solida rete di supporto. Tra il 2009 e il 2019, gli ultra60enni lombardi che vivono soli sono aumentati da 603mila a 814mila.

## Il modello del welfare lombardo

Il servizio sanitario e socio-sanitario della Lombardia, uno dei più avanzati e virtuosi in Italia, vive una fase di grandi riforme sul piano organizzativo, le quali però non sembrano mettere in discussione alcuni dei suoi principi cardine:

- la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (di competenza del SSR) da quelle di erogazione, realizzate in un regime di concorrenza nell'ottica del quasi mercato;
- la libera scelta da parte del cittadino del professionista al quale affidarsi.

La riforma attuata mediante la LR 23/2015 mirava a migliorarne l'organizzazione, riconoscendo alcuni elementi di criticità del sistema, in particolare la rigida separazione tra livelli istituzionali (Regione, ASL, comuni) e aree di attività (sanitaria, socio-sanitaria, sociale) indotta anche dall'estrema frammentazione dell'offerta. Un problema, peraltro, caratterizzante l'intero territorio nazionale, che in Lombardia però assume particolare rilevanza.

Uno degli obiettivi principali di questa legge ancora incompiuta era sviluppare una modalità di presa in carico che integrasse le diverse attività garantendo alla persona la continuità della cura e la personalizzazione del percorso di assistenza. In sostanza, mettere in connessione le tre aree sopra elencate, grazie alla presenza delle nuove articolazioni amministrative della Regione – le ATS – che hanno il compito di effettuare una programmazione delle prestazioni da erogare a livello territoriale, seguendo gli indirizzi regionali emanati attraverso il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo (PSL) riguardante il quadro della domanda, i volumi di attività, il contenuto delle prestazioni, gli indicatori di controllo. A questi obiettivi mirava anche l'istituzione dell'”Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare)”, che avrebbe dovuto riassumere le deleghe dell'area sanitaria, di quella socio-sanitaria e di quella delle politiche sociali, favorendo la presa in carico multidimensionale, il riconoscimento dell'inseparabilità dei bisogni sociali e sanitari e la non sovrapposizione degli interventi. In realtà la riforma è stata attuata solo parzialmente, peraltro con modalità non condivise da molteplici attori delle politiche di welfare. In particolare, si fa riferimento alla logica che quattro anni fa ha accorpato all'interno dell'Assessorato al Welfare, sotto un'unica direzione, le politiche sanitarie con quelle socio-sanitarie, oltre che la gestione delle relative risorse. È opinione di alcuni esperti che questa innovazione abbia ulteriormente aumentato la rigidità degli interventi (Negrini, 2020) e favorito la “fagocitazione” delle funzioni socio-sanitarie da parte del sistema sanitario (Sebastiano, in una nostra intervista realizzata nel 2020); tanto che la convivenza sotto una stessa struttura tecnica delle competenze sanitarie e socio-sanitarie secondo le organizzazioni del Terzo settore dovrebbe essere messa in discussione. Anzi, più volte le stesse organizzazioni hanno chiesto ai vertici regionali di individuare un'autonoma direzione generale dedicata alle politiche di welfare sociale (e quindi socio-sanitarie, socio-assistenziali e sociali) con risorse e competenze adeguate al governo e alla programmazione di questi interventi (Negrini, 2020). Appare sempre più necessario dare maggiore spazio alla programmazione delle politiche sociali, nella consapevolezza che la presa in carico delle persone, l'accompagnamento a percorsi di autonomia, la prevenzione dalle situazioni di disagio e abbandono, la cura delle relazioni familiari, devono integrarsi con le prestazioni di natura prettamente sanitaria.

Un'altra innovazione importante (DGR XI/2019 del 31 luglio), è stato l'avvio del percorso di riordino della medicina territoriale per pazienti cronici e acuti e del suo raccordo con l'ambito ospedaliero, per mezzo di due nuove tipologie di unità di offerta territoriale: i PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) e i POT (Presidi Ospedalieri Territoriali). I primi, in coordinamento con i comuni, realizzeranno i servizi territoriali in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, mentre i secondi saranno deputati all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari. Secondo alcune fonti giornalistiche (Il Sole 24 Ore, 27 novembre 2020), in Regione prosegue la discussione circa il rafforzamento di queste specialità, le cui lacune sono emerse con forza durante la pandemia. In particolare, è al va-

glio l'ipotesi di potenziare l'attività di competenza dei medici di medicina generale (si punta ad un incremento del servizio ai cittadini per almeno 12 ore giornaliere su 6 giorni settimanali) e la diffusione di figure nuove, come l'infermiere di comunità e le USCA.

Gli effetti di queste innovazioni normative non sono ancora del tutto evidenti. Secondo i testimoni intervistati, tuttavia, il problema dell'insufficiente integrazione socio-sanitaria è lungi dall'essere risolto, poiché il raccordo tra servizi sociali e ATS è ancora molto labile, non consentendo la realizzazione di una vera presa in carico multidimensionale. Inoltre, non è ancora chiaro quale ruolo avranno nei prossimi anni le innovazioni nell'ambito della residenzialità leggera e in quello dei servizi domiciliari, previste dalla DGR 7769/2018 (ancora lontana da un'effettiva implementazione), con la quale la Regione ha inteso potenziare i servizi alternativi alle RSA in un'ottica di prevenzione e mantenimento delle condizioni che consentono all'anziano di trascorrere la vecchiaia nella propria abitazione.

Tuttavia, nonostante le numerose zone d'ombra e i punti di domanda, è possibile tracciare un quadro dello stato della rete dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti in Lombardia, prendendo in considerazione i dati più recenti disponibili.

Una premessa necessaria: il settore socio-sanitario lombardo è uno dei più sviluppati in Italia. Per quanto riguarda la spesa rivolta agli over 65, la Lombardia nel 2015 raggiungeva un valore di 561 euro pro capite (Network Non Autosufficienza, 2017) e, al confronto con le altre regioni, era preceduta soltanto dal Veneto (718 euro) e dall'Emilia Romagna (616 euro). La media nazionale era di 406 euro, mentre il Piemonte e la Toscana raggiungevano rispettivamente i 414 e i 441 euro pro capite. Allo stesso tempo, però, si evidenziava un marcato squilibrio tra la parte di spesa per i servizi residenziali (457 euro) e quella per i servizi domiciliari e ambulatoriali diurni: con 104 euro, la Lombardia presentava il valore più basso di tutto il Centro-Nord, superando a livello nazionale soltanto la Puglia, la Sicilia e la Calabria.

Come suggeriscono questi dati, il modello di LCT lombardo si caratterizza per un elevato livello di presa in carico da parte delle RSA, l'unità di offerta dominante nella regione, mentre le soluzioni di residenzialità leggera (alloggi protetti, comunità per anziani, ...) pur essendo previste dalla normativa hanno una diffusione molto contenuta. La Tabella 1 riporta un quadro sintetico delle tipologie di strutture residenziali presenti in Lombardia che danno assistenza agli anziani.

**Tabella 1 - CATEGORIE DI UNITÀ DI OFFERTA RESIDENZIALE PRESENTI IN LOMBARDIA**

Denominazione	N° unità (2019- 2020)	N° posti (2019- 2020)	Descrizione
RSA	717	64.973	È la struttura residenziale destinata ad accogliere persone anziane non autosufficienti (con vari gradi di compromissione funzionale, certificati dalle otto classi SOSIA alle quali si aggiungono i pazienti con morbo di Alzheimer). Garantisce interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, a promuoverne il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.
Alloggio protetto per anziani	131	2.041	È rivolto a persone di età superiore ai 65 anni, singoli o coppie che conservano un sufficiente grado di autonomia e che tuttavia necessitano di un ambiente controllato e protetto. Si caratterizza per la presenza, oltre alle abitazioni, di spazi comuni e per l’offerta di servizi/prestazioni sociali resi occasionalmente o continuativamente dal gestore.
Comunità alloggio sociale anziani (CASA)	52	350	Soluzione abitativa in grado di garantire tutela e protezione a persone anziane, di età uguale o superiore a 65 anni, fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione.
Hospice	40	427	È l’unità di offerta residenziale che eroga le cure cosiddette “palliative”, ovvero l’insieme degli interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

Fonte: Regione Lombardia

Secondo un’indagine di Cergas (2019) nel 2016 le RSA lombarde coprivano il 19% del fabbisogno assistenziale degli ultra75enni non autosufficienti (inteso come rapporto tra il numero di utenti presi in carico e il totale dei non autosufficienti), un tasso molto alto se paragonato a quello di alcune regioni comparabili, come Toscana (6%) ed Emilia-Romagna (10%). Gli stessi autori stimano, in ogni caso, che la quota più grande del fabbisogno venga “coperta” dalle badanti (56%) e che circa un quarto (25%) degli anziani non autosufficienti trovino risposte in un mix di caregiving informale e servizi pubblico/privati di natura domiciliare e semiresidenziale o che, semplicemente, non vedano soddisfatta le proprie necessità di assistenza (Tabella 2). La rete delle RSA lombarde, infatti, con i suoi 65mila posti, può ospitare poco più di un quinto degli ultra75enni non autosufficienti (che sono 313mila, secondo le stime più recenti disponibili) e appena il 18% degli over 65.

**Tabella 2 - COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE ULTRA75ENNE NNA PER TIPO DI COPERTURA DEL BISOGNO. ANNO 2016**

Regione	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Bisogno scoperto o coperto un mix di caregiving informale e servizi pubblico/privati di natura domiciliare e semiresidenziale
Lombardia	19,0%	56,4%	24,6%
Veneto	17,9%	60,4%	21,7%
Piemonte	18,1%	50,0%	32,0%
Emilia-Romagna	9,6%	49,7%	40,7%
Toscana	6,3%	44,4%	49,3%

Fonte: Cergas

Emerge quindi il ruolo ancora predominante delle “badanti”, che rappresentano la modalità più frequente di presa in carico, mediamente più economica rispetto al ricovero in RSA, ma anche meno qualificata. Il governo nazionale sembra aver rinunciato ad intraprendere azioni forti di governo del fenomeno; le diverse sanatorie che si sono susseguite negli anni per la loro regolarizzazione sembrano piuttosto segnalare una semplice presa d’atto della centralità delle badanti nel nuovo sistema di cura della popolazione anziana. Data l’importanza che queste rivestono all’interno del sistema socio-sanitario, anche se in una veste non formale, colpisce la timidezza con cui le amministrazioni regionali sono intervenute sulla materia. La Regione ha istituito, al livello degli ambiti territoriali, gli sportelli e i registri delle assistenti familiari finalizzati a favorire l’incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura (DGR 5648/2016 “Linee guida per l’istituzione dei registri territoriali e degli sportelli per assistenti familiari”) e da oltre un decennio promuove percorsi per la formazione di personale qualificato (LR n. 19/2007 “Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione”, LR n. 15/2015 “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari”) e buoni sociali in favore della retribuzione di assistenti familiari con contratti regolari. Tuttavia, secondo i testimoni che hanno preso parte alla nostra indagine, l’adesione a queste iniziative – che favorirebbero il miglioramento della qualità dell’assistenza, oltre che una maggiore tutela degli anziani e dei lavoratori – è ancora molto limitata. Secondo l’INPS, nel 2019 in Lombardia erano presenti 63mila lavoratori regolarmente assunti come badanti, di cui 59mila donne e 54mila di nazionalità straniera. Se si considera che solo tra gli ultra75enni non autosufficienti, sono circa 180mila a ricevere l’aiuto di un assistente familiare, è evidente come le cifre ufficiali siano ampiamente inferiori rispetto alla reale dimensione del fenomeno, in larga parte sommerso nel nero.

Lo scarso sviluppo dei servizi territoriali di tipo domiciliare e residenziale diurno contribuisce ad accentuare la rigidità del sistema. In Lombardia questi rappresentano una parte del tutto residuale dell’offerta. I primi, secondo Cergas, coprono una parte molto limitata del fabbisogno (2,9%), un dato che sembra correlato alla quasi totale assenza di questo tipo di soluzioni in ampie aree della regione (fonte: Indagine Istat sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati). Gli altri, sebbene vengano spesso annoverati tra i servizi per la non autosufficienza, vengono attivati soltanto in situazioni particolari della vita della persona e, avendo una natura prettamente sanitaria, rappresentano una modalità di presa in carico priva di carattere continuativo e multidimensionale. Soprattutto negli ultimi anni, durante i quali il servizio comunale di assistenza domiciliare (SAD) è entrato in una fase di crisi, perdendo attrattività agli occhi degli assistiti e delle loro

famiglie. Sul versante socio-sanitario, l'ADI nel 2019 raggiungeva soltanto il 2,7% degli anziani ultra65enni, una quota analoga a quella del Piemonte ma più bassa non solo rispetto a Emilia-Romagna, Veneto, e Toscana (> 3%), ma anche alla media nazionale, pari al 2,8% (fonte: Italia Longeva). Ciascun caso trattato riceve in media 12 ore di assistenza (dato 2017 fornito dal Ministero della Salute), a conferma del carattere intensivo del servizio, che nella maggior parte dei casi ha lo scopo di rispondere a specifiche esigenze sanitarie, circoscritte nel tempo, di pazienti acuti o post-acuti, in particolare di coloro che vengono dimessi dai reparti ospedalieri.

Anche i servizi sociali di competenza comunale (in parte erogati a livello di ambito di zona) forniscono una copertura molto ridotta. Nel 2018 la percentuale di anziani con una cartella sociale attiva presso l'assistente sociale era del 3,1%, mentre raggiungeva il 6,6% in Emilia-Romagna e l'8,8% in Veneto (Tabella 3). I servizi in kind per il supporto alla domiciliarità raggiungono soltanto una minima parte dei residenti: l'1,2% il trasporto sociale, l'1,1% il SAD e lo 0,2% il servizio di telesoccorso/teleassistenza.

**Tabella 3 - PERCENTUALE DI OVER 65 BENEFICIARI DI ALCUNI SERVIZI SOCIALI GESTITI DAI COMUNI IN FORMA SINGOLA O ASSOCIATA. ANNO 2018**

	<b>Cartelle sociali attive presso l'assistente sociale</b>	<b>Assistenza domiciliare socio- assistenziale (SAD)</b>	<b>Telesoccorso e teleassistenza</b>	<b>Trasporto sociale</b>	<b>Centri diurni</b>
Piemonte	5,9%	0,7%	0,2%	2,8%	0,1%
Lombardia	3,1%	1,1%	0,2%	1,2%	0,3%
Veneto	8,8%	1,2%	0,9%	1,2%	0,3%
Emilia-Romagna	6,6%	1,2%	0,1%	1,0%	0,4%
Toscana	5,2%	0,6%	0,1%	0,3%	0,2%

Fonte: elaborazione Ires Lucia Morosini su dati Istat

# L'OFFERTA RESIDENZIALE IN LOMBARDIA

## Le RSA lombarde: il quadro statistico

In una fase di progressiva espansione della domanda determinata dai fenomeni che abbiamo delineato, si è osservata la tendenza ad ampliare l'offerta residenziale nei paesi tradizionalmente meno orientati a questo tipo di soluzioni. Tra il 2008 e il 2018, sulla base delle rilevazioni effettuate dall'OCSE, in Italia la dotazione di posti letto all'interno delle residenze per anziani è aumentata da 16,2 a 18,6 ogni 1.000 ultra65enni, un dato non scontato se si considera il concomitante aumento della popolazione appartenente a questa fascia anagrafica. Ciononostante, dalle rilevazioni effettuate emerge come negli ultimi anni il nostro paese non abbia colmato il gap che lo separa dalle nazioni maggiormente comparabili, il quale anzi si è persino ampliato, in alcuni casi. In Spagna, ad esempio, sono presenti ormai 43,7 posti letto ogni 1.000 anziani, un tasso che eguaglia quello britannico e si posiziona non distante da quello francese e tedesco.

Anche la dimensione della forza lavoro conferma il minor grado di sviluppo del settore nel nostro paese. I lavoratori occupati nelle strutture residenziali italiane sono 1,2 ogni 100 anziani residenti (dato riferito al 2017), un valore molto più basso rispetto a quello della Germania e dell'Olanda (Tabella 4). Il rapporto tra infermieri e OSS è di circa uno a tre, simile a quello osservato in Francia, Olanda e Giappone ma distante da quello degli Stati Uniti e soprattutto della Germania, dove è rispettivamente di 1 a 2 e di 1 a 1, segnalando un maggior grado di professionalizzazione del personale e di specializzazione delle prestazioni erogate.

**Tabella 4 - RISORSE A DISPOSIZIONE DEL SETTORE DELLE RESIDENZE PER ANZIANI. ITALIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI OCSE. PERIODO 2008-2018**

Indicatore	Posti letto per 1.000 over 65		Lavoratori per 100 over 65	Lavoratori per 100 over 65	Lavoratori per 100 over 65
	2008 (o il più recente degli anni precedenti)	2018 (o il più recente degli anni precedenti)	- totale	- di cui infermieri	- di cui OSS
Corea del Sud	14,1	24,0	1,0	0,1	0,9
Finlandia	61,6	56,0	N. d.	N. d.	N. d.
Francia	49,3	49,9	1,8	0,4	1,4
Germania	49,0	54,4	3,2	1,6	1,6
Giappone	26,2	24,1	1,4	0,3	1,1
Grecia	N. d.	1,8	N. d.	N. d.	N. d.
Irlanda	47,9	46,7	3,0	1,0	2,0
Italia	16,2	18,6	1,2	0,3	0,9
Olanda	70,1	72,8	4,5	1,2	3,3
Norvegia	59,6	44,8	N. d.	N. d.	N. d.
Regno Unito	55,2	43,8	N. d.	N. d.	0,5
Spagna	26,6	43,7	N. d.	N. d.	N. d.
Stati Uniti	42,5	33,4	3,0	1,0	1,9
Svezia	84,1	70,3	N. d.	N. d.	N. d.

Fonte: OCSE

Come anticipato, la Lombardia è tra le regioni italiane che adottano un modello assistenziale maggiormente orientato alla presa in carico di tipo residenziale. La scarsa disponibilità di dati puntuali ha limitato per lungo tempo le considerazioni che potevano essere avanzate sull'entità delle differenze tra l'offerta residenziale delle diverse aree del Paese. Fino a poco tempo fa, le uniche informazioni disponibili che consentivano di effettuare comparazioni territoriali provenivano dall'indagine Istat sui Presidi Residenziali Socio-assistenziali e Socio-sanitari, che ha il merito di rilevare, in modo indipendente dalle denominazioni giuridiche e dalle classificazioni normative locali, la consistenza delle strutture pubbliche e private che erogano servizi di assistenza residenziale nelle 21 regioni e province autonome italiane. Secondo questa fonte, l'offerta residenziale lombarda ha vissuto tra il 2009 e il 2016 (ultimo anno di rilevazione) una riduzione della capacità di presa in carico (Arlotti e Ranci, 2020) che è coincisa con una fase di trasformazione delle residenze lombarde durante la quale è venuta meno, progressivamente, la loro funzione di accoglienza sociale/alberghiera in favore di un'offerta maggiormente "sanitarizzata" in cui trova minore spazio l'assistenza ad ospiti autosufficienti. Dati più recenti indicano tuttavia che negli ultimi anni l'offerta residenziale in Lombardia è tornata a crescere in termini di posti letto, anche in concomitanza del processo di sanitarizzazione. Da un'analisi di Italia Longeva (2020) condotta su dati del Ministero della Salute è emerso che nel 2019 risiedevano in RSA il 4,3% degli ultra65enni lombardi (Tabella 5), in forte aumento sia rispetto all'anno precedente (3,8%) sia rispetto al 3% rilevato dall'Istat nel 2016 e riferito all'intera offerta residenziale comprensiva delle unità "leggere". Il tasso lombardo è inferiore soltanto a quella di Trento (9,6%) e del Piemonte (4,5%)<sup>4</sup>. Seguono il Friuli-Venezia Giulia (4%), il Veneto (3,6%), la Liguria e l'Umbria (3%). Va però ricordato che, nel quadro nazionale, la Lombardia si confronta con vaste aree del Paese – in particolare le regioni del Mezzogiorno – che soffrono una storica povertà di questi servizi. Secondo una rilevazione dell'OCSE riferita al 2018, il primato nazionale delle regioni del Nord Italia nella copertura dei servizi residenziali svanisce nel confronto con le altre nazioni europee, essendo essa superiore a quella spagnola, portoghese e irlandese ma molto simile a quella di Germania, Francia e paesi scandinavi (4%-4,5%).

**Tabella 5 - QUOTA DI ULTRA-65ENNI OSPITI IN RSA (VALORI %). ITALIA E REGIONI DEL CENTRO-NORD**

<b>Regione</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Lombardia	3,8	4,3
Valle d'Aosta	0,1	0,9
Piemonte	3,4	4,5
Liguria	3,0	3,0
Bolzano	N.d	N.d
Trento	9,4	9,6
Veneto	3,5	3,6
Friuli-Venezia Giulia	3,0	4,0
Emilia-Romagna	2,6	2,6
Toscana	2,1	2,1
Italia	2,2	2,4

Fonte: Italia Longeva

Ancora sulle RSA in senso stretto, le informazioni disponibili più dettagliate provengono dal portale Open Data della regione Lombardia, che mette a disposizione dei cittadini una serie di informazioni su tutte le RSA accreditate dal servizio sanitario. L'ultimo aggiornamento, effettuato nel mese di maggio 2020, riporta la presenza di 717 unità locali nel territorio regionale (Tabella 6). Esse dispongono di 58.133 posti letto accreditati, cui vanno sommati 2.506 posti letto autorizzati ma non finanziati dal SSR (i cosiddetti "solventi"), in parte destinati ai ricoveri di sollievo, e 4.344 destinati ai pazienti affetti dal Morbo di Alzheimer. Quest'ultima tipologia è significativamente aumentata di consistenza, dopo che la DGR XI-1046 del 2019 ha dirottato una parte delle risorse finalizzate al sostegno delle rette verso l'ampliamento dell'offerta per soggetti "con elevato carico assistenziale", per mezzo di conversione di posti ordinari.

**Tabella 6 - DATI PRINCIPALI SULLE RSA LOMBARDE: STRUTTURE E POSTI LETTO. ANNO 2020 (MAGGIO). LOMBARDIA E ATS**

ATS	Comuni in cui è ubicata almeno una struttura	Numero strutture	Posti autorizzati	Posti accreditati		
				Totali	di cui Ordinari	di cui Alzheimer
Bergamo	59 (24%)	67	6.313	6.131	5.672	459
Brescia	72 (44%)	86	7.085	6.410	6.044	366
Della Brianza	50 (35%)	69	6.105	5.804	5.376	428
Insubria	74 (31%)	109	9.842	9.535	8.908	627
Milano	76 (39%)	164	18.005	17.554	16.015	1.539
Montagna	43 (26%)	48	3.629	3.444	3.260	184
Pavia	65 (35%)	86	5.972	5.847	5.482	365
Val Padana	70 (40%)	88	8.022	7.742	7.376	366
Lombardia	509 (34%)	717	64.973	62.467	58.133	4.334

Fonte: Regione Lombardia

Come mostrano i dati riportati nella Tabella 7, la maggior parte dei posti letto autorizzati al funzionamento sono collocati in unità residenziali medio-grandi e soltanto il 7% si trova in residenze con capienza non superiore ai 50 posti. Dall'altro lato, il 17% dell'offerta viene soddisfatta da strutture tra i 150 e i 300 posti e il 6% da quelle con più di 300 posti. La scarsa disponibilità di dati non consente di accostare queste cifre a quelle delle regioni maggiormente comparabili, ad eccezione del Piemonte, dove le strutture da 50 o meno posti letto corrispondono al 22% della capienza e ve ne è una sola con più di 300 posti. In ogni caso, anche sulla base delle testimonianze aneddotiche di vari esperti, il sistema di residenzialità lombardo si distingue rispetto a quello delle altre regioni per la maggiore dimensione delle strutture, in particolare nell'area milanese/lodigiana e in quella bergamasca, dove le residenze con almeno 150 posti offrono rispettivamente il 34% e il 29% della capienza. Le ATS di Pavia e della Montagna vedono prevalere invece strutture di dimensioni medio-piccole fino a 99 posti, dove sono collocati il 60-65% dei posti letto.

Di questa caratteristica dell'offerta lombarda sono state fornite diverse letture, durante le interviste e le sessioni di focus group. Secondo alcuni testimoni, le unità di dimensioni piccole sono preferibili perché favoriscono la personalizzazione dell'assistenza, l'umanizzazione delle cure e la valorizzazione della persona, consentendo inoltre di instaurare un rapporto più stretto tra operatori e ospiti, condizione necessaria per realizzare PAI articolati ed efficaci. Altri testimoni, invece, hanno evidenziato come la frammentazione del settore in tante unità locali determini difficoltà organizzative e gestionali ed anche l'impossibilità di attivare servizi che richiedono di sfruttare le eco-

nomie di scala. Non è semplice individuare la dimensione ottimale delle strutture, ma non è detto che essa debba rappresentare necessariamente la caratteristica decisiva della qualità dell'assistenza. Anche le RSA di grandi dimensioni possono garantire servizi attenti alle esigenze del singolo, facendo proprie, grazie alle maggiori possibilità di organizzazione, le virtù delle piccole. Per farlo, però, è necessario valorizzare gli spazi di vita e limitare, laddove possibile, il turnover e l'instabilità delle équipe, cercando di costruire legami solidi tra ospite, personale sanitario e personale di servizio. Le stesse famiglie dovrebbero avere la possibilità di interfacciarsi con referenti che conoscono personalmente l'anziano, figure che in molti casi non sono presenti.

**Tabella 7 - COMPOSIZIONE PERCENTUALE DEI POSTI LETTO RISPETTO ALLA DIMENSIONE DELLA STRUTTURA (PERCENTUALI DI RIGA). ANNO 2020 (MAGGIO). LOMBARDIA E ATS**

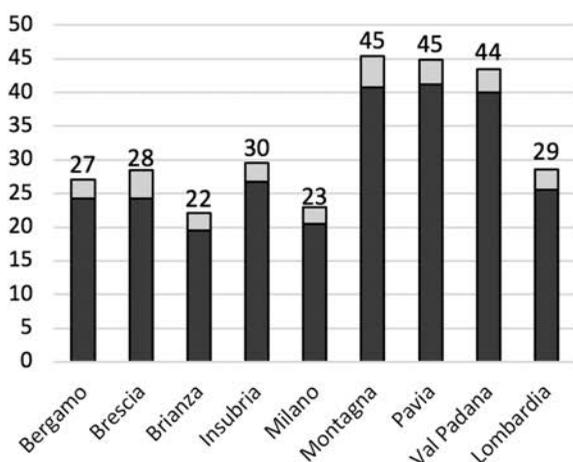
	<b>Fino a 49</b>	<b>50-99</b>	<b>100-149</b>	<b>150-200</b>	<b>300 e oltre</b>
Bergamo	5%	37%	29%	22%	7%
Brescia	11%	35%	44%	9%	0%
Della Brianza	8%	35%	36%	14%	6%
Insubria	6%	37%	35%	14%	8%
Milano	2%	29%	35%	22%	12%
Montagna	10%	52%	29%	8%	0%
Pavia	16%	51%	22%	11%	0%
Val Padana	9%	33%	36%	19%	4%
<b>Lombardia</b>	<b>7%</b>	<b>36%</b>	<b>34%</b>	<b>17%</b>	<b>6%</b>

Fonte: Regione Lombardia

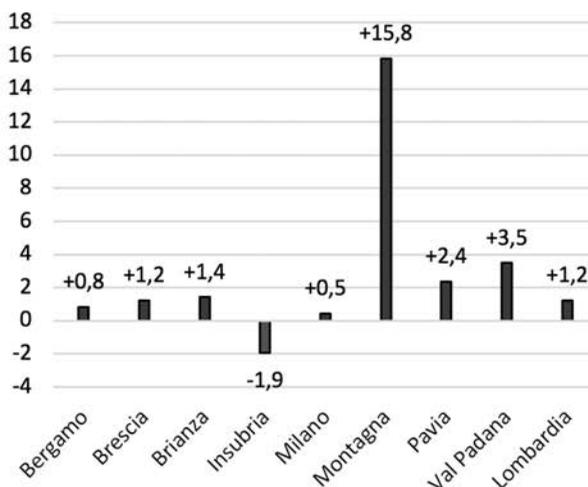
Guardando alla distribuzione territoriale dell'offerta, balza subito all'occhio la diffusione capillare delle strutture: in più di un terzo dei comuni lombardi (34%) è presente almeno una RSA, e nell'ATS di Brescia e della Val Padana si osservano percentuali superiori al 40%. Tuttavia, la dotazione di posti letto non è uniforme, ma appare concentrata nelle zone più periferiche rispetto all'area metropolitana della Grande Milano. A fronte di un tasso regionale medio di 29 posti per 1.000 residenti anziani, le ATS afferenti ai territori di Pavia, Mantova e Cremona ne hanno tra i 44 e i 45, così come l'ATS della Montagna, la cui dotazione di posti letto è incrementata significativamente dal 2014, quando era in linea con la media regionale (Figura 3). È possibile che questa tendenza centrifuga nella localizzazione delle strutture abbia una relazione con il costo di numerosi fattori produttivi: in primo luogo, il prezzo al metro quadro degli edifici, ma anche il costo del lavoro. A conferma di questa ipotesi, i tassi per fascia di ampiezza comunale mostrano che l'offerta di posti letto è concentrata nei comuni di dimensioni piccole e medie, dove le quotazioni immobiliari consentono di effettuare investimenti meno onerosi. Tassi superiori alla media regionale si osservano in tutte le fasce demografiche che comprendono i comuni con meno di 20.000 abitanti, viceversa la dotazione è minore nei comuni di ampiezza superiore ai 20mila (Figura 4).

**Figura 3 - POSTI LETTO AUTORIZZATI PER 1.000 RESIDENTI OVER 65. LOMBARDIA E ATS**

**3A - Anno 2020 (maggio)**

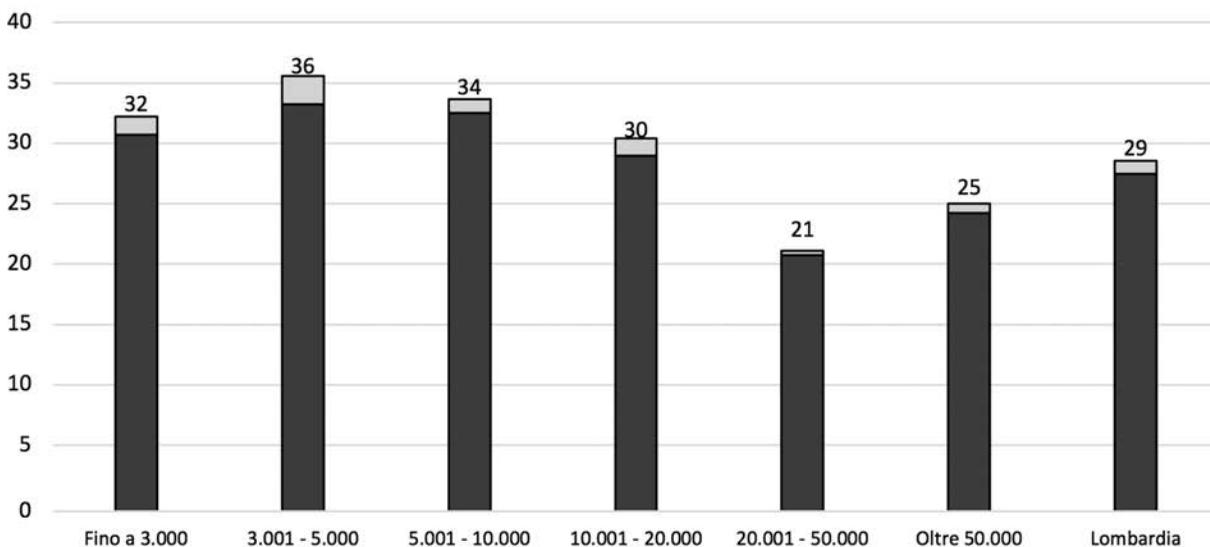


**3B - Variazione 2014 (dicembre) - 2020 (maggio)**



Fonte: Regione Lombardia, Osservatori sindacali e Istat

**Figura 4 - POSTI LETTO AUTORIZZATI PER 1.000 RESIDENTI OVER 65. ANNO 2020 (MAGGIO). LOMBARDIA E FASCE DI AMPIEZZA COMUNALE**



Fonte: Regione Lombardia e Istat

Naturalmente, la localizzazione delle RSA non è un dato privo di conseguenze. Come evidenziato da alcuni degli intervistati, la carenza di posti letto in diverse aree della regione spinge le famiglie a fare domanda in strutture distanti dall'abitazione dell'anziano. In Lombardia, infatti, la normativa, recentemente richiamata da alcune sentenze del TAR regionale, prevede il diritto di libera scelta del servizio per la riabilitazione e la cura socio-sanitaria, purché sia localizzato entro i confini regionali. Questo principio tutela la possibilità da parte degli anziani e delle famiglie di scegliere la struttura in base alle loro preferenze e al prezzo, ma secondo alcuni intervistati questo è un diritto spesso impossibile da esercitare, in parte causa della complessità di una valutazione og-

gettiva *ex ante* della qualità del servizio erogato da una determinata struttura (e la sua comparazione rispetto alle altre opzioni disponibili), in parte per la dimensione raggiunta dalle liste di attesa, che in molti casi non lascia altra scelta che “andare dove c’è posto”. Si consideri che le domande in attesa di un posto disponibile, al 31 dicembre 2019, superavano di gran lunga la dotazione complessiva di posti letto (quasi interamente occupati<sup>5</sup>), una cifra che, tenuto conto della possibilità di presentare domande in più strutture per la stessa persona, potrebbe corrispondere all’incirca a 25mila potenziali utenti in attesa. Se nelle ATS di Pavia, Val Padana, Milano e dell’Insubria vi erano tra 1 e 1,5 domande in lista di attesa per ciascun posto letto, nell’ATS della Brianza questo rapporto era superiore a 2 e in quelle di Bergamo e Brescia a 2,5. L’ormai cronica carenza di posti letto, aggravatasi durante gli ultimi anni, spinge quindi le persone lontano dal proprio contesto familiare, con il rischio di determinare una rottura dei legami tra l’utente e il suo territorio di origine, compreso il sistema dei servizi sociali, sempre più “scollato” dalla realtà delle RSA.

## **La gestione finanziaria e il ruolo del privato**

Anche se siamo abituati a pensare alle RSA come entità afferenti al servizio sanitario universale, da molti anni, in particolare a partire dal processo di riforma della sanità lombarda iniziato nel 2001, la loro gestione diretta da parte del pubblico è progressivamente venuta meno. All’inizio degli anni Duemila, prima del riordino delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) avviato con la L.r. 1/2003, quasi il 60% delle RSA (o strutture assimilabili ad esse) erano di proprietà e gestione pubblica; tra il 2001 e il 2004 si è realizzato un drastico ridimensionamento di questa forma proprietaria (16%), che è proseguito fino ai giorni nostri. Nel 2010 rappresentava il 12% e la sua incidenza è ormai scesa all’8% (dato rilevato a maggio 2020). In Piemonte ed Emilia-Romagna la quota di strutture di proprietà pubblica, anche se minoritaria, mantiene tutt’oggi un peso più rilevante, rispettivamente del 25 e del 38%.

Una tendenza particolarmente rilevante all’interno del settore è quindi l’aumento della presenza del privato, comprese le cooperative sociali e le società a scopo di lucro, una categoria giuridica che fino a pochi anni fa aveva un ruolo minoritario all’interno del settore dei servizi socio-sanitari alla persona.

L’attuale configurazione è la diretta conseguenza del processo di riforma che ha puntato al superamento del modello dello “stato sociale” e all’introduzione del “quasi mercato”: in sostanza, diversi erogatori – pubblici e privati accreditati dalla Regione stessa – oggi competono tra loro per attrarre l’utente. Le ATS, pur rinunciando nella maggior parte dei casi a gestire direttamente i presidi residenziali per non autosufficienti mantengono, almeno sulla carta, un ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni e controllo. In particolare, il pubblico assume il compito di autorizzare al funzionamento le strutture che rispettano i requisiti strutturali/gestionali e accreditare i posti letto sulla base del fabbisogno espresso a livello di ATS. Nel rispetto della normativa, tutti gli operatori privati possono entrare nel mercato e, dal lato della domanda, chiunque può richiedere il ricovero in struttura. Tale assenza di vincoli non è una costante nelle altre regioni italiane. In Veneto, ad esempio, il pubblico assume un ruolo più preponderante, mantenendo la prerogativa di imporre dei paletti alla realizzazione di nuove strutture, che viene autorizzata soltanto quando la programmazione regionale ha previsto la necessità di incrementare la dotazione di posti letto. Nella stessa regione, il ricovero avviene esclusivamente previo rilascio di un’impegnativa da parte dell’unità di valutazione dipendente dalle ULSS. Il fenomeno autorizza a ritenere che, almeno in questo settore, la Regione Lombardia non assuma un ruolo proattivo e piuttosto che mettere in atto una programmazione strategica e articolata, si limiti a regolamentare ciò che è stato prodotto dal mercato.

Bisogna però considerare che un’ampia fetta di ciò che oggi ricade sotto la dicitura “privato” è costituita da strutture ex IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza) andate incontro a un processo di de-pubblicizzazione ad opera delle Regioni e trasformatesi in forme associative pri-

vate, al cui interno, nei consigli di amministrazione, siedono anche membri di nomina pubblica (comunale e regionale). Vi sono poi le associazioni laiche e religiose non profit, i cui obiettivi sono di natura filantropica. Infine, sono molte le realtà in cui pubblico e privato si compenetrano, come nel caso delle società a partecipazione pubblica o delle RSA ubicate in immobili di proprietà comunale ma gestite in appalto da cooperative. Nella Tabella 8 è riportata la composizione delle RSA lombarde e dei loro posti letto rispetto alla natura giuridica della proprietà. Delle 717 RSA lombarde, il 68% sono di proprietà di enti del Terzo Settore senza scopo di lucro, il 25% di aziende private for profit e l'8% di proprietà pubblica (comuni, sistema sanitario, aziende speciali). Quest'ultima tipologia si caratterizza per una maggiore dimensione in media (104 posti letto) rispetto al privato (90).

**Tabella 8 - DISTRIBUZIONE DELLE RSA LOMBARDE E DEI POSTI LETTO AUTORIZZATI RISPETTO ALLA NATURA PROPRIETARIA. ANNO 2020 (MAGGIO). LOMBARDIA**

Tipologia	Strutture		Posti letto autorizzati		Numero medio di posti letto autorizzati per struttura
	Valori assoluti	Incidenza sul totale*	Valori assoluti	Incidenza sul totale*	
Privato	663	92%	59.465	92%	90
- di cui senza scopo di lucro (Associazioni, Cooperative sociali, Enti ecclesiastici, Enti morali, Enti religiosi, Fondazioni)	484	68%	43.656	67%	90
- di cui imprese (SRL, SPA, Società consortili, Società cooperative)	179	25%	15.809	24%	89
Pubblico (ASP, ASST, Aziende speciali, Comuni, Istituzioni di enti locali, Società di servizi)	54	8%	5.508	8%	104
<b>Totale</b>	<b>717</b>	<b>100%</b>	<b>64.973</b>	<b>100%</b>	<b>91</b>

\* Le percentuali riportate in tabella, a causa degli arrotondamenti, possono non sommare a 100.

Fonte: elaborazione Ires Lucia Morosini su dati Regione Lombardia

Nel contesto lombardo, dominato da una costellazione di attori tra loro in competizione, ma con dimensioni, natura giuridica e *mission* tra loro molto diverse, non è semplice farsi un'idea dello stato di salute finanziaria delle RSA. Questo però è un esercizio indispensabile per comprendere se, nell'assetto attuale, sussistono le condizioni di sostenibilità finanziaria per i diversi operatori già presenti sul mercato, oltre che la possibilità di realizzare investimenti e avviare nuove attività, tenuto conto della necessità di colmare gli attuali deficit di offerta. È importante inoltre monitorare i risultati delle aziende allo scopo di valutare il grado di coerenza tra la remunerazione del capitale investito e l'elevato impegno economico che le famiglie devono sostenere per il pagamento delle rette.

Le elaborazioni realizzate da Duff & Phelps REAG evidenziano come in Italia gli investimenti immobiliari nel campo della sanità e dell'assistenza agli anziani si mantengano su livelli molto più bassi rispetto ai principali partner europei, nonostante nel nostro paese siano presenti alcuni driver che potrebbero fornire importanti stimoli: il sottosviluppo del settore residenziale, le proiezioni di una domanda in forte crescita, i prezzi contenuti dei fabbricati in molte aree dell'Italia, il basso rischio degli investimenti in healthcare, poco esposti alle fluttuazioni del ciclo economico. Si sti-

ma che la spesa sostenuta nel 2018 sia stata di poco superiore al mezzo miliardo, appena la metà del 2017, a fronte degli 1,2 miliardi realizzati in Spagna, dei 2,7 della Francia e dei 6 della Germania. Nel biennio 2016-17 i principali investitori italiani sono stati una ventina di player istituzionali (76%) e le banche (18%). La Lombardia attrae quasi la metà (45,7%) degli investimenti realizzati a livello nazionale.

Allo scopo di meglio comprendere le caratteristiche delle aziende che offrono prestazioni residenziali all'interno delle RSA, abbiamo analizzato i bilanci di un campione di dieci realtà attive in questo settore e operanti in Lombardia. La scelta "ragionata" del campione aveva l'obiettivo di includere attività presenti in un insieme di province di interesse (Milano, Como, Cremona, Bergamo e Brescia) e di consentire la comparazione tra soggetti che si distinguono per forma giuridica (imprese private, privato sociale/no profit, organismi di diritto pubblico) e per dimensione. Sono state prese in considerazione, quindi, società con poche decine e con migliaia di dipendenti, società con un fatturato inferiore ai 10 milioni di euro e di centinaia di milioni.

Ricordiamo che il bilancio viene redatto dalle aziende al termine di ogni esercizio finanziario per determinare il reddito prodotto nel medesimo ed il relativo capitale di funzionamento. Il bilancio d'esercizio, obbligatorio ai sensi della legislazione vigente, è un documento consuntivo che assolve 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).

Le informazioni riportate nel bilancio rivelano la presenza di politiche del personale e di gestione delle risorse umane molto diversificate. È possibile individuare, osservando il conto economico, un gruppo di società che fa affidamento prevalentemente su personale dipendente (incidenza della spesa per il personale superiore al 40% del totale dei costi) e un gruppo che, presumibilmente, affida la gestione dei servizi alle cooperative (incidenza inferiore all'8%). In entrambi i gruppi sono presenti sia aziende di grandi dimensioni sia aziende di dimensioni medio-piccole. La maggior parte del personale dipendente è assunto a tempo indeterminato: ad eccezione della Residenza Primavera (65%), tutte le strutture hanno un tasso di lavoratori con contratti permanenti superiore all'80%, e in quattro aziende la quota è pari o superiore al 93%. Risulta molto alta l'incidenza del part time, che in quattro strutture interessa più della metà degli addetti; ai due poli opposti troviamo Cremona Solidale (12%) e Oasi Cerro (79%). Un'analisi condotta da Legance-Duff & Phelps-UbiBanca su un campione più vasto di aziende italiane mostra che la tendenza ad internazionalizzare il personale è maggiore tra gli operatori del no profit, che sostengono in media costi per il personale superiori al 50% dei propri ricavi, quota che tra gli operatori for profit si riduce a poco più di un terzo ma è compensata dalla maggiore quota di spesa per i servizi.

Il campione di dieci aziende che abbiamo preso in esame ha mostrato nel biennio 2018-2019 una tendenza al peggioramento degli indicatori di redditività<sup>6</sup>, pur in presenza di un aumento dei ricavi, i quali però sono cresciuti a un tasso inferiore rispetto ai costi di produzione, determinando una riduzione del risultato della gestione caratteristica. Le ragioni di questa flessione andrebbero indagate su un campione di numerosità più consistente e maggiormente rappresentativo dell'ampio e variegato universo delle aziende operanti in Lombardia. In ogni caso, è ipotizzabile che la flessione sia legata alla dinamica negativa del ciclo economico che ha caratterizzato il 2019, un anno di deterioramento della congiuntura del quale potrebbero avere risentito anche le RSA.

In ogni caso, è emerso un quadro di generale sostenibilità finanziaria in cui prevalgono gli operatori che sono stati in grado di chiudere il proprio bilancio in attivo (nove su dieci)<sup>7</sup>. Peraltro, diverse aziende hanno conseguito utili molto consistenti, corrispondenti ad una fetta significativa dei loro ricavi. Tre di loro, tutte di grandi dimensioni e appartenenti al privato for profit – il Gruppo KOS, la Sereni Orizzonti e la Croce di Malta –, hanno riportato un utile che corrisponde, rispettivamente, ad una quota pari al 6, all'8 e all'11% dei loro ricavi (Tabella 9). Sono percentuali che superano di almeno un ordine di grandezza quelle osservate nelle tre società municipali apparte-

menti al campione (Pio Albergo Trivulzio, AS Comune di Concesio e Cremona Solidale), il cui utile nel 2019 è inferiore all'1% dei ricavi. La propensione a generare utili è riscontrabile persino nelle realtà di emanazione pubblica e del privato sociale, che per mission e statuto giuridico dovrebbero destinare l'eventuale profitto agli investimenti funzionali al raggiungimento degli scopi organizzativi. Ad esempio, la società cooperativa Coopselios ha chiuso entrambi gli esercizi 2018 e 2019 con un utile a sette cifre e il Pio Albergo Trivulzio nel 2018 riportava un risultato superiore a 3 milioni di euro, pari al 4% dei ricavi. Anche Cremona Solidale, un'azienda comunale di piccole dimensioni titolare di una sola RSA (oltre ai servizi di comunità alloggio, centro diurno, ADI, ...) ha conseguito un utile di quasi 500mila euro nel 2017 e di 200mila euro nel 2018.

**Tabella 9 - INDICATORI DI REDDITIVITÀ DI UN CAMPIONE DI AZIENDE ATTIVE NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE IN LOMBARDIA. ANNI 2018 E 2019**

Azienda	Forma giuridica	ROE		ROS		ROI		Utile/ricavi netti	
		2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Oasi Cerro	SRL	-17,0%	-15,8%	-3,7%	-14,1%	-2,7%	-10,3%	-3,7%	-13,4%
Kos	SRL	9,4%	11,0%	10,4%	11,2%	5,7%	8,1%	6,0%	6,5%
Coopselios	Cooperativa sociale	3,6%	6,0%	2,0%	3,6%	2,1%	3,9%	1,4%	2,2%
Croce di Malta	SRL	30,1%	42,7%	14,4%	13,9%	15,4%	17,3%	11,0%	10,9%
Segesta	SRL	2,1%	12,2%	1,2%	1,3%	1,7%	2,1%	0,3%	1,7%
Sereni Orizzonti	SPA	8,9%	10,7%	12,9%	14,0%	7,4%	8,4%	7,9%	8,8%
Istituto Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio	Azienda di servizi alla persona	0,2%	3,2%	-3,0%	-3,4%	-1,3%	-1,4%	0,3%	4,1%
Azienda Speciale comune di Concesio	Azienda municipale	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,2%	0,2%
Cremona Solidale*	Azienda municipale	3,8%	8,8%	1,4%	3,2%	3,1%	6,9%	0,9%	2,3%
Residenza Primavera	SRL	12,7%	48,8%	0,0%	1,4%	0,0%	4,8%	0,3%	0,9%

\* Esercizi 2018 e 2017

Va precisato che due aziende, pur chiudendo con un utile, hanno riportato al 31 dicembre 2019 un risultato operativo negativo (dato dalla differenza tra valore e costi della produzione). Si tratta della Residenza Primavera (-332 euro) e degli Istituti Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio (-2,3 milioni di euro). Nel primo caso la lieve perdita nella gestione caratteristica è stata compensata dal valore positivo dei proventi e dall'azzeramento degli oneri finanziari; nel secondo caso il risultato negativo (-2,3 milioni nel 2019, -2,5 nel 2018) si è sommato ai proventi derivanti dalle alienazioni di terreni ed immobili, determinando un utile al termine dell'esercizio generato da operazioni aventi natura straordinaria. L'azienda in questione vanta crediti, interamente a breve, per 11,9 milioni. Incidono su questo ammontare, in particolare, 4,8 milioni verso l'ATS Milano per prestazioni erogate in convenzione con il SSR e 4,6 milioni per crediti verso solventi per rette RSA. I crediti, riportati al valore presunto di realizzo, tengono conto dell'elevato ammontare del fondo svalutazione crediti (5,8 milioni).

In relazione all'epidemia da Covid-19, la nota integrativa dei bilanci non fa menzione, fatta eccezione per la Residenza Primavera, del problema dei contagi tra gli ospiti e gli addetti. Tuttavia,

diverse aziende prospettavano un 2020 di crisi per via dei maggiori costi indotti dalle misure di prevenzione e della contrazione dei ricavi dovuta alla sospensione di numerose attività, confermando le sensazioni ricavate dai testimoni privilegiati interpellati nei nostri focus group. La Coopselios rileva inoltre che l'epidemia ha indotto le AUSL a emanare disposizioni amministrative tese ad interrompere l'accesso dai territori di anziani nelle RSA in considerazione della necessità di creare polmoni di attività sanitaria nelle RSA a beneficio delle degenze ordinarie ospedaliere", rendendo impossibile accogliere nuovi ospiti nei posti letto rimasti vuoti a causa di decessi e dimissioni. La stessa azienda sta facendo fronte alle difficoltà finanziarie indotte dal Covid chiedendo il rimborso dei costi extra sostenuti per l'erogazione di prestazioni sanitarie specifiche, ridefinendo i termini di pagamento con i fornitori e attuando azioni di rientro del proprio credito per supportare la liquidità. Nonostante le grandi difficoltà determinate dalla pandemia, si rileva nelle note integrative un generale consenso circa la prospettiva di una crescita del fatturato già nel 2021; il Gruppo KOS, ad esempio, in ragione di una prevista espansione dell'attività, non ha ritenuto di dover modificare il proprio piano industriale per i prossimi esercizi finanziari.

**Tabella 10 - PRINCIPALI VOCI DI BILANCIO DI UN CAMPIONE DI AZIENDE ATTIVE NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE IN LOMBARDIA. ANNO 2019**

	Forma giuridica	Valore della produzione	Valore aggiunto	MOL	Utile/perdita
Oasi Cerro	SRL	14.309.520 €	2.047.368 €	870.714 €	-522.363 €
Kos	SRL	388.964.525 €	233.647.589 €	67.873.604 €	22.849.348 €
Coopselios	Cooperativa sociale	123.246.754 €	83.520.451 €	7.631.381 €	1.628.526 €
Croce di Malta	SRL	46.399.726 €	11.440.701 €	8.437.704 €	5.033.324 €
Segesta	SRL	92.562.177 €	10.077.537 €	2.374.104 €	263.033 €
Sereni Orizzonti	SPA	157.063.152 €	89.794.937 €	27.312.946 €	11.314.315 €
Istituto Milanese Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio	Azienda di servizi alla persona	97.448.486 €	69.139.621 €	7.914.036 €	196.819 €
Azienda Speciale comune di Concesio	Azienda municipale	2.302.297 €	1.517.688 €	81.214 €	3.691 €
Cremona Solidale*	Azienda municipale	22.195.950 €	13.925.480 €	799.311 €	205.741 €
Residenza Primavera	SRL	3.976.637 €	202.987 €	25.776 €	10.118 €

\* Esercizio 2018

## Le prestazioni

Spesso si pensa agli ospiti delle RSA come una categoria uniforme, bisognosa di servizi omologati che devono rispondere esclusivamente a standard quantitativi espressi nei termini del minutaggio. In questo senso, portano ancora con loro l'eredità delle vecchie case di riposo in esse confluite: strutture nate alla fine dell'Ottocento e concepite a lungo come "contenitori per ogni disagio" (Giunco, 2016), in cui era scarsa l'attenzione prestata alle diverse esigenze degli ospiti.

La popolazione che abita queste strutture, tuttavia, è più differenziata di quanto si tenda a pensare. In primo luogo, da un punto di vista anagrafico: secondo l'ISTAT, nel 2016, gli ospiti delle residenze della Lombardia erano prevalentemente (60%) grandi anziani con più di 85 anni, ma una minoranza non trascurabile (9%) non aveva ancora compiuto i 75 anni. Inoltre, se è vero che alla

base del ricovero stesso in una RSA vi è la presenza di un “disagio” che determina l’esigenza di una presa in carico di tipo socio-sanitario o socio-assistenziale, nella stessa residenza possono trovarsi ospiti con livelli di autonomia molto diversi e un quadro clinico più e meno severo, per i quali deve essere prevista una pluralità di risposte, e quindi di equipe multidisciplinari e un approccio di intervento personalizzato.

Tra le principali tendenze degli ultimi anni, quella che ha determinato i cambiamenti più rilevanti nell’attività svolta all’interno delle RSA è stata la ricomposizione degli ospiti verso i casi più gravi: nel 2017, sulla base della classificazione SOSIA (Tabella 11), il 72% di loro rientrava nelle prime tre classi, caratterizzate da un’elevata fragilità in almeno due delle tre dimensioni dello stato di salute oggetto di valutazione (mobilità, capacità cognitiva e comorbilità). Dieci anni prima, questa fascia di utenti con elevate necessità assistenziali rappresentava il 61% e nel 2003 il 58%. Considerazioni analoghe possono essere fatte osservando i dati raccolti nell’ambito della già citata indagine sui Presidi Residenziali Socio-assistenziali e Socio-sanitari: secondo la griglia di rilevazione predisposta dall’ISTAT – basata su quattro livelli assistenziali – nel 2016 il 54% degli ospiti ricevevano un’assistenza di intensità sanitaria “intermedia”, rivolta ad anziani non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria o affetti da demenza, e il 41% un’assistenza di intensità “alta”, corrispondente a trattamenti per il supporto delle funzioni vitali (Tabella 12). Nel 2016 gli ospiti autosufficienti rappresentavano il 6%, un dato in calo rispetto al 2009, quando erano il 9%.

**Tabella 11 - DISTRIBUZIONE DEGLI OSPITI DELLE RSA LOMBARDE RISPETTO ALLA CLASSE SOSIA**

Classe SOSIA	Mobilità	Capacità cognitiva	Comorbilità	Percentuale di utenti		
				2003	2007	2017
1	Grave	Grave	Grave	26%	27%	32%
2	Grave	Grave	Lieve	5%	2%	2%
3	Grave	Lieve	Grave	27%	32%	38%
4	Grave	Lieve	Lieve	6%	3%	3%
5	Lieve	Grave	Grave	4%	6%	4%
6	Lieve	Grave	Lieve	3%	0%	1%
7	Lieve	Lieve	Grave	16%	20%	15%
8	Lieve	Lieve	Lieve	12%	7%	5%
<b>Totale</b>				<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: deliberazioni della Giunta Regionale

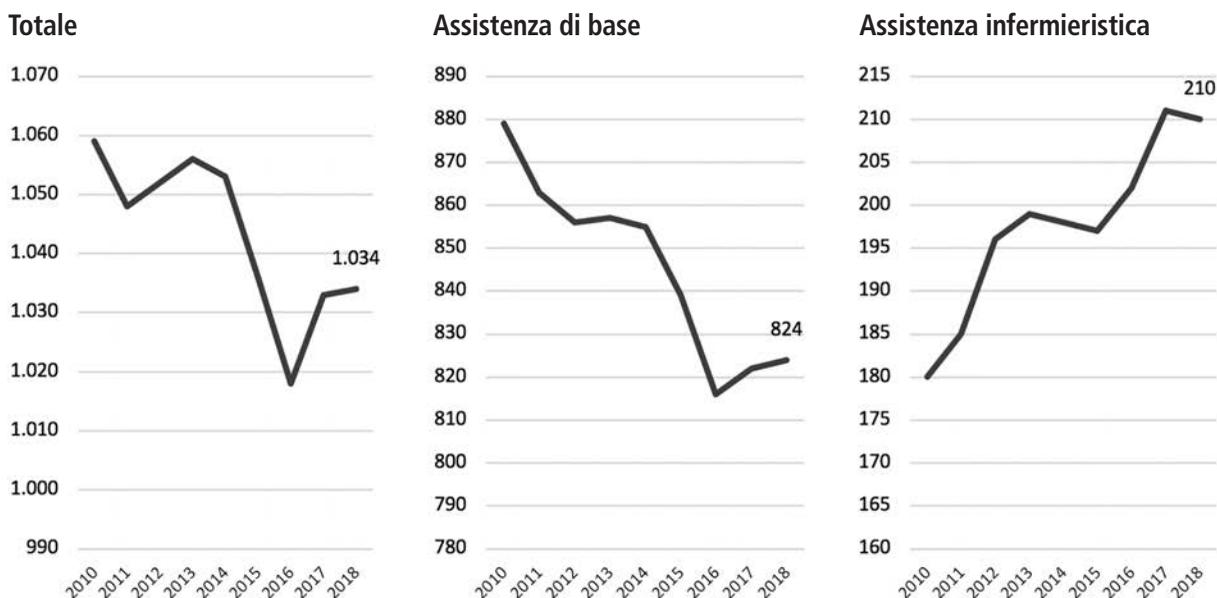
**Tabella 12 - DISTRIBUZIONE DEGLI OSPITI DEI PRESIDI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI RISPETTO AL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA E AL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA. LOMBARDIA. PERIODO 2009-2016**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Composizione rispetto al livello di assistenza sanitaria</b>								
assente	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%
basso	5%	4%	4%	4%	4%	5%	4%	5%
medio	55%	57%	57%	55%	56%	56%	55%	54%
alto	39%	38%	39%	41%	40%	39%	40%	41%
<b>totale</b>	<b>100%</b>							
<b>Composizione rispetto al grado di autosufficienza</b>								
autosufficienti	9%	8%	7%	7%	6%	6%	7%	6%
non autosufficienti	91%	92%	93%	93%	94%	94%	93%	94%
<b>totale</b>	<b>100%</b>							

Fonte: elaborazione Ires Lucia Morosini su dati Istat

L'origine di questo processo va individuato certamente nella ricomposizione della “domanda” determinata dall'invecchiamento della popolazione, oltre che nella sotto-dotazione di posti letto che contribuisce alla formazione di lunghe liste di attesa in cui la classe di priorità, determinata dal punteggio assegnato dall'Unità di Valutazione Geriatrica, è tanto più alta quanto più grave lo stato di salute dell'anziano. L'analisi qualitativa, inoltre, ci ha consentito di individuare l'azione di altri meccanismi, ovvero il mancato sviluppo o anche l'arretramento di servizi complementari che rendono l'RSA, in alcuni casi, l'unica opzione disponibile. Vi è poi la tendenza da parte delle famiglie a rimandare il più a lungo possibile il momento del ricovero (attualmente, l'età media all'ingresso è di 85 anni), che contribuisce a determinare una composizione degli ospiti sempre più sbilanciata verso i casi complessi. Da un lato, questo è presumibilmente l'effetto dell'aumento delle rette a carico degli utenti, soggette ad incrementi annuali molto consistenti, ma oltre alle ragioni finanziarie, vi sono anche le resistenze associate alla separazione dell'anziano dai suoi parenti, che rappresenta un momento particolarmente doloroso in un'epoca in cui le RSA della Lombardia sono divenute – non soltanto nei dati ma anche nell'immaginario collettivo – una soluzione di ultima istanza finalizzata esclusivamente all'accompagnamento degli individui nel loro fine vita, che rischiano di sancire, paradossalmente, la definitiva perdita della residua autonomia dell'ospite. L'esito principale di queste tendenze è stato il progressivo aumento della componente sanitaria nel quadro degli interventi realizzati all'interno delle RSA (un processo definito da alcuni con il termine di “sanitarizzazione”). Dal 2010 al 2018, secondo un'indagine realizzata dalla LIUC Business School i cui risultati sono rappresentati nella Figura 5, i minuti settimanali di assistenza infermieristica sono passati da 180 a 210, mentre l'assistenza “di base” fornita dal personale ASA è scesa da una media di 879 minuti a una di 824. Un altro indizio dell'aumento del carico sanitario nelle attività di assistenza è l'andamento della spesa farmaceutica per giornata, passata da 2,23 a 2,51 euro nel periodo 2011-2017.

**Figura 5 - MINUTI DI ASSISTENZA SETTIMANALE MEDI PER OSPITE. LOMBARDIA. PERIODO 2010-2018**



Fonte: LIUC Business School

Ad oggi si riscontra una mancanza di dati oggettivi, rilevati sull'intero universo delle RSA, riguardanti il minutaggio assistenziale effettivamente erogato. Il direttore di una RSA ci ha fornito una stima complessiva di 1.280 minuti, mentre sono più bassi i numeri forniti dall'osservatorio della LIUC Università Cattaneo. Secondo questa fonte, dal 2010 al 2018 il tempo di assistenza complessiva erogato nelle strutture lombarde si è ridotto in media da 1.059 a 1.034 minuti<sup>8</sup>, un valore che si colloca comunque molto al di sopra dello standard di 901 minuti imposto dalla Regione, giudicato inadeguato dai testimoni che hanno preso parte alle nostre interviste e che è più basso rispetto a quello imposto dai sistemi regionali maggiormente comparabili (Tabella 13). La normativa lombarda, risalente al 2003, si limita a individuare le figure professionali che devono essere garantite obbligatoriamente (medico, infermiere, fisioterapista, uno tra animatore, operatore socio-educativo ed educatore professionale), senza però fissare standard specifici per ciascuna specialità o professione. Diversamente, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana fissano un minutaggio minimo per l'assistenza infermieristica e per l'assistenza tutelare (prestata dagli OSS) mentre il Veneto ha stabilito anche un minutaggio minimo relativamente all'assistenza riabilitativa (educatori professionali socio-sanitari, tecnici della riabilitazione psichiatrica, altri profili professionali dell'area riabilitativa). Nella nostra regione manca inoltre una distinzione degli standard rispetto alle esigenze assistenziali dell'ospite (che sarebbero immediatamente individuabili, mediante le classi SOSIA), diversamente rispetto a quanto avviene in Toscana, Emilia-Romagna e in Piemonte. In quest'ultima regione gli standard variano da un minimo di 560 minuti settimanali (per gli ospiti con bassi bisogni assistenziali) fino a un massimo di 1.743 per i Nuclei Alzheimer. Con gli attuali vincoli normativi, del tutto inadeguati a rispondere efficacemente alle esigenze degli ospiti, in Lombardia le scelte riguardanti il minutaggio e il mix professionale che compongono l'assistenza sanitaria sono esclusivamente a carico delle strutture.

**Tabella 13 - STANDARD MINIMI DI MINUTAGGIO ASSISTENZIALE SETTIMANALE PER OSPITE**

Regione	Minuti	Fonte
Lombardia	901	DGR n° 7/12618 del 07/04/03
Veneto	1.335	DGR n° 1103 del 30/07/19
Piemonte	989*	DGR n° 45-4248 del 30/07/12
Emilia-Romagna	1.138*	Tidoli (2014)
Toscana	1.187*	Tidoli (2014)

\* media degli standard delle sette fasce assistenziali previste dalla normativa

Fonte: delibere regionali e Tidoli (2014)

Per quanto riguarda la parte non sanitaria delle prestazioni erogate nelle RSA, le informazioni disponibili sono molto scarse. Ad oggi, infatti, non sembra essere attivo un sistema di monitoraggio sulla qualità e la quantità dei servizi compresi nella quota cosiddetta “alberghiera”, non di competenza del sistema sanitario regionale, ma oggetto di concorrenza tra i vari gestori. Dalla lettura della carta dei servizi messa a disposizione da alcune strutture, è possibile farsi un’idea dell’ampio ventaglio delle attività che riguardano la cura della persona (lavanderia, parrucchiere, fisioterapia, pedicure, ...) e la socializzazione (stimolazione cognitiva, animazione, funzioni religiose, attività ludiche, gite, terapia occupazionale ...), ma mancano in generale informazioni sul minutaggio e la frequenza con cui vengono attivate. Un osservatorio sindacale della Lombardia ha evidenziato che alcuni servizi essenziali all’interno delle RSA (trasporto alle visite specialistiche, parrucchiere e podologo) in più di un quarto delle unità di offerta non sono inclusi nella retta, ma vengono attivati soltanto dietro pagamento di una tariffa aggiuntiva (Tabella 14). Nell’8% delle RSA questo tipo di gestione riguarda anche il servizio di lavanderia.

Questa opacità diffusa sembra anche l’esito della rinuncia da parte della Regione a governare e controllare la componente “sociale” o non strettamente medico-infermieristica dell’assistenza, per la quale non sono stati previsti standard vincolanti ai fini dell’accreditamento, nonostante, come evidenziato da alcuni intervistati, la scarsa attenzione verso queste attività rischia di abbassare il livello delle prestazioni e di compromettere il benessere degli ospiti anche da un punto di vista sanitario. La normativa lombarda, a differenza di quella del Veneto, ad esempio, non pone alcun vincolo circa la presenza di una serie di figure normalmente incluse nell’organico delle RSA, come il logopedista, lo psicologo e l’assistente (Sebastiano e Astolfo, 2016).

**Tabella 14 - SERVIZI OFFERTI DALLE RSA LOMBARDE NON COPERTI DALLA QUOTA SANITARIA CORRISPONDE DALLA REGIONE (COMPOSIZIONE PER COLONNA). ANNO 2019 (DICEMBRE). LOMBARDIA**

	Trasporto alle visite specialistiche esterne	Parrucchiere	Podologo	Lavanderia
Compreso nella retta	34%	57%	57%	91%
A pagamento	65%	43%	43%	8%
Non offerto	1%	1%	1%	1%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Nota: La somma delle percentuali riportate può non fornire 100% per via degli arrotondamenti.

Fonte: Cisl

## Il personale

L'organizzazione dell'assistenza di competenza di infermieri e OSS rappresenta oggi uno dei nervi scoperti del sistema di residenzialità lombardo. Come è emerso dalla lettura dei bilanci delle aziende, molte realtà operanti in Lombardia fanno affidamento su personale esterno alle dipendenze di cooperative o in libera professione, allo scopo di contenere i costi. Secondo un'indagine del 2007 che tuttavia appare ancora ben rappresentativa della realtà della nostra regione (Guerrini, 2011), solo il 52,2% del personale è alle dipendenze dirette dell'ente gestore e la percentuale si abbassa al 46,2% per gli animatori, al 35% per gli infermieri e al 9,8% per i medici. Gli addetti di queste strutture si trovano spesso, a parità di qualifica, con condizioni contrattuali e retributive inferiori ai loro colleghi che lavorano negli ospedali. A queste condizioni, un'occupazione nelle RSA viene vista come un impiego temporaneo, in attesa che si aprano posizioni più ambite all'interno del sistema ospedaliero; oppure, soprattutto per quanto riguarda i medici, rappresenta un secondo lavoro. Da un'analisi dei dati dell'INPS, è emerso che in Lombardia, limitatamente al settore privato, i lavoratori dipendenti dell'assistenza residenziale (RSA, case di riposo, comunità di accoglienza, ...) nel 2019 avevano un salario del 29% più basso rispetto a quelli dell'assistenza sanitaria (servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali, servizi di riabilitazione, ...). Nel primo gruppo i lavoratori con contratti a termine erano il 17%, nel secondo gruppo il 15%.

Dal punto di vista delle strutture, questa politica del personale può certamente comportare un abbattimento dei costi, ma allo stesso tempo mette a rischio la qualità dell'assistenza: un personale poco motivato e con elevati livelli di turnover, infatti, è anche meno propenso a costruire un senso di appartenenza e a investire in formazione. Spesso, secondo i testimoni coinvolti nell'indagine, le posizioni aperte nelle RSA vengono ricoperte da personale di cittadinanza straniera recentemente immigrato nel nostro paese, talvolta ancora privo di una vera padronanza lingua e con gap di competenze che necessitano di essere colmati. Un partecipante ai focus group che si occupa di formazione di personale ASA ha espresso la convinzione che molti dei neo-assunti non siano in realtà in possesso delle capacità che gli attestati di qualifica professionale dovrebbero garantire.

Nelle interviste che abbiamo condotto è emerso con chiarezza come la disponibilità di equipe motivate e coese abbia rappresentato un fattore decisivo nella riuscita delle azioni di contrasto all'epidemia e dell'adozione di protocolli assistenziali di emergenza. Non è possibile però fare affidamento esclusivo sugli atti eroici; per tamponare la continua emorragia che spinge gli operatori nel sistema ospedaliero è necessario parificare le condizioni contrattuali. Un'attenzione particolare, in questa fase specifica, andrà rivolta anche al sostegno psicologico (Network Non Autosufficienza, 2020) di chi è stato sottoposto a un prolungato stress fisico ed emotivo.

Indubbiamente questi non sono problemi di semplice soluzione. Le RSA sono un settore fortemente labour intensive in cui i costi per il personale possono raggiungere i 4/5 del totale e rappresentano quindi la principale voce che i gestori cercano di aggredire per contenere il caro delle tariffe e sopperire alle carenze e i ritardi della remunerazione da parte del servizio sanitario. La direzione da seguire per migliorare il livello salariale senza caricare le tariffe di ulteriori aggravii è quella dell'aumento della produttività del lavoro. Un'indagine condotta da Sebastiano (2018) su un campione di RSA ha fatto emergere numerosi indicatori che segnalano la presenza di problematiche organizzative nella gestione del personale responsabili di stress lavoro correlato, oltre che problemi caratteristici di una forza lavoro che invecchia: un elevato tasso di assenze, di 24,5 giorni all'anno per dipendente al netto delle ferie, che scende a 19 se si esclude la maternità obbligatoria e facoltativa; un tasso di infortuni del 5%, tendente all'aumento nel periodo 2010-2015 sia considerando le occorrenze che la durata media (+155%). Costituiscono ulteriori fattori di debolezza l'elevato tasso di turnover (la somma di entrate e uscite ammonta a 1/3 della forza lavoro) e le poche opportunità di formazione, soprattutto per il personale che opera nell'assistenza di base.

## L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN LOMBARDIA: CRITICITÀ E PROSPETTIVE FUTURE

Durante la pandemia da Covid-19, in seguito all'aumento delle morti tra gli ospiti delle strutture di molti paesi europei, si sono accesi i riflettori sulle case di riposo, divenute in molti casi pericolosi luoghi di contagio, anziché di assistenza e protezione.

L'entità dei decessi avvenuti è difficile da quantificare, per via della scarsa disponibilità di test che ha determinato in molti casi l'impossibilità di confermare la causa di morte, pur in presenza di un sospetto diagnostico. Un'indagine campionaria condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (2020) ha monitorato l'andamento della mortalità in un campione di RSA di tutte le regioni italiane, incluse 292 strutture lombarde. In questo gruppo significativo del nostro sistema regionale, tra il primo febbraio e il momento di invio del questionario (avvenuto tra il 26 marzo e il 5 maggio, quindi prima della fine dell'ondata primaverile) sono deceduti 3.793 ospiti, il 14% di quelli presenti il primo febbraio. 1.807 decessi sono avvenuti con sintomi correlati al Covid (il 6,5% del totale degli ospiti), ma soltanto 281 avevano ricevuto una diagnosi positiva in seguito al test molecolare. Nonostante l'Istituto avesse contattato la quasi totalità delle RSA lombarde, solo il 40,3% ha fornito una risposta al questionario, un tasso di adesione che purtroppo limita l'attendibilità della stima del tasso di mortalità.

La dimensione che ha assunto il fenomeno in Lombardia va messa certamente in relazione, in primo luogo, con l'elevata diffusione del contagio in questa regione, in particolare durante l'ondata primaverile. Tuttavia, diverse inchieste giornalistiche e testimonianze fornite dagli stessi gestori e operatori inducono ad ipotizzare che il fenomeno sia stato sottovaluto e non affrontato adeguatamente dalle strutture di governance locali, contribuendo ad aggravare la sua portata. Al di là delle vicende drammatiche delle RSA utilizzate impropriamente dalle stesse ATS come ricoveri per pazienti positivi al Covid – oggetto di indagine da parte della magistratura – le interviste e i focus group che abbiamo condotto hanno fatto emergere come in diverse zone della Lombardia gran parte delle difficoltà incontrate fossero da attribuire alla mancanza di supporto da parte della Regione, sia in termini di procedure, informazioni e coordinamento, sia di dotazione di dispositivi di protezione e test diagnostici. Riprendendo le parole di alcuni testimoni, “le RSA sono state lasciate sole” ad affrontare un'emergenza per la quale non erano (e non sono tutt'oggi, in molti casi) preparate, con l'unica arma dell'improvvisazione, senza avere gli strumenti per prevenire efficacemente il contagio né per assistere gli ospiti malati che gli ospedali, a causa dello stress generato dai picchi epidemici, non sono stati in grado di prendere in carico. In alcuni casi, le preesistenti carenze di risorse e tecnologie (anche le più scontate, come i mezzi di telecomunicazione, per mantenere i contatti tra ospiti, operatori e famiglie) hanno dato un ulteriore contributo negativo nella gestione di questa fase.

Le defezioni di una parte del personale, contagiato o in burnout, in un periodo in cui è venuto meno, per ragioni di sicurezza, anche l'aiuto da parte delle associazioni di volontariato, hanno inoltre reso ancora più difficile affrontare l'emergenza, sia dal punto di vista dei carichi di lavoro, sia di quello emotivo.

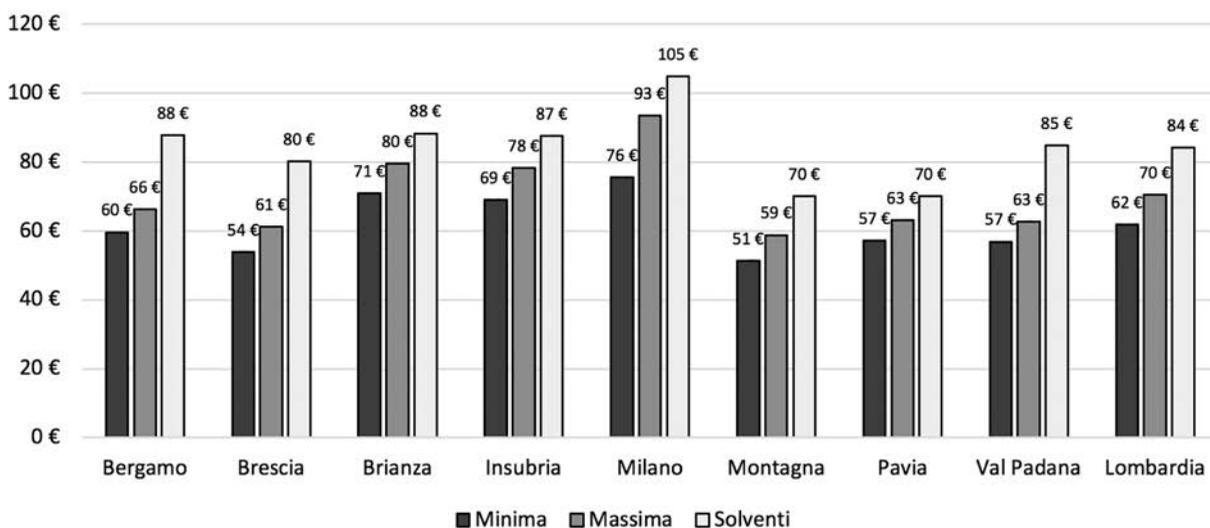
Alcuni rappresentanti degli enti gestori hanno poi espresso forti preoccupazioni circa i risvolti del Covid sulla gestione finanziaria delle società che si occupano di assistenza residenziale, soprattutto per le realtà più piccole e per quelle del no profit. L'aumento dei costi di gestione (adeguamento degli ambienti di vita e di servizio, adozione di DPI, incremento dei salari per remunerare il personale chiamato a sforzi aggiuntivi) e la riduzione dei ricavi (minori entrate dovute ai decessi e al blocco/rallentamento del turnover degli ospiti) potrebbero rivelarsi una miscela esplosiva per i bilanci del 2020 e del 2021, mettendo a rischio la sopravvivenza di molte realtà. In questa situazione di estrema difficoltà si è anche prodotto il paradosso per il quale diverse residenze, per far fron-

te alla crisi finanziaria hanno incrementato le tariffe, nonostante la qualità dell'assistenza si sia notevolmente abbassata. Ad esempio, un direttore di una struttura ci ha riferito che le prestazioni di diagnostica effettuate all'interno delle RSA sono quasi del tutto sospese. Le stesse misure di sicurezza, necessarie per proteggere gli ospiti dal rischio di contagio, hanno molto ridimensionato la loro vita di relazione e aumentato la distanza dai familiari, determinando disagi aggiuntivi da un punto di vista emotivo. È auspicabile che gli eventi drammatici che hanno acceso i riflettori sulle RSA lombarde sollecitino una riflessione sui risultati, le carenze e le aree di miglioramento di questo settore così importante nella nostra società, la cui rilevanza sembra destinata ad aumentare ancora nei prossimi anni. Le RSA hanno rappresentato e rappresentano ancora un caposaldo dell'offerta di cure agli anziani e alle altre persone con totale e parziale non autosufficienza. Tuttavia, era evidente ancor prima dell'emergenza pandemica che tale offerta non possiede le caratteristiche di un sistema integrato di prestazioni, coordinato da un ente pubblico legittimato pienamente a emanare indirizzi, programmare e monitorare le attività socio-sanitarie effettuate, con il coinvolgimento attivo degli enti locali, del privato no profit e profit. Nonostante le RSA siano di fatto un'emanazione del servizio sanitario regionale, che fornisce agli operatori l'accreditamento ad operare, all'interno di questo settore il coordinamento e il controllo da parte del pubblico non sembrano adeguati. Secondo alcuni intervistati, le strutture, sia nella fase pandemica che in quella antecedente, si trovano spesso in balia delle normative ma prive di protocolli cui attenersi e referenti esterni per i servizi territoriali. Andrebbe ripensato il ruolo dell'attore pubblico, che a nostro parere dovrebbe aggiornare e ampliare i requisiti per l'accreditamento ancora fermi a delibere dei primi anni Duemila (si vedano la questione del minutaggio assistenziale, quelli del trattamento economico e della formazione del personale) e il governo del sistema, a partire dall'istituzione di un'unità di valutazione geriatrica che risponda direttamente alle ATS. È prioritario inoltre favorire, attraverso un sistema di incentivi rivolto ai gestori, lo sviluppo di una "filiera" di servizi che siano in rete tra loro, in modo da garantire ad ogni assistito la soluzione residenziale o il servizio domiciliare/semiresidenziale più appropriato, nonché la possibilità concreta di un alternarsi dei medesimi nelle diverse fasi della vita. Solo partendo da questo presupposto sarà possibile risolvere le principali criticità che affliggono questo settore. Nel seguito proveremo a delinearle e a prospettare alcuni scenari e interventi di miglioramento.

Il tema più pressante, dal punto di vista dell'utenza, è quello delle rette, che in diverse regioni, tra le quali la Lombardia, hanno raggiunto importi molto elevati, spesso al di là della portata delle finanze degli anziani e delle loro famiglie. Ogni confronto tra regioni dovrebbe comunque tenere conto del fatto che i sistemi di determinazione delle tariffe sono tra loro molto disomogenei. Quello lombardo, condiviso anche da Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna e Trento, ha il pregio di adottare un calcolo "per caso trattato", consistente in una differenziazione tariffaria basata sul grado di complessità assistenziale di ogni singolo ospite, che viene determinata con una valutazione ex ante delle condizioni di salute individuali. Diversamente, in tutte le altre regioni e province autonome, il calcolo è effettuato "per giornata di degenza", senza tenere conto delle necessità specifiche del singolo ospite. La seconda caratteristica fondamentale del nostro sistema, condivisa con il Veneto e le due province autonome di Trento e Bolzano, è che la regione si limita a determinare la quota sanitaria, lasciando agli operatori in concorrenza tra loro, coerentemente con il principio del quasi-mercato, la scelta dell'importo della quota sociale.

Secondo la rilevazione più recente effettuata nel 2019, la media delle tariffe massime corrisposte alle RSA è di 74 euro giornalieri, mentre la media delle tariffe minime è di 62 euro. Questo significa che un utente, a seconda del tipo di servizi usufruiti, deve sostenere una spesa mensile variabile dai 1.800 ai 2.300 euro. L'importo medio delle rette, naturalmente, differisce tra le diverse ATS e riflette la dimensione dell'offerta, oltre che il costo dei fabbricati e dei fattori produttivi. Il livello più elevato delle tariffe si riscontra nell'ATS di Milano, il più basso nell'ATS della montagna (retta minima) e di Pavia (retta massima).

**Figura 6 - IMPORTO MEDIO DELLE RETTE GIORNALIERE DELLE RSA LOMBARDE. ANNO 2019 (DICEMBRE). LOMBARDIA E ATS**



Fonte: dati di osservatori sindacali

Nella Tabella 15 sono riportati gli importi delle tariffe giornaliere in Lombardia e nelle regioni maggiormente comparabili, eventualmente suddivise per classe di intensità assistenziale. È evidente che le tariffe lombarde, venete e toscane, comprensive della quota a carico di ospite e SSR, sono più elevate di quelle piemontesi ed emiliano-romagnole. Tali confronti richiedono molta cautela, poiché, al di là della denominazione comune, come abbiamo già sottolineato, le RSA sono unità di offerta che nel tempo si sono strutturate in modo non uniforme nelle varie regioni, differenziandosi per le prestazioni erogate e per le caratteristiche della popolazione che accolgono al loro interno. In Piemonte, ad esempio, i moduli ad intensità media, medio-bassa e bassa sono assimilabili alle unità di offerta che in altre regioni vengono denominate “residenze protette”. Bisognerebbe inoltre considerare nel computo le prestazioni sanitarie che soltanto alcune regioni includono nella retta. In particolare, la Lombardia, secondo un’indagine di Pesaresi (2019) è l’unica regione dove le aziende sanitarie non corrispondono alle RSA il costo sostenuto per l’acquisto dei farmaci.

**Tabella 15 - TARIFFE GIORNALIERE DELLE RSA (ESCLUSI MODULI ALZHEIMER)**

Regione	Anno	Importo (arrotondato all'unità)
Lombardia*	2019	115 SOSIA 1,2
		105 SOSIA 3,4,5,6
		95 SOSIA 7,8
Veneto	2017	113 media
Piemonte	2013	104 intensità alta incrementata
		96 intensità alta
		88 intensità medio-alta
		77 intensità media
		73 intensità medio-bassa
Emilia-Romagna	2016	72 intensità bassa
		92 livelli A e B
		83 livello C
Toscana	2018	77 livello D
		120 modulo 2 motorio
		106 modulo base

\* Importi ottenuti sommando la quota sanitaria deliberata a livello regionale (specifica per ciascuna classe SOSIA) con la media tra la quota sociale massima e la quota sociale minima

Fonte: dati ricavati da delibere regionali, osservatori sindacali, Pesaresi (2019)

Alla base del caro-tariffe vi sarebbe non soltanto l'aumento dei bisogni assistenziali che deriva dai cambiamenti della struttura demografica degli ospiti ma anche – una considerazione che è stata avanzata in modo quasi unanime dagli esperti che abbiamo interpellato – il paradosso del mancato adeguamento della quota sanitaria corrisposta dalla Regione, proprio in una fase in cui il carico assistenziale tende a crescere, inducendo i gestori a caricare sulle rette alberghiere una parte dei costi di natura sanitaria. Si può affermare che ad oggi l'indicazione contenuta nel DPCM del 12 gennaio 2017 (articolo 29) che prevede una ripartizione forfetaria della retta al 50% tra ATS ed assistito, motivata dalla difficoltà nel distinguere prestazioni sanitarie e sociali, in Lombardia non viene rispettata. D'altra parte, la relazione positiva “consistenti utili – alte rette a carico degli utenti e delle loro famiglie” osservata nei bilanci di diverse aziende, specie tra gli operatori for profit, autorizza a ritenere come la programmazione dei servizi residenziali in Lombardia necessiti di una riorganizzazione in direzione della valorizzazione del servizio pubblico.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento importante delle rette – dell'11%-12% tra il 2014 e il 2019 (ben superiore alla dinamica del costo della vita) – e ciononostante la quota sanitaria è rimasta invariata dal 2008 o dal 2010 (a seconda delle classi SOSIA) fino al 2020. Non è semplice determinare quanto incida, in media, la quota sanitaria sul costo complessivo della retta, non essendo disponibili dati puntuali sul prezzo delle rette alberghiere distinto per classe SOSIA. Un'indagine su un campione di strutture condotta da Sebastiano (2018) stimava che essa fosse ferma al 39%, una percentuale molto più bassa di quella prevista dalla normativa. Questo dato medio non tiene conto delle differenze di prezzo applicate alle diverse fasce assistenziali, ciascuna delle quali ha uno specifico livello di remunerazione da parte del SSR. Alcuni intervistati sostengono che il grado di copertura del servizio pubblico sul totale della retta sia più basso nelle classi 7-8, in cui vengono collocati gli ospiti con maggiore livello di autonomia.

**Tabella 16 - RIPARTIZIONE DELLE TARIFFE GIORNALIERE TRA OSPITE E SSR**

Regione	Quota sanitaria	Quota sociale	Fonte
Lombardia	39%	61%	Sebastiano (2018)
Veneto	50%	50%	Pesaresi (2011)
Piemonte	50%	50%	DGR n° 85-6287 del 02/08/13
Emilia-Romagna	56-61%	39-44%	Pesaresi (2011)
Toscana	54-62%	38-46%	Pesaresi (2011)

Fonte: delibere regionali, Sebastiano (2018), Pesaresi (2016)

Il 2020 è stato un anno di grave crisi per il settore delle RSA, durante il quale le strutture hanno dovuto fronteggiare i numerosi costi aggiuntivi indotti pandemia, non adeguatamente coperti dai “ristori”. Tra i più rilevanti, ricordiamo le spese sostenute per l’adeguamento dei locali alle normative anti-covid, l’acquisto di DPI, gli aumenti dei salari per il personale chiamato a sforzi aggiuntivi, le mancate entrate dovute al blocco degli ingressi e ai numerosi decessi. È importante evitare che anche i costi della pandemia vengano scaricati sugli utenti e le loro famiglie, e sembrano quindi andare nella direzione giusta le recenti misure regionali che prevedono un contributo di 8 euro giornalieri per ogni posto letto occupato e 40 euro per ciascun paziente covid ospitato nel corso dell’emergenza (DGR XI/3913). Inoltre, è stato recentemente deliberato un parziale adeguamento del 2,5% per tutte le unità di offerta residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili, comprese le RSA (DGR XI/3782), che auspichiamo sia soltanto il primo passo di un percorso di allineamento della quota sanitaria al 50% previsto dalla normativa nazionale e non una misura *una tantum* finalizzata esclusivamente a dare ossigeno alle aziende in crisi.

Un altro tema che non ci sembra adeguatamente affrontato è quello della **sanitarizzazione**. Se, da un lato, l’aumento del carico sanitario dell’assistenza è l’effetto diretto della dinamica demografica che modifica la domanda espressa dagli ospiti – sempre più anziani e sempre più bisognosi di cure specialistiche – dall’altro bisogna anche considerare che in molti casi queste strutture sono diventate l’unico luogo di accoglienza disponibile per il mantenimento delle funzioni vitali di pazienti allettati, che si sostituisce spesso alle case di cura e ai reparti di lungodegenza, la cui capacità di accoglienza oggi non appare adeguata. I dati raccolti dal Ministero della Salute (2020) evidenziano che l’attività ospedaliera in Lombardia si è molto ridimensionata negli ultimi anni, nonostante il processo di invecchiamento della popolazione che tende ad accrescere la domanda di servizi sanitari. In parte, questa dinamica è l’effetto di una ri-organizzazione del sistema sanitario volta alla riduzione dei ricoveri cosiddetti “impropri”, evitabili con una migliore attività dei servizi di prevenzione e assistenza territoriale. Tuttavia, dal 2008 al 2018 non si sono ridotte soltanto le dimissioni in regime per acuti (-25%), oggetto di attenzione da parte del Monitoraggio LEA, ma anche quelle dei pazienti nei reparti di riabilitazione (-13%) e lungodegenza (-34%). Per quanto riguarda quest’ultima specialità del SSR lombardo, nel corso del 2018 i pazienti dimessi sono stati 5.335, un valore inferiore a quello dell’Emilia-Romagna (31.315), del Piemonte (8.921) e del Veneto (7.550), regioni con meno della metà degli abitanti. La stessa disponibilità di posti letto testimonia l’arretramento dell’attività ospedaliera (Tabella 17), sia per pazienti acuti che per pazienti non acuti, in un decennio (2008-2018) segnato da un notevole aumento dell’età media della popolazione.

**Tabella 17 - POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI (SOMMA DEI POSTI PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICO E DEI POSTI ACCREDITATI). LOMBARDIA E PRINCIPALI REGIONI DI RIFERIMENTO. ANNI 2008 E 2018**

	2008		2018	
	Acuti	Non acuti	Acuti	Non acuti
Piemonte	3,4	0,9	2,9	1,0
<b>Lombardia</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>3,0</b>	<b>0,7</b>
Veneto	3,5	0,6	3,0	0,6
Emilia-Romagna	3,8	0,9	3,1	0,8
Toscana	3,7	0,3	2,9	0,3

Fonte: Ministero della salute

L'impressione raccolta durante le sessioni di focus group è che in molti casi l'RSA sia chiamata a svolgere attività ad elevato contenuto sanitario rivolte a pazienti che necessiterebbero di un ricovero all'interno degli ospedali o delle case di cura. Dall'altro lato, per una percentuale significativa degli ospiti che ancora mantiene un grado elevato di autonomia (secondo alcuni, corrispondente al 20% che è classificato come classe SOSIA 7 e 8), l'RSA rappresenta forse l'unica opzione *disponibile* ma potrebbe non essere la più appropriata tra quelli *attivabili*.

Questa situazione è aggravata dal fatto che in Lombardia l'accesso delle persone alle RSA è diretto, basato su una contrattazione privata tra utente e gestore, senza una valutazione pubblica del bisogno: in sostanza, è alto il rischio che una percentuale importante di persone bisognose di cure non venga collocata nel servizio più appropriato, con un'alta probabilità di "finire" nelle RSA.

Nel merito, occorrerebbe potenziare la programmazione regionale in materia di accesso alle RSA e agli altri servizi, migliorando la valutazione del bisogno di ogni singolo anziano che chiede di accedere a un servizio assistenziale o socio-sanitario. L'anziano dev'essere inserito nel servizio più appropriato della filiera dei servizi in rete (assistenza domiciliare, casa-famiglia e nuove forme di residenzialità, centro diurno integrato, RSA, lungodegenza, cure riabilitative, ospedale per gli acuti ...). È probabilmente necessario istituire un'Unità di Valutazione Geriatrica pubblica (UVG) che dia le indicazioni sul servizio più appropriato per ogni singolo anziano da assistere, lasciando poi alla famiglia/persona – debitamente informata – la scelta del servizio cui rivolgersi. Si tratterebbe, in sintesi, di adottare un modello simile a quello del Veneto, dove il rilascio di un'"impegnativa di residenzialità" da parte della ULSS è un passaggio necessario per l'accesso alle prestazioni residenziali accreditate dal Servizio Sanitario.

Ad oggi però la flessibilità dell'intervento è ostacolata anche dalla scarsa attenzione che la nostra regione finora ha prestato alla presa in carico degli anziani parzialmente autonomi o con problematiche circoscritte. Sembra però esserci una diffusa consapevolezza del problema ed è in corso un dibattito tra l'Assessore e gli stakeholder per migliorare un settore troppo a lungo trascurato (Borghetti 2019, Sebastiano 2019, Parenti 2019).

Un aiuto concreto potrebbe venire da un utilizzo più intensivo delle innovazioni tecnologiche applicabili al caregiving. Su questo terreno l'Italia si muove in ritardo rispetto a molti paesi, ma ha il vantaggio di poter osservare e introdurre le *best practices* ormai diffuse a livello internazionale. L'adozione delle tecniche di **telemedicina** e sanità elettronica avrebbe l'effetto di ampliare il ventaglio di servizi erogabili al di fuori degli ospedali e di migliorare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Alcune soluzioni di diagnostica e monitoraggio a distanza dei parametri vitali (ritmo cardiaco, glicemia, attività cerebrale, pressione sanguigna, temperatura corporea, ...), abbinate ad app per la somministrazione dei farmaci e alle tecnologie IoT per l'Ambient Assisted

Living consentirebbero anche di aumentare le possibilità di permanenza a domicilio delle persone con fragilità (Itinerari Previdenziali, 2018). Ma la sola adozione di strumenti e software non è sufficiente per beneficiare di questi vantaggi. È necessario che tali innovazioni siano effettivamente integrate nel servizio sanitario, grazie al coinvolgimento di medici e operatori adeguatamente formati che lavorino in equipe; bisognerebbe poi superare lo storico ritardo del nostro paese nella digitalizzazione delle cartelle cliniche e nell'alimentazione delle banche dati sanitarie. A questo proposito, va considerata positivamente la novità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), uno strumento pensato per il tracciamento e la consultazione della storia sanitaria personale da parte di cittadini e professionisti della sanità. Nel terzo trimestre del 2020, il 100% degli assistiti dal SSR lombardo aveva già fornito il consenso per l'alimentazione del FSE, ma solo il 38% di coloro che avevano un referto consultabile hanno utilizzato il nuovo sistema digitale.

Naturalmente, l'obiettivo dell'*aging in place*, che secondo le indagini condotte sul tema rappresenta la soluzione preferibile anche da parte degli stessi anziani, non deve escludere la necessità di mantenere e sviluppare un'offerta residenziale che venga incontro sia ai bisogni legati alla cura della non autosufficienza sia di quelli degli anziani pienamente o parzialmente autonomi ma che vivono soli. Forse anche perché "dominato" dalla RSA, il sistema di LTC lombardo risulta da questo punto di vista rigido e poco aperto all'innovazione sociale. Si rileva una sostanziale debolezza delle soluzioni per la **deinstitutionalization** e per la presa in carico di soggetti ad autonomia limitata che in alcuni paesi europei (Austria, Francia, Danimarca, Germania, Svezia) hanno trovato notevole sviluppo, mostrando che è possibile predisporre soluzioni residenziali innovative che, oltre a garantire un contenimento dei costi, consentono all'ospite di preservare e costruire le proprie relazioni sociali, eliminando la "rigida separazione tra il malato e la comunità" caratteristica della nostra regione. Queste soluzioni inoltre presentano dimensioni più contenute rispetto alla media delle RSA lombarde, talvolta mastodontiche (anche superiori ai 400 posti letto), che se da un lato consentono di cogliere i benefici delle economie di scala, dall'altro comportano il rischio di un'assistenza omologata, non costruita intorno alla persona. Un'offerta più flessibile consentirebbe non solo di "coprire" gli anziani che, magari perché preservano una certa autonomia, non trovano posto o non vogliono ricorrere alla RSA; aprirebbe anche nuove possibilità per i casi che vengono considerati più complessi, come i pazienti affetti da demenza. Da una rassegna delle principali esperienze internazionali (Merian Research 2020, Ghavarskhar *et al.* 2019, Ires Lucia Morosini 2016) è emersa una varietà di modelli residenziali, molti dei quali potrebbero riscuotere successo in Lombardia. Proponiamo nel seguito una breve descrizione di ciascuno di essi.

*Nursing foster homes for helderly*. Sotto questa dicitura diffusa nei paesi anglosassoni ricade una modalità di presa in carico entro la quale si collocano a pieno titolo anche le RSA presenti in Lombardia e in altre regioni italiane. Presente in tutti i paesi occidentali, questa tipologia di strutture accoglie prevalentemente persone non in grado di spostarsi autonomamente e che richiedono un'assistenza continuativa per svolgere le attività della vita quotidiana, pur con diversi gradi di compromissione funzionale (dagli ospiti allettati a quelli con parziale non autosufficienza). Si caratterizza per la presenza di numerose figure specialistiche necessarie per garantire un'assistenza a 360 gradi (medico, infermiere, OSS, specialista della riabilitazione, assistente sociale, psicologo, psichiatra, podologo, ...), con particolare attenzione alla parte sanitaria, riabilitativa e di stimolazione cognitiva.

*Assisted living*. Sono abitazioni pensate per fornire assistenza ad anziani fragili da un punto di vista fisico e mentale, nelle quali però non vengono ammessi casi di elevata complessità che richiedono assistenza infermieristica costante. Ospitano una popolazione in larga parte sovrapponibile a quella che si trova nelle RSA lombarde. La filosofia di queste unità di offerta diffuse negli USA si basa sul sostegno all'indipendenza degli ospiti in un ambiente che richiama quello delle abitazioni private indipendenti, facendo un utilizzo intensivo di tecnologie per la teleassistenza e il monitoraggio a distanza (sistemi di allarme, sensori per il fumo e per l'allagamento, strumenti per la rileva-

zione dei parametri fisiologici, video/audio-caregiving). Pur differendo nell'organizzazione degli spazi, i servizi messi a disposizione degli ospiti sono molto simili a quelli delle nostre RSA: cura personale nelle attività quotidiane (cucina, pulizie, aiuto nei movimenti, ...), trasporto ai servizi, assistenza medico-infermieristica e riabilitativa, terapie complementari.

*Sheltered Housing.* Diffuse in Germania, Regno Unito, Olanda, Canada, Giappone e Israele. In Lombardia e altre regioni italiane sono conosciute come "alloggi protetti". Si tratta di unità abitative indipendenti pensate per limitare al minimo la presenza di barriere architettoniche i cui residenti – anziani soli o in coppia fragili ma con un buon grado di autonomia – possono accedere a servizi in comune (medico, infermiere, consegna dei pasti, pulizie, ...). Viene garantita una supervisione limitata dal personale di assistenza

*Extra care housing.* Rappresentano una soluzione comune in Inghilterra. In un continuum ideale, per livello di intensità assistenziale si trovano a metà strada tra gli alloggi protetti e le nursing homes. Sono costituite da unità abitative indipendenti che tuttavia possono accogliere anche soggetti non autosufficienti con un elevato grado di compromissione funzionale (ad esempio, persone non autonome nei movimenti o affette da demenza). Rispetto agli alloggi protetti, accolgono quindi un'utenza con bisogni assistenziali più elevati per la quale sono previsti servizi di cura quotidiana commisurati alle esigenze individuali oltre che diversi spazi di vita comune.

*Naturally occurring retirement communities.* A differenza delle altre soluzioni, queste comunità non sono nate per ospitare anziani, ma sono complessi residenziali o piccoli distretti abitativi in cui la dinamica demografica ha prodotto naturalmente un elevato tasso di invecchiamento della popolazione (indicativamente oltre il 50%) che ha favorito lo sviluppo di servizi comuni "di quartiere". Questi includono l'area della cura personale, le attività sportive e ricreative, il mutuo aiuto (riparazioni, consulenza finanziaria, ...), l'infermiere e la badante di quartiere. In Germania si trovano alcuni multi-generational living in cui operano associazioni di residenti che organizzano servizi di aiuto tra generazioni.

*Care flatsshare.* Presenti in Germania, sono abitazioni in cui vivono piccoli gruppi di anziani, in alcuni casi affetti da demenza. Le strutture possono, a seconda dei casi, garantire diversi livelli di privacy e condivisione degli spazi. È presente un assistente domestico per l'intera abitazione, che può svolgere varie mansioni e fornire assistenza a vari livelli. L'ammontare della retta corrisposta per questa assistenza varia in base all'intensità assistenziale richiesta dagli ospiti.

*Housing for help.* Sono alloggi di anziani che ospitano o offrono alloggio a canone ridotto a studenti universitari con forme contrattualizzate di aiuto alla pari. Anche in Italia sono state sperimentate soluzioni di questo tipo (ad esempio nelle città dotate di strutture universitarie radicate nei centri storici come Trento e Padova). Il concetto alla base di questo tipo di intervento è quello di welfare generativo, che utilizza, cioè, risorse già disponibili per aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali.

*Aging in place.* Questo approccio prevede che l'anziano sia guidato e agevolato in un percorso consapevole di "trasformazione" della propria abitazione in funzione dei bisogni attuali e soprattutto futuri connessi all'invecchiamento. Esempi di tali politiche si trovano nei Paesi Bassi (certificazione d'idoneità, rete informatica per accedere a servizi esterni), in Svezia e in Francia (consulenza agli utenti anziani in tutte le fasi dell'adattamento logistico degli alloggi esistenti). Anche in questo campo, le soluzioni disponibili e le buone pratiche sono in aumento, come mostra il programma europeo Acti-vage 2017-2020, che coinvolge sette paesi e ha luogo in nove centri di ricerca e sviluppo (uno in Emilia-Romagna) finalizzato a sperimentare l'applicazione delle tecnologie IoT (Internet of Things) negli ambienti di vita degli anziani. Nel centro di sperimentazione di Parma sono stati coinvolti 200 anziani che hanno subito eventi ischemici, con la collaborazione di personale sanitario e assistenti familiari, i quali sono stati dotati di vari dispositivi per migliorare la qualità della loro vita: strumenti per la programmazione della somministrazione di farmaci, sensori per la sicurezza domestica, oggetti di uso quotidiano (scarpe, orologi, ...) che monitorano l'attività fisica.

Dal confronto tra le soluzioni descritte in letteratura e lo stato dei servizi in Lombardia, è emerso chiaramente come la nostra regione abbia puntato con forza sul modello della RSA, trascurando le soluzioni di residenzialità leggera, presenti oggi soltanto a livello embrionale o sperimentale. Le due unità deputate a fornire questo tipo di assistenza sono

- gli Alloggi Protetti, pensati per l'accoglienza di anziani (singoli e, più frequentemente, in coppia) che, pur preservando un elevato grado di autonomia, necessitano di un ambiente protetto (con comfort, attrezzature e assenza di barriere architettoniche), in cui sono presenti spazi comuni che favoriscono la socializzazione e consentono l'erogazione di prestazioni di tipo sociale e socio-sanitario;
- le Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A.), che sono deputate all'accoglienza di un piccolo numero di anziani con vulnerabilità relazionali o parziale compromissione nelle attività di vita quotidiana. Esse forniscono accoglienza alberghiera ed integrazione con i servizi socio-sanitari, favorendo la promozione del benessere fisico e relazionale degli ospiti attraverso la socialità.

Pur essendo forme innovative e apprezzate dagli utenti, purtroppo restano ad oggi poco diffuse. I primi garantiscono 2.041 posti complessivi, le altre appena 350.

Lo sviluppo di queste strutture non implica un superamento del modello delle RSA, che resta un servizio indispensabile per tutti paesi europei; anzi, la residenzialità leggera, laddove presente, è spesso un servizio associato alle stesse RSA. Una prospettiva interessante è che esse possano diventare non solo unità residenziali con un'offerta diversificata, ma anche – grazie al know-how già disponibile al loro interno – centri di offerta di prestazioni specialistiche (infermiere di comunità, ...) o generiche (distribuzione pasti, teleassistenza ...) di natura residenziale, semiresidenziale e domiciliare, non più chiuse verso l'interno ma aperte al territorio.

L'obiettivo della flessibilità degli interventi richiederebbe però maggiore integrazione delle RSA all'interno del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari, dal quale sembrano invece, in molti casi, del tutto avulse. Come è emerso anche dal confronto con alcuni funzionari degli Ambiti di Zona, è l'intera filiera dei servizi a non comunicare efficacemente, a non "fare rete". Secondo l'opinione dei testimoni privilegiati, in Lombardia la rete dei servizi integrati per la non autosufficienza "non esiste" e il fenomeno produce distorsioni e disegualianze importanti nell'accesso delle persone alle prestazioni pubbliche. In molti casi i medici di famiglia non prendono parte attiva all'assistenza dei propri pazienti ricoverati in struttura, mentre i servizi sociali vengono interpellati raramente dalle famiglie e dai gestori circa l'opportunità del ricovero. Va detto che una ragione dello **scollamento tra RSA e servizi sul territorio** è che molti degli ospiti provengono da comuni (o anche da province) diversi da quelli in cui è ubicata la struttura, poiché il regime di libera scelta, unito alla dimensione crescente delle liste di attesa, fa sì che molte famiglie presentino domanda alla struttura che può garantire un posto letto in tempi brevi, anche se distante dai luoghi di vita dell'anziano. Il risultato è che per molti anziani il momento del ricovero in una RSA segna la rottura dei legami con il proprio territorio di origine.

Un altro dato rilevante emerso dalle interviste è che i medici di famiglia, in seguito al ricovero dell'anziano in struttura, non rivestono più un ruolo attivo nell'assistenza dei propri pazienti. In sostanza, citando le parole di un direttore di RSA, il paziente ricoverato "esce fuori dal Servizio Sanitario Nazionale" e i costi dei medicinali e di altre prestazioni garantite dal Servizio (visite mediche, riabilitazione...) diventano a carico della struttura residenziale, che si rivale sulle rette. Per questo motivo, secondo una recente inchiesta sul campo, se la media della retta a carico dell'ospite "è di 50 euro al giorno, a Milano nelle strutture profit può arrivare a 102 euro; mentre in Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna questi costi sono a carico del SSR".

Naturalmente l'interruzione di un percorso assistenziale e la perdita di una figura di riferimento possono incidere negativamente sulla qualità di vita dell'ospite. È possibile anche che in alcuni casi, complice la decisione della Regione Lombardia di non rinnovare automaticamente le esenzioni per prestazioni diagnostiche e farmaceutiche, subordinandole alla presentazione di un'auto-

certificazione annuale<sup>9</sup>, possa aver rappresentato un ostacolo di tipo burocratico all'ottenimento delle esenzioni sul costo dei medicinali garantite per legge, soprattutto per coloro che non dispongono di una rete familiare di supporto.

In sintesi, sarebbe opportuno agire per coinvolgere maggiormente nelle attività delle strutture i medici di base e i servizi sociali, allo scopo di costruire un rapporto solido tra le diverse unità di offerta (RSA, centri diurni, assistenza domiciliare) che consenta di orientare gli anziani e le loro famiglie nella scelta dei servizi più appropriati.

In tema di trasparenza, è necessario che i vari stakeholder (ATS, famiglie, sindacati e altre organizzazioni di interessi, imprese) possano accedere non soltanto ai bilanci dei gestori ma anche ad una carta dei servizi più articolata, che fornisca informazioni puntuali sulle attività presenti all'interno delle strutture, con indicazioni sulla frequenza con cui vengono attivate, il minutaggio e gli eventuali costi aggiuntivi.

È anche auspicabile che venga ampliato il grado di coinvolgimento di "attori esterni" (famiglie, associazioni, comuni, terzo settore, ...) nella vita quotidiana delle RSA, finora ostacolato proprio dalla caratteristica separazione delle RSA dal contesto circostante e dalla rigida demarcazione del confine tra il "dentro" e il "fuori". Il ruolo dei familiari, ad esempio, è stato sempre sottovalutato e relegato alle visite, un momento decisivo per sostenere il morale degli ospiti che dà senso alla loro intera giornata, ma che in nessun modo consente di intervenire nelle scelte e nell'organizzazione della vita all'interno della struttura.

È possibile che la drammatica esperienza della pandemia abbia almeno l'effetto di stimolare un cambiamento in tal senso, avendo spinto le strutture a escogitare nuove modalità di coinvolgimento dei parenti che potranno essere mantenute una volta finita la fase emergenziale (videochiamate, filmati, lettere, gruppi di sostegno, ...), anche se a distanza (Vigorelli, 2020). Ma le interviste che abbiamo condotto ci spingono a considerare la necessità di cambiamenti più profondi. L'RSA non può limitarsi alle visite, deve anche aprirsi verso il territorio (scuole, parrocchie, associazioni) ed essere attrezzata per consentire agli anziani che ne hanno la possibilità, con l'ausilio degli operatori, di frequentarlo. Anche se ha rappresentato per lungo tempo la prassi consolidata, non c'è motivo per cui l'istituzionalizzazione debba rappresentare una cesura definitiva tra l'anziano e i suoi precedenti luoghi di vita. A questo scopo, andrebbe incentivata la loro ubicazione in siti non periferici rispetto ai centri abitati e, anche in un regime di libera scelta, bisognerebbe sensibilizzare maggiormente le persone circa l'importanza che può avere la prossimità della struttura ai luoghi di vita dell'anziano.

## **Le proposte**

Gli elementi di criticità che abbiamo delineato in questo rapporto attengono non soltanto alle RSA in senso stretto, ma chiamano in causa l'intero sistema degli interventi socio-sanitari. È ad esso che bisogna guardare per immaginare un efficace processo di riforma, che deve toccare l'intera filiera dei servizi. Di seguito elenchiamo alcune delle azioni che riteniamo necessarie per migliorare la capacità del sistema lombardo di intercettare efficacemente la domanda espressa dalla popolazione degli anziani non autosufficienti.

a) La pandemia del Covid-19 ha colto impreparato il sistema delle RSA lombarde, rivelando le preesistenti carenze di risorse e tecnologie (anche le meno sofisticate, come i mezzi di telecomunicazione, per mantenere i contatti tra ospiti, operatori e famiglie) che hanno dato un ulteriore contributo negativo nella gestione di questa fase complessa. Le numerose testimonianze che abbiamo raccolto riferiscono anche come le RSA siano state "lasciate sole" dal sistema sanitario ad affrontare un'emergenza per la quale non erano (e non sono tutt'oggi, in molti casi) preparate, con l'unica arma dell'improvvisazione, senza avere gli strumenti per prevenire efficacemente il contagio né per assistere gli ospiti malati che gli ospedali, a causa dello stress generato dai picchi epidemici, non

sono stati in grado di prendere in carico. È necessario fare tesoro di questa esperienza drammatica per non ripetere gli stessi errori in futuro e dotare le strutture di protocolli efficaci che consentano di affrontare, se si dovessero presentare, le future pandemie.

b) Occorre garantire un approccio sistemico alle prestazioni rivolte ai non autosufficienti, in base al quale effettuare scelte strategiche e chiare sul modello integrato da adottare. Occorre dare slancio ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali nell'ottica di un'integrazione ospedale-territorio che fino ad oggi non è stata realizzata; anzi, abbiamo assistito a significativi arretramenti dei servizi territoriali pubblici. Questo problema tocca in misura rilevante gli anziani, principali soggetti portatori di cronicità e con minore autonomia negli spostamenti, che esprimono la necessità frequente di rivolgersi a servizi di prossimità. È dunque fondamentale che la Regione orienti davvero le sue politiche di governo dei servizi verso il territorio. Occorre garantire la capillarità dell'assistenza territoriale anche tramite la rivisitazione della figura del medico di Medicina generale per tutti i cittadini, individuare, favorire e sostenere contestualmente modelli innovativi di presa in carico del cittadino in ambito territoriale (medicina di gruppo, infermiere di comunità, unità speciali di continuità assistenziale, ...). Bisogna inoltre focalizzare l'attenzione sui processi che generano marginalità sociale e sulle tematiche legate alla sicurezza e alla prevenzione delle fragilità. Nell'ambito socio-sanitario, è necessario agire nella direzione di un potenziamento delle cure domiciliari, delle specialità di lungodegenza, delle strutture intermedie e delle forme di residenzialità leggera, rafforzando non soltanto i singoli servizi ma anche i legami che li uniscono. Solo così, riteniamo, sarà possibile ridefinire il ruolo delle RSA come luoghi di raccordo tra ospedale e territorio e non più come elementi avulsi dal contesto sociale che le circonda. Questo consentirebbe loro anche di lasciarsi alle spalle l'ambiguo compito di "contenitori di ogni disagio" che prevede siano, allo stesso tempo, surrogati degli ospedali per malati cronici terminali e luoghi di accoglienza per anziani che, seppure non autonomi, potrebbero trovare in altri setting un'assistenza più umana e appropriata. Per ampie fasce di popolazione vanno previste strategie di de-istituzionalizzazione e aging in place (telemedicina, domotica, rimozione di barriere architettoniche, ...), strutture residenziali leggere inserite nelle comunità (centri servizi polifunzionali, co-housing, ...) e associate alle RSA (comunità per anziani e alloggi protetti). Sono iniziative che devono rivolgersi in primo luogo agli anziani fragili o parzialmente non autosufficienti per i quali tuttavia l'RSA rappresenta un servizio non appropriato. È necessario che in Lombardia queste soluzioni, già presenti e apprezzate, escano dallo stato embrionale o sperimentale in cui sono attualmente relegate.

c) È necessario ripensare il ruolo della programmazione regionale lombarda in materia di RSA, riconoscendo che essa, con particolare riferimento all'autorizzazione all'apertura di nuove strutture, alla qualificazione e valorizzazione del personale delle RSA e al coordinamento con le altre prestazioni socio-sanitarie risulta, anche al confronto con altre Regioni, non sufficientemente puntuale e articolata, con ampi margini di discrezionalità garantiti agli operatori economici.

In primo luogo, bisognerebbe superare le debolezze dell'attuale modello della contrattazione privata tra utente e gestore, che prevede un accesso diretto delle persone in RSA, senza una valutazione pubblica del bisogno. Nel merito, occorre potenziare la programmazione regionale in materia di accesso, non soltanto alle RSA ma a tutti i servizi, migliorando la valutazione del bisogno di ogni singolo anziano che chiede di accedere a un servizio assistenziale o socio-sanitario, con l'obiettivo di individuare e attivare la prestazione più appropriata. È probabilmente necessario istituire un'Unità di Valutazione Geriatrica Pubblica (UVG) che dia indicazioni e supporto a ciascun assistito, lasciando poi alla famiglia o alla persona – debitamente informata – la scelta del servizio cui rivolgersi. E occorrerebbe incentivare quei gestori che siano in grado di assicurare l'intera filiera di servizi e che promuovano il principio dell'appropriatezza.

In secondo luogo, bisogna individuare alcuni vincoli efficaci alla realizzazione di nuove strutture

(non solo quantitativi, ma anche qualitativi), in particolare riguardanti la dimensione: è evidente che, nell'ottica di conseguire economie di scala, gli imprenditori hanno l'incentivo a realizzare strutture con un elevato numero di posti letto, in controtendenza però con quanto sta avvenendo in altri paesi europei.

Infine, è necessario affrontare il problema del mancato adeguamento della quota sanitaria che attualmente copre circa il 39% della retta complessiva, nonostante la normativa nazionale preveda un'equa ripartizione tra ATS e assistito. Tale inadempienza della Regione, che da alcuni viene interpretata come una strategia per favorire la crescita del mercato, negli anni ha fatto sì che le strutture scaricassero sugli ospiti e le loro famiglie una parte dei costi di natura sanitaria, determinando il noto fenomeno del caro delle tariffe. Auspichiamo che il parziale adeguamento del 2,5% recentemente deliberato (DGR XI/3782) sia soltanto il primo passo di un percorso di allineamento della quota sanitaria al 50% previsto dalla normativa nazionale e non una misura una tantum finalizzata esclusivamente a dare ossigeno alle aziende in crisi.

d) È auspicabile una riflessione sul peso delle logiche di business nel settore (quasi un quarto dei posti letto in Lombardia appartengono al privato for profit) e sugli effetti prodotti da questo fenomeno: il caro delle rette, la forte crescita dei posti letto a mercato, la forte attenzione al contenimento del costo del lavoro, lo scarso coordinamento delle RSA con gli altri servizi, la capacità di influenza sulle decisioni del programmatore pubblico, l'aumento delle dimensioni delle strutture che costituisce un elemento chiave per la competitività.

La forte crescita del privato – specie delle società a scopo di lucro – nel settore è la diretta conseguenza dei processi di riforma avviati alla fine degli anni Novanta, che hanno puntato al superamento del modello dello “stato sociale” e all'introduzione del “quasi mercato”. L'indagine sulla situazione economico-patrimoniale delle aziende evidenzia come il settore sia potenzialmente altamente remunerativo per i privati e come gli stessi attori del pubblico e del privato sociale in alcuni casi vengano meno alla propria mission, generando utili cospicui. Peraltro, l'analisi del bilancio di un campione significativo di RSA gestite da operatori for profit autorizza a ipotizzare l'esistenza di una relazione positiva tra utili consistenti e alte rette a carico degli utenti e delle loro famiglie. Si è osservato inoltre come una forte presenza del privato spinga strutturalmente verso l'aumento dimensionale delle strutture.

e) Bisogna evitare che l'esperienza della residenzialità si caratterizzi per una rigida separazione tra il “malato” e il resto della comunità. Anche se ha rappresentato per lungo tempo la prassi consolidata, non c'è motivo per cui l'istituzionalizzazione debba rappresentare una cesura definitiva tra l'anziano e i suoi precedenti luoghi di vita. A questo scopo, andrebbe incentivata l'ubicazione delle strutture in siti non periferici rispetto ai centri abitati e, anche in un regime di libera scelta, bisognerebbe sensibilizzare maggiormente le persone circa l'importanza che può avere la scelta di una struttura situata in prossimità della precedente abitazione dell'anziano. Inoltre, gli scambi con l'esterno non possono limitarsi alle visite dei parenti ma devono comprendere un'apertura verso il territorio (scuole, parrocchie, associazioni) che agli anziani, se hanno la possibilità, con l'ausilio degli operatori, devono poter frequentare. Bisognerebbe favorire il mantenimento di un ruolo attivo da parte del medico di base in seguito al ricovero, poiché l'interruzione di un percorso assistenziale e la perdita di una figura di riferimento possono incidere negativamente sulla qualità di vita dell'ospite.

f) È necessario innovare e sistematizzare la disciplina sul personale socio-sanitario, sia a livello nazionale sia a livello regionale, prevedendo un intervento decisivo sull'inquadramento contrattuale del personale impiegato nelle RSA. A fronte della giungla di retribuzioni e trattamenti, riteniamo opportuno realizzare un contratto unico nazionale, che metta le RSA sullo stesso piano degli altri

servizi sanitari. Più in generale, occorre una decisa rivalutazione, in chiave culturale e organizzativa (con un forte rilancio del ruolo del pubblico e delle politiche per la formazione), delle professionalità socio-sanitarie e socio-assistenziali.

g) Bisogna proseguire le interlocuzioni dello SPI con il Governo per la realizzazione di una legge quadro sulla non autosufficienza che preveda il riconoscimento della condizione di non autosufficienza determinata con criteri uniformi in tutto il territorio nazionale, l'individuazione dei Lesna (Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza) a carico della fiscalità generale, la copertura integrale dei costi delle prestazioni a carico del SSN per l'assistenza alle persone non autosufficienti gravissime, il riconoscimento della figura del caregiver. È necessario altresì negoziare un incremento delle risorse nazionali e regionali, così come la scelta delle fonti di finanziamento. Queste innovazioni andrebbero accompagnate da un percorso di riforma dell'indennità di accompagnamento, della quale dovrebbe essere mantenuto il sostegno economico non legato alla prova dei mezzi affiancato però da un piano di assistenza individuale.

A livello regionale, va ribadita e rinegoziata la garanzia del valore pubblico e universale del sistema socio-sanitario come fondamento istitutivo e organizzativo. A fronte dell'aumento della popolazione da assistere, secondo alcuni esperti, negli ultimi trent'anni il bilancio regionale ha continuato a investire nel socio-sanitario la stessa quota di risorse, cioè il 10% del totale dedicato alla sanità.

## Note

<sup>1</sup> <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/strutture-sanitarie-e-sociosanitarie/residenze-anziani>.

<sup>2</sup> Il dato è riferito al 2018 ed è una stima realizzata dall'ISTAT del numero di addetti delle unità locali delle imprese attive nel settore dell'assistenza sociale residenziale per anziani e disabili; non include quindi gli addetti delle unità locali delle imprese operanti nell'assistenza residenziale rivolta ad altre categorie di utenti (persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti, ...).

<sup>3</sup> Va precisato che questo indicatore, l'unico che consente di effettuare comparazioni internazionali delle condizioni di salute generali, potrebbe risentire di differenze culturali che contribuiscono a definire i criteri che gli individui adottano per valutare il proprio stato di salute. A questo proposito, si osservano marcate differenze tra le risposte fornite dagli intervistati nei paesi europei e in quelli asiatici (non riportati nella Figura 1) difficilmente attribuibili alle condizioni di salute oggettive.

<sup>4</sup> Non è stato rilevato il dato di Bolzano, un'area in cui sono molto diffuse le residenze per anziani.

<sup>5</sup> Secondo un'indagine della LIUC Business School su un campione di RSA, il tasso di saturazione dei posti accreditati era pari al 99% nel 2016. Il tempo medio di attesa nello stesso anno si attestava a 98 giorni: un sensibile miglioramento rispetto ai 210 giorni rilevati nel 2010, che va attribuito principalmente alla riduzione del tempo che gli anziani trascorrono all'interno della struttura.

<sup>6</sup> Il ROE, un indice che esprime il risultato dell'esercizio in rapporto al patrimonio netto, tra il 2018 e il 2019 si è ridotto per tutte le società prese in esame; la stessa dinamica ha riguardato il ROS, che esprime il risultato operativo in rapporto ai ricavi netti, e il ROI, dato dal rapporto tra il risultato dell'esercizio e il capitale investito. In otto società su dieci, per effetto di una consistente riduzione degli utili, diminuisce anche la loro incidenza sui ricavi.

<sup>7</sup> L'unica eccezione, non inquadrabile in queste tendenze, è rappresentata dall'OASI CERRO, un'azienda ancora in fase di "startup" che, dopo le consistenti acquisizioni realizzate nel corso degli ultimi due esercizi, affermava nella sua nota integrativa al bilancio che nel 2020 sarebbe stata in grado di sfruttare meglio la capacità produttiva delle sue residenze, portando in positivo il risultato della gestione caratteristica.

<sup>8</sup> Fonti vicine alla stessa istituzione ci hanno comunicato, a gennaio 2021, una stima più elevata, pari a 1.157 minuti per il 2017, 1.159 minuti per il 2018 e 1.172 minuti per il 2019.

<sup>9</sup> <https://www.pensionaticisllombardia.it/articolo-678/esenzioni-ticket-sanitari-da-rinnovare-entro-il-30-settembre-per-i-cittadini-lombardi/>.

## Bibliografia

- Arlotti M., Ranci C. (2020). *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto nelle case di riposo del nostro Paese?* Laboratorio di Politiche Sociali, Politecnico di Milano.
- Borghetti A. (2019). Un cambio di passo necessario nell'assistenza agli anziani. (A cura di Tido-li R.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2019/05/08/un-cambio-di-passo-neces-sario-nellassistenza-agli-anzianilombardi/>.
- Brodsky H., Donkin M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 11(2): 217–228.
- Caselli G., Egidi V. (2011). Una vita più lunga e più sana. In Golini A., Rosina A. (a cura di) *Il se-colo degli anziani*. Come Cambierà l'Italia. Il Mulino. Bologna.
- Cergas (2019). Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regio-nali. *2° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (A cura di Fosti G. e Notarnicola E.). EGEA S.P.A. Milano.
- Ghavarshkar F., Matlabi H., Gharibi F. (2018). A systematic review to compare residential care facilities for older people in developed countries: Practical implementations for Iran. *Cogent Social Sciences*. 4:1, 1478493, DOI: 10.1080/23311886.2018.1478493.
- Giunco F. (2016). Le RSA in Lombardia. Un modello ancora attuale? *Lombardia Sociale*. [www.lom-bardiasociale.it/2016/04/05/le-rsa-in-lombardia-un-modello-ancora-attuale/](http://www.lombardiasociale.it/2016/04/05/le-rsa-in-lombardia-un-modello-ancora-attuale/).
- Guerrini E. (2011). I servizi residenziali in Lombardia. Una valutazione dell'ultimo decennio. *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2011/09/15/i-servizi-residenziali-in-lombar-dia-una-valutazione-dellultimo-decennio/>.
- Ires Lucia Morosini (2016). *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*. Torino.
- Istituto Superiore di Sanità (2020). Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture resi-denziali e sociosanitarie. REPORT FINALE. Roma.
- Italia Longeva (2020). Anno 2020 stress-test della long-term care: riflettori accesi su malattie cro-niche e fragilità. (A cura di Vetrano D. L.). Roma.
- Itinerari Previdenziali (2019). *Le sfide della non autosufficienza. Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza*. (A cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali con il supporto scientifico di Assoprevidenza). Milano.
- Merian Research (2020). *Innovation in elderly care (Germany)*. (Research Paper).
- Micheli G. A. (2007). Coperture variabili. Non autosufficienza anziana ed erogazioni di welfare. *Stato e mercato*. n. 3: 409–440.
- Negrini V. (2020). Cambiare paradigma? Perché noi siamo già unici. (A cura di Melzi A.). *Lom-bardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2020/02/11/perche-noi-siamo-gia-unici/>.
- Network Non Autosufficienza (2017). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il tempo delle risposte - Sesto rapporto*. Rimini. Maggioli editore
- Network Non Autosufficienza (2020). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Punto di non ritorno - Settimo rapporto*. Rimini. Maggioli editore

OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

Parenti A. (2019). Colmare gli “spazi vuoti” del sistema sociosanitario. (A cura di Noli M.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2019/05/08/colmare-gli-spazi-vuoti-del-sistema-sociosanitario/>.

Perobelli E. (2019). Anziani non autosufficienti: il sistema sociosanitario lombardo. (A cura di Tidoli R.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2019/12/01/uno-sguardo-critico-alle-policy-e-ai-servizi-sociosanitari-lombardi-per-anziani-non-autosufficienti/>.

Pesaresi F., Simoncelli, M. (2008). Analisi delle RSA in Italia, mandato e classificazione. *Tendenze nuove*, n. 2.

Pesaresi F. (2011). *La ripartizione della spesa nelle RSA. Chi paga per le RSA?* Pubblicato nel 3° Rapporto sull’assistenza agli anziani non autosufficienti a cura di Network Non Autosufficienza.

Pesaresi F. (2019). Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali. *I luoghi della cura*, numero 4-2019.

Ragioneria Generale dello Stato (2020). Le tendenze di medio-lungo termine del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n. 21. Roma.

Robine J. M., Michel J. P., Herrmann F. R. Who will care for the oldest people in our ageing society? *BMJ* 2007. 334(7593): 570–571.

Saraceno C. (2003). La conciliazione di responsabilità familiari e attività lavorative in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti. *Polis, Ricerche e studi su società e politica*, 2/2003. pp. 199-228. doi: 10.1424/9563.

Sebastiano A. (2016). RSA: l’impatto economico-organizzativo della burocrazia. (A cura di Tidoli R.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2018/11/20/rsa-limpatto-economico-organizzativo-delle-attivita-burocratiche/>.

Sebastiano A. (2018). Di quali fattori tener conto per gestire il personale in una RSA?. (A cura di Tidoli R.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2018/03/31/quali-fattori-tener-conto-gestire-personale-rsa/>.

Sebastiano A. (2019). Sviluppi e prospettive per la residenzialità. (A cura di Noli M.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2019/05/08/sviluppi-e-prospettive-per-la-residenzialita/>.

Sebastiano A., Astolfo R. (2016). La domanda dell’utenza delle RSA: Lombardia Vs. Veneto. (A cura di Tidoli R.). *Lombardia Sociale*. <http://www.lombardiasociale.it/2016/12/17/la-domanda-dellutenza-delle-rsa-lombardia-vs-veneto/>.

Sebastiano A., Pigni R. (2016). *Chi sono oggi gli utenti delle “case di riposo”: evidenze empiriche dall’osservatorio settoriale sulle RSA*. Liuc Business School.

Vigorelli P. (2020). *Sul coinvolgimento dei familiari nelle RSA. Imparare dall’esperienza Covid-19*. Welforum.it. <https://welforum.it/sul-coinvolgimento-dei-familiari-nelle-rsa-imparare-dallesperienza-covid-19/>



# INTERVENTI

- 52 Elena Taino  
*Operatrice socio sanitaria*  
*Fondazione Anni sereni di Treviglio (Bg)*
- 53 Alessandro Azzoni  
*Presidente Associazione Felicità*
- 56 Luca Degani  
*Presidente dell'Associazione*  
*UNEBA Lombardia*
- 58 Monica Vangi  
*Segreteria Cgil Lombardia*
- 62 Carlo Borghetti  
*Commissione Sanità e Politiche Sociali*  
*Regione Lombardia*
- 66 Emanuele Monti  
*Presidente Commissione Sanità*  
*e Politiche sociali Regione Lombardia*
- 70 Nerina Dirindin  
*Commissione per la Riforma*  
*dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria*  
*della popolazione anziana*

# PIÙ VALORE AL SOCIOSANITARIO

Elena Taino *Operatrice socio sanitaria Fondazione Anni sereni di Treviglio (Bg)*

Lavoro in una Rsa bergamasca dal 1997 con la qualifica di Ada, e da circa dieci anni sono membro della Rsu. La realtà in cui mi trovo a operare è stata, nel periodo pre-Covid, un'isola felice per gli utenti che godevano – oltre dell'assistenza superiore rispetto al minutaggio standard, che tra l'altro è improponibile – di una apertura sul territorio data dalle numerose iniziative a livello socio culturale, ricreativo, organizzate anche all'interno della struttura con l'obiettivo di coinvolgere gli utenti più svantaggiati.

Naturalmente anche da noi il Covid è arrivato come uno tsunami, cogliendoci impreparati e mietendo numerose vittime. A oggi la struttura è organizzata e attrezzata, gli utenti e gli operatori costantemente monitorati con tamponi antigenici. A livello socio ricreativo si cerca di organizzare attività per occupare le giornate dei nostri ospiti che sono fortemente provati dall'isolamento di questo lungo anno di pandemia, inoltre proseguiamo con le videochiamate per mantenere il contatto con la famiglia.

L'emergenza Covid ha messo in risalto ciò che per noi del settore era già chiaro, cioè la poca attenzione degli organi preposti sia nei confronti delle strutture che del personale. All'inizio dell'emergenza eravamo sprovvisti dei Dpi che la nostra struttura ha dovuto comprare per mesi prima che dalla Regione arrivasse qualcosa che poi si è rivelato insufficiente e poco funzionale.

Il personale ha operato con la massima profes-



sionalità seppur in sotto organico a causa dei numerosi colleghi che si sono ammalati anche gravemente, e in alcuni casi, facendo di più di quanto richiesto sia in termini di assistenza, sia a livello umano. Tale sforzo non è stato riconosciuto in nessun modo, anzi, gli operatori hanno dovuto subire la cassa integrazione a cui le strutture sono dovute ricorrere per compensare gli ammanchi delle

rette dovuti ai numerosi decessi.

Se in periodo pre-Covid, tra gli operatori delle Rsa c'era malcontento per i salari bassi – a causa dei contratti sempre peggiorativi che le strutture sono costrette ad applicare per contenere i costi, dagli inquadramenti non in linea con il contratto sanitario nazionale come nel caso degli infermieri e gli Oss inquadrati Asa pur svolgendo mansioni da Oss – oggi gli operatori sono psicologicamente e fisicamente stanchi, perché la mole di lavoro richiesta è aumentata in termini sia di quantità che di qualità.

Tale situazione non può che riflettersi sul lavoro per chi decide di rimanere o determina la scelta di andare a lavorare per strutture pubbliche o private con compensi economici migliori. Mai come oggi è necessario che a livello regionale venga valorizzato il settore socio sanitario con interventi da parte degli organi preposti, mirati a supportare le strutture, per tutelare gli utenti e le loro famiglie, ma anche per riconoscere l'importanza del lavoro di cura svolto dagli operatori e da troppo tempo ignorato. ■

# RISPETTO PER L'ANZIANO E I SUOI DIRITTI

Alessandro Azzoni *Presidente Associazione Felicità\**

**G**razie allo Spi per questa opportunità di dare voce anche al punto di vista dei parenti caregiver rispetto quello che abbiamo vissuto. Durante questo lungo anno in cui si è consumata la tragedia che ha toccato in modo così duro gli anziani, per noi parenti di un genitore o di un nonno ricoverato in una Rsa sono cambiate molte cose.

Siamo precipitati in un tunnel di dolore per i morti, di angoscia per i sopravvissuti che tuttora rimangono isolati, di preoccupazione per la lontananza e per la mancanza di notizie, di rabbia e di impotenza, di sensi di colpa per la scelta, spesso obbligata, di portare un nostro caro in una Rsa, scelte prese nella certezza che potessero garantirne la salute e la protezione.

Insieme a questo, il cambiamento ha portato anche una maggiore consapevolezza di un mondo complesso che fino ad allora ci sembrava scontato e naturale. Abbiamo imparato – dalle analisi di esperti, dalle inchieste dei media, dalle interessantissime ricerche approfondite come quella presentata da Montemurro – a capire i motivi che legano il funzionamento delle Rsa, la loro organizzazione, i criteri che ne regolano le scelte con un modello socio sanitario debole, che constatiamo irrisolto, poco legato ai reali bisogni delle persone sul territorio.



Ci sembra che la tragica esperienza di quest'anno stia iniziando a cambiare il percorso comune su quella cultura utilitaristica che considera le fragilità della vecchiaia qualcosa di marginale, da nascondere all'occhio, una sorta di destino negativo e inevitabile da allontanare dallo sguardo. E ciò grazie anche agli interventi del mondo cattolico, che in questo ultimo anno abbiamo ap-

prezzato, che ha dato voce a questi disagi.

Della necessità di cambiare il modello delle Rsa – da oltre trent'anni considerate le istituzioni più efficienti e adeguate nel rispondere alla perdita di autonomia degli anziani – sono oggi, per fortuna, in molti, a parlarne.

La cosa che non ci sembra cambiata è la volontà di revisione dei propri criteri gestionali da parte delle Rsa stesse che, anzi (parlo delle direzioni dei gestori non certo dei lavoratori) si sono chiuse in una trincea difensiva dove la logica dell'autoprotezione – dai rischi legali, dal calo dell'utenza e quindi dei profitti, dalla necessità di riorganizzazione dei servizi – prevale sull'urgenza di mettere i bisogni degli utenti al centro, salvaguardando i diritti alla cura e a una vita dignitosa degli anziani.

Sparsi sul territorio ci sono casi, come ad esempio quello di cui ci ha appena parlato Elena Taino, dove un manager più sensibile ha saputo

to gestire meglio la situazione ponendo attenzione alla cura senza perdere il senso di umanità. Ma, parlando in generale e pensando soprattutto alle grandi Rsa proprietà di gruppi finanziari, ci sono strutture che, al contrario, sono pervase da veri e propri processi di disumanizzazione che hanno coinvolto ospiti, lavoratori e parenti. È proprio qui che si segnano i confini e le differenze tra luoghi di cura e organismi produttivi finalizzati a un profitto costruito sullo sfruttamento dei lavoratori oltre che sulla sofferenza di chi invecchia e delle famiglie che stanno loro accanto.

Ci appare tuttavia evidente che la pandemia, con i suoi esiti terribili, anziché occasione di riflessione critica sia diventata spesso un alibi per difendere gli interessi economici della categoria, alzando un muro nei confronti dell'esterno. Oggi, questo muro difensivo sta danneggiando proprio l'immagine delle Rsa stesse, spingendo molti a chiedersi sino a dove può arrivare un modello di assistenza che pretende di tutelare le persone più fragili come gli anziani e i disabili non autosufficienti, rinchiudendoli e isolandoli, sacrificandone la libertà e la dignità di esseri umani; a chiedersi, insomma, se può funzionare un modello dove si lascia al gestore delle strutture la facoltà di decidere sulla loro vita.

Qui veniamo al tema che, a nostro parere, è centrale: quello dell'apertura e della trasparenza di una struttura che fornisce servizi personali a persone fragili. Il confine sottile tra l'essere un contenitore protettivo e, contemporaneamente, un luogo di cura e assistenza aperto ha portato molte strutture residenziali, a partire dalla prima ondata del Covid, a seguire la strada più facile, quella di ritenere giustificata una gestione autarchica e impermeabile all'esterno. A distanza di un anno, nonostante le vaccinazioni agli ospiti e al personale, nonostante le misure di sicurezza e i tamponi obbligatori per le visite, nulla è cambiato. Gli anziani sono tuttora isolati e subiscono gravi danni psicofisici, molti si lasciano andare, perdono l'autonomia e peggiorano le facoltà cognitive, noi ne siamo testimoni quotidiani.

Nonostante questo, tra il rischio possibile di contagio e il danno certo dell'isolamento, si preferisce seguire la strada della chiusura. Il ghetto non è soltanto un luogo circondato da mura invalicabili, è anche il luogo dell'indifferenza, del disinteresse e dell'abbandono. La qualità della vita, la vita stessa, non può esistere in un ghetto e la ghettizzazione delle Rsa è oggi la prima causa di malessere degli ospiti.

Recente è il caso, voglio ricordare, del-



la presidente delle associazioni che raggruppa le istituzioni per l'assistenza del Trentino, sfiduciata dal suo stesso Cda per aver deciso la riapertura delle Rsa dopo il lungo *lockdown* che, recludendo gli anziani, sta creando altrettanti danni del contagio stesso. Una sorta di isolamento i cui danni non incidono solamente sul soggetto direttamente colpito, ma anche sugli stessi familiari caregiver che rappresentano il canale privilegiato, spesso l'unico, di rapporto con il mondo esterno. Il paziente senza famiglia è un paziente indifeso, perché una famiglia attiva alle spalle rende l'ammalato più forte e protetto di fronte alla violenza implicita di un'istituzione totale. I parenti – che fino a un attimo prima costituivano una presenza quotidiana utile alla struttura stessa anche nel supplire alle carenze dei servizi di assistenza e alla difficoltà di conoscere e comprendere l'anziano nei suoi bisogni – sono invece diventati per le Rsa quasi un nemico, fonte di possibili contagi ma, soprattutto, di controllo e quindi di potenziale minaccia.

Su questo tema la nostra Associazione ha raccolto le testimonianze di parenti su quanto avveniva a livello nazionale nelle Rsa, e redatto un Libro Bianco sulla normalità negata, chiamato *Anziani senza famiglia*, che abbiamo consegnato al presidente della Commissione istituita dal ministero della Salute, Monsignor Paglia.

Si ha l'impressione che – anziché considerare come indicatore di buona assistenza l'alleanza terapeutica tra residenze, famiglie e operatori – le istituzioni abbiano legittimato l'autarchia gestionale delle Rsa rispetto ai controlli esterni. Il legame tra apertura e trasparenza, tra controllo esterno e qualità del servizio, ci pare, invece, una variabile fondamentale. Per questo, andrebbe resa obbligatoria in ogni Rsa l'istituzione di un osservatorio costituito dai rappresentanti dei familiari, esperti e operatori, al di fuori degli organismi interni della struttura, che potrebbe svolgere un ruolo consultivo e propositivo sugli interventi tecnici e migliorativi nelle problematiche di carattere generale e nell'organizzazione dei servizi. Un punto di riferimento elettivo indipendente dove i familiari e gli operatori si riconoscano nella fun-

zione di rappresentanza degli interessi comuni, di controllo sul rispetto di diritti e doveri delle parti.

In conclusione, non c'è cura né assistenza che non passi dal riconoscimento dell'anziano come individuo portatore di bisogni e di diritti, e del rispetto della sua dignità di essere umano.

Nelle scelte da compiere va dunque modificato il paradigma che vede gli interventi rivolti agli anziani centrati solo sul trattamento della malattia in direzione di una cura che tenga conto dei bisogni globali della persona. Cruciale nel futuro delle strutture per anziani sarà quindi la conciliazione, protezione e conservazione della qualità della vita, secondo criteri di cautela nel buon senso ma anche nel buon cuore, con uno sguardo di empatia e *pietas*, perché pensiamo che la sorte degli anziani è il nostro stesso destino, come individui e come società. ■

*\*Felicita è l'Associazione per i diritti nelle Rsa, nata nell'alveo del Comitato Giustizia e verità per le vittime del Trivulzio e ora estesa a cinquantacinque strutture in tutta Italia.*

# L'OBIETTIVO È MIGLIORARE IL SISTEMA

Luca Degani *Presidente dell'Associazione UNEBA Lombardia*

L'epoca Covid ha messo in luce la limitatezza delle risorse del sistema sanitario, che nell'idea collettiva doveva essere accessibile a tutti, in virtù di quel principio di universalità risalente al 1978. Tuttavia la sanità ha a disposizione circa 120 miliardi di Euro sul territorio italiano, venti di questi sono a disposizione sul territorio lombardo, il 10 per cento di questi è rivolto al mondo socio sanitario. Le limitate risorse messe a disposizione del settore socio sanitario riflettono un sistema sanitario ancora oggi pensato su una popolazione più giovane in cui l'accesso ospedaliero costituisce la prima risposta ad ogni bisogno.

L'emergenza sanitaria ha fatto conoscere la realtà delle Rsa, strutture socio sanitarie non idonee a curare patologie acute in quanto volte all'assistenza e al miglioramento della vita di persone non autosufficienti e dunque particolarmente fragili. Tali strutture, essendo connotate dalla prevalenza di prestazioni assistenziali in luogo di quelle sanitarie, si sono trovate, con i propri operatori, impreparate e strutturalmente inadeguate per far fronte alle cure necessarie per i soggetti covid.

Ciò nonostante, per la presenza di appositi macchinari, quali ad esempio le bombole di ossigeno, e per la necessità di liberare gli ospe-



dali dall'ingente numero di ricoveri covid, si è pensato, a livello nazionale, di richiedere alle Rsa di ospitare da un lato, pazienti "a bassa intensità covid" provenienti dagli ospedali – soggetti dunque non più necessitanti di particolari prestazioni sanitarie ma richiedenti comunque un isolamento per prevenire il propagarsi del virus – e, dall'altro, soggetti già ricoverati in ospedale

per altre patologie, ai quali non era stata eseguito neanche il tampone.

In questa fase di trasferimento dalle strutture ospedaliere alle Rsa, l'accertamento della negatività di tali soggetti al virus non è sempre riuscita con la conseguenza che il virus si è diffuso rapidamente all'interno di tali strutture, le quali – come già specificato in precedenza – ospitando pazienti fragili, hanno avuto un effetto domino.

Per tale ragione, alla luce del collasso riscontrato in molteplici strutture socio sanitarie, con gli interventi normativi successivi si è ritenuto necessario ed inevitabile, al fine di contenere il contagio, mantenere la chiusura delle suddette strutture negando l'accesso – che peraltro era già stato disposto in precedenza alla richiesta avanzata da regione Lombardia di accogliere pazienti "a bassa intensità covid" nelle Rsa – per molti mesi ai parenti degli ospiti ivi ricoverati.

Su questo è stato commesso un errore dunque perché le Rsa non dovevano essere intese come strutture strumentali al ricovero di pazienti covid attesa l'utenza, mediamente ottantenne e particolarmente fragile lì presente e considerata altresì la qualificazione del personale socio-sanitario operante il quale peraltro non è stato posto nelle condizioni – mediante ad esempio sufficienti dispositivi di protezione individuale – di lavorare in sicurezza.

La chiusura dunque di tali strutture, protrattasi nel tempo, ha sollevato poi il problema della solitudine degli ospiti ivi ricoverati, i quali si sono ritrovati per diversi mesi a non poter incontrare i propri cari.

Per tal motivo, considerata l'attuale realtà delle Rsa ove gli anziani non autosufficienti non vengono più ricoverati per molti anni ma magari solamente per gli ultimi mesi della loro vita, si è richiesto, a livello nazionale, di vaccinare un parente per ogni anziano ospitato in tali strutture di modo da poter consentire l'accesso.

Tale proposta rinviene il proprio fondamento nell'idea che sia necessario accompagnare l'ospite ormai non più autosufficiente in un percorso di relazione, di affettività, per cui l'evento morte, che fa parte della vita di chiunque di noi, è un evento che ha bisogno di un percorso di accompagnamento che non si può compiere se permane la chiusura totale delle strutture. Accanto alla solitudine degli anziani ricoverati in Rsa e per i quali si ritiene necessario prevedere ad oggi delle modalità che consentano in sicurezza di ristabilire i contatti con i propri cari, si vuole altresì sollevare un altro spunto di riflessione.

Sull'altro lato della bilancia infatti, esiste ad oggi un'altra generazione, quella dei giovani studenti, che ha perso ogni tipo di rapporto sociale e che si ritrova da mesi a partecipare alle lezioni in Dad. Anche a tal proposito ritengo sia necessario porre la dovuta attenzione a problemi di altra natura, alle possibili e prevedibili ricadute psicologiche che investiranno questa generazione. ■



# LA SALUTE: UN DIRITTO UNIVERSALE

Monica Vangi *Segreteria Cgil Lombardia*

**N**on vi è dubbio che la pandemia ha messo in evidenza le debolezze del nostro sistema sanitario e di quello sociosanitario, rendendoci più consapevoli dell'importanza di un servizio sanitario universale pubblico, ma mettendo anche in evidenza le grandi difficoltà riscontrate nel sistema di assistenza alle persone anziane che, come i dati ci dicono, hanno pagato il prezzo maggiore nella fase dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19.

In Lombardia, come nel resto del Paese, la pandemia ha acceso i riflettori sul comparto sociosanitario, e in modo particolare sul sistema della residenzialità. La ricerca Ires presentata questa mattina da Francesco Montemurro, mette in evidenza le criticità del sistema di residenzialità nella nostra regione, criticità note da tempo al sindacato confederale, alle categorie dei pensionati, della funzione pubblica, e segnalate ben prima della pandemia da Covid-19. Carenze che si sono palesate con forza durante l'emergenza sanitaria a partire dalla frammentazione delle risposte ai bisogni della popolazione anziana, in modo particolare a quelli della non autosufficienza.

È opinione diffusa che il tema della non autosufficienza, e più in generale quello dell'invecchiamento della popolazione, necessiti di



interventi strutturali nel nostro Paese e nella nostra regione attraverso riforme che oggi possono e devono trovare spazio anche all'interno del Pnrr. Serve sicuramente una legge, da tempo richiesta dallo Spi nazionale, sulla non autosufficienza, ma come qualcuno prima di me ha ricordato, serve anche definire i livelli essenziali delle prestazioni.

Desidero rimarcare che il sistema delle Rsa in Lombardia è sempre stato attenzionato e in talune situazioni anche valorizzato dal sindacato per due ragioni fondamentali. Prima ragione: rappresenta un sistema alternativo agli assistenti familiari o ai caregiver familiari. Una risposta ai bisogni degli anziani attraverso l'offerta di servizi, certo, non solo residenziali, ma anche semiresidenziali e domiciliari. Seconda ragione: il sistema della residenzialità può contare su un patrimonio di competenze date dai tanti professionisti, dipendenti delle singole strutture o dipendenti da soggetti terzi cui sono stati affidati alcuni servizi e a cui si aggiunge, ovviamente, l'indotto. Vorrei focalizzare l'attenzione sul sistema delle Rsa in Lombardia e mi scuserete se parto da lontano ma, come spesso diciamo, mai dimenticare la storia.

Vorrei approfittare della bella iniziativa di questa mattina per rivolgermi sia alle associazio-

ni di rappresentanza, abbiamo da poco sentito Luca Degani, che a Regione Lombardia. Parto dal 2003 – allora ero alla funzione pubblica nel territorio di Cremona. Quello è stato l'anno della Legge regionale numero 1, sul riordino della disciplina delle Ipab in Lombardia. All'articolo 1 questa Legge richiama gli articoli 18, 38, 118 della Costituzione, ma anche l'articolo 10 della Legge 328 del 2000, e cita la Legge Quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali al fine di garantire una gestione dei servizi sociali, sociosanitari ed educativi ispirata al principio di efficienza, efficacia, solidarietà, sussidiarietà e trasparenza. Ricordo il dibattito che si avviò nei territori della Lombardia come quello cremonese una provincia che, come abbiamo visto dai dati della ricerca, è caratterizzato da un numero elevato di Ipab. In quasi tutte le province lombarde la casa, l'oratorio e la casa di riposo hanno sempre caratterizzato molte delle nostre comunità. In realtà il dibattito iniziò prima della Legge 1 e vide il sindacato attivo nella discussione su cosa sarebbero diventate le Ipab; si aprirono discussioni con le istituzioni, con i Comuni, con le Province, con la Curia, tutti soggetti che nominavano i consigli di amministrazione delle Ipab. Il sindacato chiedeva alle istituzioni che le Ipab mantenessero la natura giuridica pubblica trasformandole in Asp, Aziende di servizi alla persona, enti di diritto pubblico per il perseguimento di finalità di rilevanza sociale e sociosanitaria. Non lo chiedevamo per pregiudizi e ideologie particolari, come spesso ci siamo sentiti dire, lo chiedevamo convinti che trattandosi di servizi di pubblica utilità – che erogano funzioni pubbliche, che si avvalgono di risorse pubbliche – non potevano e non dovevano entrare nel mercato libero dell'assistenza. Come è noto, la quasi totalità delle Ipab lombarde vennero trasformate in Fondazioni con personalità giuridica di diritto privato, senza scopo di lucro, alcune ottennero anche il riconoscimento di Onlus. Certo, l'azione sindacale allora consentì l'inserimento nella legge regionale della clausola di garanzia del mantenimento del contratto in essere al momento della depubblicizzazione ai dipendenti, ma poi la storia ha fatto il suo corso e oggi è possibile trovare all'interno della stessa

struttura anche quattro cinque contratti nazionali applicati anche a parità di mansione.

Ricordo che i temi portati a sostegno della privatizzazione da parte delle istituzioni territoriali di qualsiasi appartenenza politica, erano la tutela dei patrimoni delle Ipab, frutto dei lasciti dei benefattori, il desiderio di essere autonomi e non vincolati da lacci e laccioli, ad esempio, sulle modalità di assunzione del personale, piuttosto che per l'acquisto di materiali e presidi. Nel corso del tempo, all'acuirsi dei bisogni e senza una programmazione regionale basata sull'analisi delle reali necessità, abbiamo assistito al proliferare di realtà profit in tutto il territorio regionale.

Non possiamo dire di essere riusciti a contenere la privatizzazione delle Ipab, ma l'azione sindacale proseguì concentrandosi sulla delicata fase di definizione degli Statuti e dei Regolamenti, fasi in cui provammo a indicare tre priorità: la trasparenza nel reclutamento del personale, nell'acquisto dei presidi, ma anche nei bilanci; la partecipazione e il coinvolgimento delle famiglie degli ospiti, con la formalizzazione negli Statuti dei Comitati dei parenti, a cui dover rendere conto dell'andamento economico strettamente collegato alla politica delle rette, le modifiche organizzative, il benessere delle persone residenti nelle strutture; terza priorità, il coinvolgimento del sindacato, sempre nell'ottica della trasparenza, ma anche nel mantenimento del contratto nazionale a tutti i dipendenti.

Sono partita da quegli anni perché sono convinta della forza e della bontà della nostra azione e del fatto che taluni temi posti allora, siano ancora assolutamente attuali, come sanno bene le associazioni datoriali. Il rapporto tra enti, gestori e parti sociali sono proseguiti e, in molte realtà territoriali, il confronto con le confederazioni e con la categoria dei pensionati ci ha consentito di osservare come molte Rsa abbiano colto e intrapreso importanti sfide: nuovi modelli organizzativi, la diversificazione dei servizi offerti, l'apertura delle strutture al territorio e alla comunità e in taluni casi anche la capacità di creare sinergie importanti fra strutture con gli enti locali, anche con le università, con il terzo settore e, ovviamente, con le parti sociali.

Abbiamo visto Rsa che, per dare risposte al

crescente bisogno di ricoveri, di assistenza a persone affette di Alzheimer, hanno trasformato posti letto di Rsa in posti Alzheimer mantenendo la remunerazione delle Rsa. Non è, però, sufficiente.

Credo serva individuare delle priorità da portare all'attenzione dei decisori politici, certamente la sostenibilità economica è fondamentale, ma non è il solo elemento su cui dobbiamo provare a trovare convergenze. Penso, ad esempio, al tema della trasparenza, alla messa a disposizione di dati organizzativi ed economici; penso al tema della politica delle rette, al superamento del dumping contrattuale, penso al superamento del minutaggio di assistenza minimo da garantire settimanalmente, datato circa dieci anni e ampiamente superato da moltissime strutture. Penso alla necessità che ci sia il giusto riconoscimento del sindacato confederale e delle categorie dei pensionati oltre che della funzione pubblica quali interlocutori privilegiati con cui le associazioni datoriali devono confrontarsi.

Il sindacato unitario regionale, negli ultimi anni, ha presentato molti documenti a Regione Lombardia, cito solo gli ultimi due in ordine di tempo: *Più sanità pubblica, più medicina di territorio*, datato luglio 2020 dopo tre presidi di mobilitazione sotto il palazzo della Regione, e l'ultimo documento relativo alle nostre proposte di revisione della Legge regionale 23, formalizzate nel mese di gennaio 2021 (*il documento è stato pubblicato su Nuovi Argomenti n. 1-3 del 2021, ndr.*).

Recependo le indicazioni di Agenas in modo particolare sulla necessità di rivedere il sistema di governance allineandolo alla normativa nazionale, forte del fatto che una delle maggiori criticità rilevate è stata proprio la mancata integrazione fra sanità, sociosanitario e sociale, proponiamo anche l'accorpamento delle funzioni assessorili. È importante che la rete sanitaria e sociosanitaria, così come le politiche sociali a carattere prevalentemente sanitario, siano ricomprese in un unico assessorato che abbia la gestione delle risorse economiche, in concreto, occorre far confluire all'interno dell'assessorato al Welfare il coordinamento delle seguenti gestioni: politiche sanitarie, politiche socia-

itarie territoriali a carattere residenziale, semiresidenziale e domiciliare, politiche sociali a prevalente impatto sanitario e sociosanitario, comprendendo le politiche per la disabilità. Serve il potenziamento delle funzioni della DG Welfare con adeguate competenze e risorse economiche e umane su alcune materie, tra cui la prevenzione, l'igiene e la sanità pubblica, la promozione e l'educazione alla salute, la promozione e lo sviluppo della medicina territoriale, l'integrazione sociosanitaria, la programmazione e lo sviluppo della rete fra le strutture ospedaliere. Serve lo sviluppo e la riorganizzazione della rete territoriale con la necessità di agire secondo due precise direttrici: governo della domanda riaffermando il ruolo di regia del Distretto sociosanitario nel governo della domanda di salute della popolazione. È necessario il potenziamento del ruolo del Distretto, come ente di programmazione e di governo, al Distretto vanno riaffidati i processi di generazione della domanda di salute, in particolare quella relativa a condizioni croniche, pluripatologiche, degenerative. In quest'ottica al Distretto competono l'analisi dei bisogni e il supporto sociosanitario e sociale attraverso un approccio che non può che essere multidimensionale e multiprofessionale, che determini il piano di cure assistenziali più appropriato.

Seconda direttiva: il governo della rete delle offerte territoriali di prossimità, serve realizzare punti di prossimità fisicamente individuabili e facilmente identificabili dai cittadini ridando responsabilità ai territori e affinando il modello organizzativo per una sanità più vicina al bisogno, agli ambiti di vita delle persone e alla comunità. Il Distretto deve implementare modalità e procedura di effettiva partecipazione degli enti locali e degli erogatori, e di coinvolgimento e confronto con le organizzazioni sindacali, con altri corpi intermedi, per valorizzare la medicina di territorio e migliorare il coordinamento dell'assistenza di prossimità. È, quindi, necessario potenziare l'attività di assistenza domiciliare e cure palliative domiciliari, potenziare tali modalità di servizio e assistenza con un incremento del budget utilizzando, ovviamente, un criterio che lo rapporti al reale bisogno di assistenza al domicilio, e trovi punti di convergenza con il Sad.

Serve sviluppare la cultura del territorio che noi, in Lombardia, abbiamo da tempo perso, valorizzare la medicina di territorio e serve, necessariamente, la formazione del personale.

Nel documento abbiamo dedicato una parte allo sviluppo dei modelli organizzativi di servizi in ambito sociosanitario, è necessaria un'azione regolatoria di sostegno per l'innovazione e la riorganizzazione dell'offerta sociosanitaria per realizzare una presa in carico da parte dei sistemi di assistenza sociosanitaria e socioassistenziale che punti, anzitutto, a prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di condizioni di non autosufficienza o ritardare il passaggio delle persone anziane vulnerabili dal domicilio all'ingresso in strutture residenziali evitando accessi inappropriati e non necessari in presenza di servizi alternativi, semiresidenziali e domiciliari.

A questo punto e a questo fine, si dovranno rafforzare la domiciliarità assistita e modelli di residenzialità, serve sviluppare i servizi di residenzialità aperta e leggera, serve la riqualificazione e la riorganizzazione delle unità di offerta integrando in modo diffuso nella rete sociosanitaria e socioassistenziale strutture destinate all'accoglienza delle persone anziane vulnerabili cui offrire nuove modalità assistenziali, serve una residenzialità pensata anche per la tutela dei livelli di autonomia e la promozione del benessere psicofisico organizzata in modo da favorire il mantenimento degli interessi personali e la socializzazione compatibilmente con le condizioni cliniche e limitazioni funzionali.

A questo punto proponiamo, così come per il comparto sanitario, anche per il comparto sociosanitario la necessità di una rivisitazione profonda del sistema di accreditamento, è necessario rivedere i modelli organizzativi di servizi di residenzialità, serve un adeguamento dei minutaggi di assistenza più congrui alla reale complessità degli ospiti, l'obbligo delle strutture accreditate alla trasparenza e all'evidenza pubblica dei dati relativi ai servizi, agli esiti e alle rette applicate. Serve sicuramente una migliore allocazione e distribuzione delle risorse del Fondo sanitario regionale rispetto al sistema sociosanitario che riconosca agli enti gestori l'effettivo carico assistenziale rispetto alla casistica trattata; così come serve la regolazione

della quota di compartecipazione tramite la retta a carico delle famiglie secondo criteri di sostenibilità e supportabilità. Tutto ciò senza dimenticare il rafforzamento degli organici e lo sviluppo di percorsi di professionalizzazione degli operatori previsti dai contratti nazionali sottoscritti dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Nel nostro documento non può mancare il tema del rapporto pubblico/privato che, dal nostro punto di vista, è una criticità. In Lombardia dovrà essere rivisto in direzione di un riequilibrio a favore delle strutture pubbliche, serve riconsiderare il percorso di autorizzazione e accreditamento e contrattualizzazione dei soggetti privati sanitari e sociosanitari rivedendo le regole di ingaggio, le procedure e il sistema di remunerazione, che va finalizzato al raggiungimento di obiettivi di cura sulla base di una programmazione regionale e territoriale fondata sull'analisi dei bisogni dei cittadini. È necessario pertanto, rivedere il rapporto con il privato accreditato e contrattualizzato affinché si possa concretizzare e realizzare una programmazione sulla base dei bisogni specifici, serve anche introdurre il tema del monitoraggio e dei controlli.

In conclusione, riprendendo il titolo dell'iniziativa di oggi *Rsa, conoscerle per rinnovarle*, credo sia necessaria una sollecitazione dei decisori politici regionali affinché la revisione della Legge Regionale 23 del 2015 venga modificata. Noi continueremo a farlo, solleciteremo Regione Lombardia ad avviare il confronto ripristinando un metodo che attribuisca al termine confronto il giusto valore: chiederemo il confronto sulla Legge Regionale 23 esattamente come chiederemo il confronto sul piano vaccinale, perché ricordo che non sono due temi disgiunti. Oggi abbiamo ancora problemi a garantire la vaccinazione agli over 80enni e alle persone disabili al loro domicilio, saremmo ben lieti di avere al nostro fianco anche le associazioni datoriali e di rappresentanza degli enti gestori.

È l'ora di cambiare, è l'ora di pretendere che la salute sia davvero un diritto per tutte e per tutti, e che le risposte siano adeguate, è l'ora di agire perché dobbiamo trarre lezione da quella che è stata la triste esperienza dataci da questa emergenza. ■

# PROGRAMMAZIONE: METTERE AL CENTRO IL SOCIOSANITARIO

Carlo Borghetti *Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia*

**L**e case di riposo devono Lessere luoghi di vita, non solo luoghi di cura o di assistenza: questo è l'approccio culturale con il quale si deve ragionare di Rsa.

Ed è facile dire "Rsa", oggi, ma nel dibattito pubblico ci si confonde molto, perché questa etichetta si usa con riferimento a strutture ben diverse fra loro, soprattutto quando si parla di strutture del Centro e del Sud del Paese,

dove non ci sono le tradizioni assistenziali e le normative che abbiamo nel Nord del Paese. Pur con tutti i difetti bisogna dire che la normativa e la tradizione assistenziale di cui godono le Rsa della Lombardia e i lombardi è più avanzata rispetto a gran parte del Paese. Ma c'è molto da fare, e proverò a dire qualcosa.

Le Rsa oggi dovrebbero essere un elemento di una *filiera di servizi*, ma è proprio in questa filiera che vedo le carenze più forti e datate da parte del nostro servizio sanitario regionale. Bisogna *segmentare* di più le risposte della filiera, e segmentarle all'interno delle Rsa, perché ci sono ospiti con esigenze e situazioni ben diverse tra di loro: basta fare un giro tra i corridoi di una Rsa per rendersi conto di come si va dalla persona allettata, alle persone che non possono più deambulare autonomamente o fare un ragionamento compiuto, alle persone che deambolano e che sono in grado di fare una partita a carte.



Una prima riflessione, dunque, è se non ci sia bisogno di segmentare in maniera diversa la risposta anche *dentro* le Rsa, parametrando di conseguenza in maniera diversa standard strutturali e standard gestionali. Così come la segmentazione deve avvenire per tutta la filiera dei servizi che, in realtà, ha dei "buchi" notevoli, a partire dall'assistenza domiciliare, sia che sia fatta dai Comuni

con il Sad, sia che sia fatta dal sistema delle Ats con l'Adi, passando per i pochi Centri diurni integrati, per arrivare a tutto il sistema dell'assistenza familiare, delle badanti, che non ha ancora trovato una sua adeguata implementazione e inserimento nella filiera dei servizi pubblici, per passare quindi agli alloggi protetti, ancora da sviluppare, e poi alle Rsa, per finire agli hospice, che sono troppo pochi.

Sull'assistenza domiciliare, poi, in realtà abbiamo una Regione che ha delle carenze inimmaginabili, e si pone fra le ultime Regioni d'Italia. In questo c'è un fattore culturale -oserei dire- a Palazzo Lombardia, che non è di questi anni, ma degli ultimi forse vent'anni. Anni in cui il nostro servizio socio-sanitario si è concentrato così tanto sugli ospedali da trascurare non solo tutta la filiera dei servizi all'anziano, ma anche tutta la sanità territoriale e la cura della cronicità, assolutamente non all'altezza della crescita del bisogno.

La Rsa dovrebbe essere in qualche modo “l’ultima spiaggia”. In un mondo ideale noi non dovremmo aver bisogno delle Rsa, se si riuscisse a fare l’assistenza e la cura della persona anziana in tutti i luoghi dove può essere anticipata, prevenuta. Si parla tanto di prevenzione: tutti i servizi che fanno capo alla filiera sociosanitaria vanno intesi anche come prevenzione, per questo c’è bisogno di investire di più su questi servizi.

La Legge 23 stessa presenta dei difetti che hanno inciso negativamente sulla filiera assistenziale degli anziani, laddove le Asst si sono sostanzialmente dedicate agli ospedali trascurando il territorio, laddove i Distretti sociosanitari in realtà sono stati totalmente depotenziati, laddove l’assessorato unico non ha mai messo veramente al centro l’attenzione su tutto quello che è servizio all’anziano... Per non parlare dei drammatici errori della Regione verso le Rsa durante la pandemia, e non sto a ritornare su cose che ci siamo già detti: tra tutti la Delibera dell’8 marzo che mandava i positivi nelle Rsa e quelle successive tese a non mandare gli over 75 in ospedale, il ritardo nella fornitura dei dispositivi di protezione... (e ricordiamoci che le Rsa sono strutturate in gran parte private, ma sono private *accreditate*, per cui c’è un *dovere* da parte del servizio pubblico di intervenire in un frangente così drammatico come quello di una pandemia).

A mio parere le Rsa devono essere il *fulcro* di una filiera assistenziale, in modo che questa filiera veda l’anziano essere preso in carico secondo il criterio dell’*appropriatezza*: il servizio giusto per il relativo bisogno assistenziale di *quel* momento, dove intorno alla Rsa si possono sviluppare i servizi di diversa intensità assistenziale. È stato detto bene oggi: ci sono risposte inappropriate dentro le Rsa, ma io dico che in particolare quello che viene prima delle Rsa dovrebbe essere improntato a una maggiore appropriatezza. E se penso che c’è una legge regionale sulle badanti – la legge 15 del 2015 di cui sono stato proponente e relatore – e che in cinque anni quella legge non è stata implementata, penso di conseguenza che tante volte non si tratta solo di fare cose *nuove*, ma di fare cose già previste, di cui tanto parliamo ma che poi non vengono tradotte in realtà.

Per quanto riguarda la legge sulle badanti, vorrei ricordare che gli sportelli territoriali che quella legge prevede sono aperti in pochissimi territori; voglio ricordare che le risorse – le poche che sono state messe a disposizione ai sensi di quella legge – non sono state distribuite, e che i criteri di distribuzione che sono stati previsti non sono stati efficaci, a partire dai limiti Isee stabiliti, per passare poi alla mancata formazione degli assistenti sociali dei Comuni, che devono saper proporre l’accesso ai servizi dell’assistenza familiare così come previsto dalla legge 15, che non viene neanche portata a conoscenza di coloro che hanno in carico una badante.

Parliamo poi della necessità di mettere finalmente a terra tutte le proposte di legge sui caregiver di cui si parla da troppo tempo, sia a livello nazionale che a livello regionale. Quindi non sempre si tratta di doversi inventare qualcosa di nuovo, spesso si tratta di mettere finalmente in atto cose che già sono previste.

Poche settimane fa era arrivata in Commissione Sanità una proposta di Giunta per una nuova unità d’offerta residenziale che ci ha tutti presi di sorpresa, senza nessuna analisi preliminare di fabbisogno. Siamo riusciti, anche con il concorso della maggioranza, a dire alla Giunta di fermarsi: bisogna fare proposte molto più analitiche e approfondite, partire da un’analisi del bisogno dei nostri anziani lombardi. Oggi in Regione Lombardia non si ha la *fotografia* di quelli che sono i bisogni secondo la segmentazione di cui parlavo prima; non solo, in questa Regione non si fanno più analisi epidemiologiche, e non si fanno neanche analisi in grado di restituire informazioni sul *tipo* di bisogno. È da lì che bisogna ripartire, e il *governo pubblico* della risposta a questi bisogni deve essere rinforzato: non se ne esce solo con la sussidiarietà, che è pure un principio che a me piace e che trova spazio in questa Regione. La sussidiarietà ha bisogno di un *governo*: laddove le risorse sono pubbliche, le risorse vanno governate, e va chiesta e va fatta una verifica dell’uso *efficace* delle risorse.

A me sembra che una delle esigenze emerse anche oggi è quella di un’*unità di valutazione geriatrica*: chiamiamola come vogliamo ma que-

sta è una buona proposta, che risale a tempi addietro, e spesso le cose che riguardano tempi addietro potrebbero portare... a passi avanti! Condivido la proposta di costituire unità di valutazione geriatrica pubbliche perché oggi abbiamo sia persone alle quali non è stata fatta un'analisi del bisogno e a cui *non* vengono offerti servizi di cui hanno bisogno, sia persone che *per loro conto*, attraverso una propria capacità di muoversi tra i servizi, finiscono magari in Rsa in maniera inappropriata. Altre persone, che potrebbero avere invece più bisogno delle Rsa o di altri servizi intermedi rimangono invece fuori. Una maggiore capacità di analisi del bisogno – che passi attraverso una valutazione di mano pubblica che poi lascia la persona libera di andare a prendersi il servizio che gli serve – servirebbe ad avere una maggiore appropriatezza di risposta, e quindi anche un migliore uso delle risorse, perché non sempre è un problema di risorse, ma di *buon* uso delle risorse che già abbiamo.

Per le Rsa lombarde, inoltre, c'è bisogno di rivedere sia gli standard strutturali che gli standard gestionali. Mi chiedo che senso ha oggi, per esempio, in una Rsa, avere lo standard generalizzato che obbliga ad avere un bagno ogni quattro ospiti, quando poi moltissime di queste persone non usano i servizi, per ovvi motivi... poi c'è il problema dei metri quadri o delle dimensioni non sempre congrue ai servizi. Abbiamo bisogno di puntare di più sugli standard che incidono sulla qualità della vita degli ospiti nelle Rsa, sulla qualità dell'assistenza. Abbiamo bisogno di aprire le Rsa alle comunità che stanno all'esterno, fare in modo che scuole, associazioni, volontariato, parrocchie, scuole materne, possano diventare un soggetto con cui relazionarsi: la città che entra nella Rsa, e Rsa che, dove può, "esce" nella città. E questo va aldilà, spesso, dei "metri quadri stabiliti", che mortificano l'assistenza.

Rispetto alla parte gestionale, premiare la qualità vuol dire non soltanto chiedere un minutaggio che va adeguato (dove i 901 minuti settimanali sappiamo che oggi sono ampiamente superati), ma vuol dire per esempio premiare quelle Rsa che mettono in piedi un "comitato degli ospiti", o un "comitato dei parenti" con

cui i gestori si relazionino in modo costante: a Milano ci sono esempi in questo senso, anche nelle Rsa comunali, datati ormai dieci anni, ma lo fanno anche tante altre Rsa in giro per la Lombardia. Avere comitati dei parenti e comitati degli ospiti potrebbe diventare un criterio premiante, perché bisogna sempre più correlare la remunerazione alle strutture da parte della Regione in relazione alla qualità assistenziale. E la qualità assistenziale, come abbiamo capito, dipende da una serie di questioni tradizionalmente prese in considerazione, come il numero di minuti e il personale, ma oggi dipende anche da tanti altri aspetti, compresi quelli *relazionali*, come per esempio la presenza di uno psicologo, che è prevista ma non è obbligatoria, oppure la facilità delle visite dei parenti. E oggi potrebbe sicuramente rappresentare un punto in più di qualità da riconoscere e da chiedere alle strutture e agli enti gestori la possibilità di *comunicare* con gli ospiti, in un frangente così difficile come quello della pandemia, possibilità che non deve essere considerata una "buona volontà" delle Rsa, ma dovrebbe essere uno standard minimo richiesto, e la possibilità di mettere in contatto gli ospiti e gli operatori delle Rsa con i parenti che "stanno fuori" dovrebbe essere un elemento valutato ai fini anche della remunerazione delle Rsa. Tutta la sofferenza del personale di cui abbiamo parlato in questo nostro incontro di oggi, poi, va presa fortemente in considerazione, perché non basta ringraziarli per quello che hanno saputo e hanno potuto dare durante la pandemia. Ci sono problemi di remunerazione, di formazione, di aggiornamento del personale, anche rispetto ai nuovi bisogni, e l'abbiamo visto proprio nello svolgersi della pandemia. C'è bisogno di supportare anche "dall'esterno" questo personale: penso alla necessità di protocolli di intesa che siano snelli, non complicati da attivare, per dare supporto agli operatori con specialisti che arrivino dagli ospedali quando necessario. Non possiamo più immaginare la Rsa come un luogo autosufficiente per quanto riguarda una cura che sta diventando sempre più complicata. Noi non vogliamo che le Rsa siano degli ospedali, devono rimanere dei luoghi di vita, innanzitutto, e non di

sola cura, ma proprio per questo c'è bisogno di supporti che possono essere immaginati anche in maniera flessibile dall'esterno, che possano arrivare dal sistema pubblico, dalla sanità pubblica, attraverso protocolli tra Asst e Rsa, che non abbiano bisogno di lunghi iter per diventare operativi, a tutto beneficio degli ospiti.

Per passare poi al tema della *remunerazione* attraverso il sistema Sosia, sono anni che si dice che tale sistema non è proporzionato fra il carico assistenziale che agli ospiti viene dato, e la cifra che viene riconosciuta dalla Regione Lombardia. Il tema non è cancellare il sistema dei Sosia, il tema è probabilmente aggiornarlo, e restituire una migliore correlazione tra quanto viene remunerato e il carico assistenziale che ogni singolo ospite chiede dentro alla struttura.

C'è poi il tema che è stato oggetto di molti nostri ordini del giorno in Regione, che sempre sono stati approvati, ma a cui poi non è seguito nulla: bisogna arrivare a riconoscere agli ospiti tutta la copertura della quota sanitaria della retta, come previsto dalla normativa nazionale, che invece in proporzione notevole non viene oggi riconosciuta in Lombardia dalla Regione.

Certo c'è un tema di risorse, ma finché continuiamo a investire nella sanità lombarda, nel sistema della salute lombardo, solo il 10 per cento delle risorse complessive per il comparto sociosanitario e per il sociale, è chiaro che non riusciremo ad allargare la fetta di "torta" di bilancio che va ai servizi per minori, disabili e anziani. Dobbiamo "allargare" il bilancio dedicato al sociosanitario, anche perché se veramente crediamo che tutto il sociale e sociosanitario ha un ruolo anche di *prevenzione* rispetto all'acuzie, spostare risorse dalla sanità al sociale e al sociosanitario è un investimento che fa pure risparmiare la sanità.

Il tema delle risorse è un tema che ovviamente deve riguardare anche il livello nazionale. E parlando di risorse inviterei inoltre a tenere sempre presente la distinzione tra il non-profit e il profit, tra Rsa piccole e Rsa grandi, nel sostegno che noi dobbiamo riconoscere dal versante pubblico a tutto il sistema delle Rsa.



Penso che il Recovery Plan sia una grande occasione a livello nazionale di portare risorse sulla sanità territoriale e sul sociosanitario: è noto che si parla di case di comunità, di rilancio delle strutture intermedie. In questo rilancio ci deve essere anche un'attenzione particolare a tutto il mondo delle Rsa, e a tutta quella filiera non sufficientemente compiuta in Regione Lombardia, dalla assistenza domiciliare ai centri diurni passando per le Rsa fino agli hospice, come dicevo.

L'urgenza è rimettere in Lombardia il sociosanitario al *centro della programmazione*, al centro dei servizi per la salute della nostra Regione. Se non ora quando? Se non si rivede la Legge 23 partendo dal presupposto che "territorio" non è solo servizio sanitario territoriale, ma "territorio" è anche servizi sociali e sociosanitari, noi manchiamo un'occasione clamorosa: il rilancio delle Rsa, la loro revisione su vari aspetti, deve passare da una riforma della Legge 23 da fare subito, e da fare partendo da questi presupposti. ■

# RSA E PAZIENTE GERIATRICO SNODI DIRIMENTI

Emanuele Monti *Presidente Commissione Sanità e Politiche sociali Regione Lombardia*

In primo luogo, certamente il comparto sociosanitario ha necessità di investimenti maggiori, questa è la prerogativa per fare tutte quelle cose di cui si è discusso oggi e che ha illustrato il mio collega Carlo Borghetti. È chiaro che tutta una serie di iniziative hanno bisogno necessariamente di avere investimenti chiari, puntuali. Su questo la politica deve dare delle risposte, soprattutto la politica nazionale deve dare delle risorse concrete alle Regioni per poter avviare una serie di iniziative senza le quali difficilmente possiamo immaginare di concretizzare tutta una serie di progettualità.

Parlo innanzitutto del sostegno del paziente geriatrico. In generale la nostra popolazione va verso l'invecchiamento, i dati ce lo dicono: nel 1951 c'era un anziano ogni bambino, oggi ci sono cinque anziani ogni bambino. La proiezione è di otto anziani ogni bambino nel 2050. Sono tutti dati che ci raccontano ovvietà, cose che tutti noi sappiamo, ma che vanno inseriti nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale. Su questo serve, ed è fondamentale, avere una visione nazionale di investimenti, di risorse.

Se andiamo a vedere l'evoluzione della spesa pubblica nel nostro Paese, assistiamo a un taglio sulla sanità pubblica negli ultimi dieci



anni che la Fondazione Gimbe ha certificato in trentasette miliardi. Da tutte le parti – sindacali, datoriali – ci è stata data una indicazione chiara del taglio sul personale sanitario e sociosanitario in questi anni. È chiaro che lì, o c'è un investimento o non c'è, noi in questo Paese abbiamo assistito alla seconda di queste facce.

In primo luogo, serve una politica nazionale di rilancio,

di reinvestimento su questo, senza la quale rischieremmo veramente di parlare di palliativi che non spostano molto in là la barra, poi c'è un tema organizzativo.

Sul tema organizzativo è giusto che la Regione faccia tutta l'autocritica possibile e necessaria in quanto, sicuramente, bisogna investire di più sul sociosanitario anche a livello di DG Welfare. La riforma del 2015 non ha avuto sul sociosanitario un forte rilancio, e quindi è una mancanza sulla quale necessita avere interventi strutturali che ci saranno, almeno questo è quanto mi aspetto dalla neo vice presidente Moratti. Ci saranno, ne sono abbastanza convinto. Sul sociale e sul sociosanitario serve anche una guida organizzativa differente, questo nelle more della Legge 23 e della sua rivisitazione.

Alla domanda se il sistema delle Rsa deve essere rivisitato all'interno della modifica della Legge 23, io rispondo che non sono favorevole perché

questo è un argomento talmente importante, ampio e, dal punto di vista delle ricadute, veramente corposo. Non va relegato a una rivisitazione molto complessiva del sistema attraverso le modifiche alla Legge 23, che non saranno l'ennesima riforma della sanità, ma una correzione della Legge sulla sanità del 2015. Questo all'interno di un ambito nazionale da cui non possiamo prescindere: manca un piano sociosanitario da quattordici anni, quindi è chiaro che anche questo ci deve portare a ragionare su binari ben definiti.

Io non sono favorevole, penso sia un errore di metodo, penso sia svilire il ruolo fondamentale delle Rsa e in generale di tutto il tema della presa in carico del paziente geriatrico in Lombardia, che invece necessiterebbe di un intervento collaterale, di questo ne sono convinto, quanto sono convinto che la pandemia è stata uno stress test. Ha identificato dei punti di forza e dei punti di debolezza, ma non deve essere la linea guida di ragionamento per come sviluppare il sistema, noi non dobbiamo sviluppare un sistema nell'emergenza, dobbiamo sviluppare un sistema ordinario che sappia gestire l'emergenza. Il vero punto di rottura, sul quale tutti noi ci dobbiamo confrontare, è l'assenza di un piano pandemico strutturale nel nostro Paese e di conseguenza nelle nostre Regioni. Questo deve essere un punto, ma a latere, credo che il punto corretto sia ragionare a livello sistemico e di coordinamento, a livello sistemico e ordinario significa diversi elementi, alcuni dei quali è giusto abbiano luogo all'interno della rivisitazione della Legge 23, ovvero, c'è un tema di modello delle Rsa e del comparto sociosanitario in Regione Lombardia che credo debba essere affrontato con un percorso anche di discussione, di dibattito. Devo dire positivamente che come la Cgil anche tanti altri attori si stanno impegnando nel portare una serie di riflessioni in merito, parallelamente a questo, però, è necessario creare delle pre-condizioni all'interno delle modifiche alla Legge 23 che rendano poi quel percorso fattibile.

Faccio degli esempi concreti. Il tema ospedale/territorio, necessita di rispondere a una domanda fondamentale, il territorio risponde alle Ats o alle Asst? Le cure primarie, ovvero la me-

dicina generale nel suo globale, deve rispondere alle Ats o alle Asst? Questo è un tema fondamentale perché senza dirimere questo aspetto non riusciremo mai a parlare di ospedale/territorio, ci scontreremo sempre con delle perplessità, a questa domanda deve dare una risposta la revisione della Legge 23.

Altra domanda a cui deve rispondere la modifica della Legge 23, è il Distretto: deve essere un Distretto lombardo con il perimetro delle Asst pari ai 357mila abitanti in media delle Asst lombarde, o deve essere il Distretto della Legge 502/92 pari a zone da 80/100mila abitanti con una erogazione e quindi un Distretto erogativo?

Anche a questa domanda bisogna dare una risposta, credo che su entrambe la risposta debba essere che un unico attore sul territorio, integrato, diciamo dal territorio all'ospedale, dall'evento acuto alla riabilitazione, il cosiddetto percorso clinico del paziente è più auspicabile rispetto a più attori, anche in un modello lombardo che è un modello grande pari a quello di un Paese, di una nazione per la sua complessità e la sua dimensione.

Secondo tema, credo che il Distretto erogativo all'interno di questo *setting* organizzativo del sistema possa essere una giusta risposta, possa essere il giusto modo per sviluppare la questione, ma c'è un però. Questa cosa può avere un senso se ci sono le risorse a copertura, i settecento milioni di Euro, che citava Luca Degani nel suo intervento, sono l'elemento che fa la differenza, perché senza quei settecento milioni di Euro – che vanno a sviluppare investimenti sia infrastrutturali che tecnologici sul territorio per collegare l'ospedale di territorio – noi possiamo fare delle modifiche legislative, ma la ricaduta reale e concreta sul cittadino, sarebbe nulla. È un po' la premessa del lavoro per la Legge del 2015 dove alla fine la sintesi è che una riforma senza risorse, è una riforma difficilmente applicabile, questo era il tema chiave.

Avere risorse concrete sul territorio può dare veramente avvio e vita alla logica del Distretto. Oggi ci sono due elementi che devono essere all'interno della Legge 23 per creare le pre-condizioni per una vera e seria riflessione non sulle Rsa, ma sull'aspetto del paziente geriatri-

co lombardo. Ci vuole una rivoluzione che, a mio modo di vedere, si fonda su quattro aspetti fondamentali: il primo è quello dell'erogazione, il sistema erogativo. Oggi questo sistema è oramai non attuale, ma soprattutto non è corretto per quello che è lo sviluppo della nostra popolazione, l'invecchiamento, le Leggi, eccetera. Noi dobbiamo rivedere il nostro modello erogativo preservandone, però, gli interlocutori, perché abbiamo degli interlocutori di grandissima qualità, di grandissimo valore. Pertanto, dobbiamo fare questo tipo di lavoro ma ipotizzando un tipo di erogazione futura: qual è il ruolo del sistema residenziale, le Rsa come rete di servizi sul territorio, il tema delle cure domiciliari per i pazienti geriatrici, la telemedicina, la medicina digitale, la teleassistenza, il telemonitoraggio. Tutti temi che già oggi sono dal punto di vista infrastrutturale e tecnologico facili, domani lo saranno ancora di più; quindi il tema della connessione di quella che è l'organizzazione, di quello che è l'evoluzione tecnologica, sono elementi centrali.



Secondo tema, è quello relativo alla ricerca. Noi abbiamo, ahimè, poca ricerca sulla geriatria, sia a livello universitario, sia a livello ospedaliero, quindi di ricerca clinica applicata. Su questo credo serva uno slancio di sistema importante, abbiamo solo l'Ires che si dedica a questo. Un Irccs, oltretutto in collaborazione con altre regioni, penso che possa rilanciare il tema della geriatria da un punto di vista di ricerca e di ricerca clinica applicata.

Terzo tema fondamentale è quello di rivedere gli investimenti.

Gli investimenti anche notevoli che fa Regione Lombardia – quasi un miliardo di Euro sul tema delle Rsa, è la Regione che investe di più in Italia – non bastano. Ma, soprattutto, non sono tanto le risorse economiche, ma è la spesa allocata. Faccio un esempio: pensiamo al tema delle fratture su pazienti anziani, è un tema che ha un costo sul sistema sanitario regionale molto alto. Si potrebbe – attraverso la prevenzione, la cura e l'assistenza – intervenire e ridurre quel grado di spesa. È chiaro che noi abbiamo, sul paziente anziano, sul paziente geriatrico, tutta una serie di modelli di presa in carico che ci permettono di allocare in modo migliore la spesa. Il tema che si affrontò nel 2015 con la Legge Maroni è quello della presa in carico della cronicità, è il tema di andare a plasmare in modo più verosimile il sistema verso quel 20/30 per cento di popolazione nella stratificazione di bisogni che occupa il 60/70 per cento della spesa sanitaria. È chiaro che là dentro noi parliamo prevalentemente ad anziani e a pazienti geriatrici, all'interno di quella categoria dobbiamo capire come rivedere, in modo non solo addizionale, le risorse all'interno, ovviamente, di un equilibrio di bilancio nazionale.

Anche qui, è chiaro che se il consigliere regionale chiede alla giunta più risorse che la stessa giunta non può avere perché le arrivano da livello nazionale, prima o poi i conti vanno fatti. Ci vuole un equilibrio di sistema, ma nell'equilibrio di sistema non c'è solo la spesa addizionale, c'è anche la spesa mutualizzata, cioè una spesa che deve variare le sue voci di costo.

Oggi abbiamo una spesa certa legata alle ospedalizzazioni, ho fatto prima l'esempio delle fratture perché è un esempio classico in ambito geria-

trico, ma dall'altra parte non abbiamo una spesa allocata per andare a diminuire e a ridurre questo tipo di costo nella spesa sanitaria regionale.

In sintesi, credo che all'interno di un *setting*, con Distretto erogativo, con una maggiore attenzione alla telemedicina, alla prevenzione, agli stili di vita, alla presa in carico del paziente geriatrico, possiamo, da questo punto di vista, fare una seria riflessione.

Quarto e ultimo tema che io credo veramente a livello di sviluppo più ampio, è il tema dell'apporto e approccio multidisciplinare e di rete sul paziente geriatrico, sull'anziano. Ragionare a silos, le Rsa da un lato, il mondo dell'assistenza domiciliare integrata dall'altro, eccetera eccetera, rischia di portarci indietro, non di portarci avanti. Dobbiamo trovare delle modalità di reti che poi si vanno a calare sul territorio, sulle quali poter far confluire tutti gli operatori. Credo che le Rsa svolgano un ruolo centrale in questo, da anni parlo di Rsa dei servizi, una Rsa che ha un ruolo sociale, sanitario, un ruolo nella comunità. Abbiamo la fortuna di avere Rsa che sono declinate all'interno delle comunità territoriali, nei nostri Comuni, nelle nostre città, nei nostri paesi, e lì svolgono un ruolo cruciale, ma possono svolgere un ruolo ancora più cruciale. Quindi in questo concetto di rete di cui parlavo, penso che le Rsa debbano svolgere veramente un ruolo chiave, un ruolo strategico, questo penso vada anche a disegnare il futuro delle Rsa. È vero quello che diceva prima Degani, che siamo passati da un periodo medio nelle Rsa di sette/otto anni a un periodo medio di diciotto/ventiquattro mesi, quindi una sorta di *pre-hospice*, un momento accompagnatorio alla fine, che sicuramente ha tutta la sua massima dignità, ma credo che non possa essere solo quello.

Il tema deve essere quello di rilanciarle, capire come le Rsa possano essere veramente centrali in una rete di servizi relativi al paziente geriatrico lombardo, è un *asset* fondamentale il privato accreditato lombardo, il privato accreditato fatto di Fondazioni, fatto di un mondo dove il volontariato fa la differenza.

Lavoriamo per costruire il futuro, non costruiamo solo con gli occhi della pandemia e dell'emergenza, ma con il diritto e il dovere ad avere dei piani per l'emergenza, questo è doveroso, e

non vorrei che quando si spegneranno i riflettori non si parli più di piani pandemici in modo serio. Anche il Recovery Plan pone una seria riflessione, non lasciamola cadere dentro alla discussione sulla Legge 23 perché non è quello il luogo per fare una riforma delle Rsa. Vorrebbe dire svilire tutto il dibattito, inseriamo invece all'interno di quel dibattito sulla Legge 23 le pre-condizioni per non avere alibi. Io dico che non è una questione di centro destra, di centro sinistra, di un orientamento politico, è una questione per cui noi non dobbiamo avere alibi su delle scelte di riforma del sistema. Che il sistema delle Rsa in generale e quello del paziente geriatrico in Lombardia, in Italia, vadano riformati è una certezza. Se oggi ci sono degli alibi molto chiari e molto netti, e li conosciamo, io ho citato quelli principali, questi vanno superati in modo serio e anche trasversale tra le forze politiche all'interno della Legge 23, per poi aprire un grande dibattito sul tema Rsa e geriatrico che deve avere veramente tutti gli spazi e le risorse per poterlo affrontare nel migliore dei modi. ■

# RIDARE CENTRALITÀ AL PUBBLICO

Nerina Dirindin *Commissione per la Riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria della popolazione anziana*

**V**i ringrazio molto per il confronto che questa mattina è stato estremamente interessante.

Non parlo ovviamente a nome della Commissione presieduta dal Monsignor Paglia, ma come componente della stessa.

L'esigenza di confronto che voi avete sollecitato questa mattina è estremamente importante, mi pare che tutti abbiano detto che deve esse-

re un confronto sempre franco, schietto e che approcciarsi ai confronti con franchezza, sia indispensabile in questo momento. Forse i confronti dovrebbero essere fatti anche tenendo conto che abbiamo bisogno più che mai, dopo il 2020, di affrontare i temi con uno sforzo enorme di cambiamento culturale. Con riguardo ai problemi delle persone anziane, ma non solo, il cambiamento culturale – da più parti sollecitato, evocato, e qualche volta utilizzato come retorica – purtroppo, si fa ancora fatica a vederlo. È normale, perché tutti noi conosciamo storie, esperienze, realtà che sono quelle precedenti il 2020, però è fondamentale, che non si continui a pensare con la stessa mentalità di prima, con gli stessi strumenti di analisi di prima. Dobbiamo essere capaci, senza timidezze, di provare a pensare che cosa di nuovo va inserito nel nostro sistema di welfare.

Mi concentrerò su quattro o cinque punti.



La prima cosa che paradossalmente può apparire nuova, e a mio giudizio in buona parte lo è, è che dobbiamo guardare alle persone anziane come portatrici di diritti umani. Credo che troppo frequentemente ci siamo rassegnati – tutti quanti, famiglie, operatori, istituzioni – a pensare che le persone che non sono più produttive, che sono anziane, che hanno delle disabilità, che

hanno delle vulnerabilità importanti, sono persone che hanno dei diritti soltanto quando diventano consumatori di prestazioni. Mi domando come abbiamo potuto accettare, in uno dei Paesi più evoluti del mondo, che si continuasse ad andare in una direzione in cui queste persone sono sempre più ignorate e utilizzate semplicemente nel momento in cui è possibile offrire loro dei servizi o delle prestazioni, soprattutto quando offerti da produttori profit.

Questa è la prima riflessione, l'ha detto il rappresentante dei familiari: gli anziani sono delle persone titolari di diritti, e dobbiamo fare riferimento agli anziani come titolari dei diritti previsti dalla Convenzione Onu sulle persone con disabilità. Certo non tutti gli anziani, per fortuna, hanno disabilità, ma è lì che dobbiamo andare, perché dobbiamo domandarci qual è il nuovo welfare che dobbiamo costruire per rispettare le persone come titolari di diritti.

Credo che ci siano da fare alcune considerazioni fondamentali, in parte già esposte, pur sapendo che verremo accusati di essere i soliti portatori di istanze desuete e non al passo con la modernità. Invece ora, dopo la pandemia, si riesce a discutere più serenamente su questi temi.

In Italia abbiamo un welfare molto arretrato per la componente delle politiche sociali. Lo sappiamo, il sociale eroga prevalentemente prestazioni monetarie e pochissimi servizi. Se vogliamo guardare al nuovo welfare dobbiamo pensare che dobbiamo fare grandi alleanze per chiedere che si dia finalmente dignità alle politiche sociali. Dare dignità vuol dire avviare alcuni dei cambiamenti, compreso la definizione dei Lea, che sono stati citati dagli autori della ricerca, oltre a tanti altri. Dare dignità alle politiche sociali per rispondere ai bisogni veri della popolazione e per favorire opportunità per tanti giovani, tante donne, con livelli di istruzione medio/alti, su tutto il territorio. Anche se guardassimo solamente da questo punto di vista, una nuova visione del welfare potrebbe avere delle rilevanti ricadute per le persone che, in questo particolare momento, hanno subito una riduzione del tasso di occupazione. Dal punto di vista della sanità, il nostro welfare è molto più strutturato, ed è riconosciuto a livello internazionale come di buon livello, ma ha una debolezza grave: è di buon livello di fronte alle acuzie, ma estremamente debole di fronte alla cronicità. Per questo dobbiamo lavorare sulla cronicità, senza tentennamenti e senza timidezze, perché la pandemia ci ha insegnato che se si lavora solo sulle acuzie, di fronte a un dramma come quello che abbiamo vissuto, le strutture ospedaliere che sono abituate ad affrontare soprattutto i problemi acuti, non ce la fanno. Ma soprattutto non ce la fanno le persone, e se vogliamo garantire una discreta qualità della vita alle persone più fragili, portatrici di cronicità o di altri problemi della non autosufficienza, dobbiamo finalmente guardare all'assistenza territoriale, all'assistenza distrettuale e a tutto quello che questa comporta.

Se guardiamo il punteggio della Lombardia sull'assistenza distrettuale al 2018 sulla base della griglia Lea, con il nuovo sistema di valutazione dell'assistenza distrettuale, la Lombar-

dia ha 69 punti. È la regione del Centro-Nord più indietro, di fronte a regioni come il Veneto o l'Emilia Romagna che hanno 94 punti, o anche la regione da cui vi parlo, il Piemonte, che pur aveva una storia importante e si è indebolita molto, ha 88 punti.

È, quindi, evidente che la Lombardia non ha lavorato sui Distretti, non ha lavorato sul territorio, tanto è vero che, nel momento in cui sono state messe a disposizione una grande quantità di risorse per l'assistenza territoriale – con il Decreto Rilancio e poi con la sua conversione nella Legge 77/2020 –, a quanto risulta la Lombardia non è riuscita a utilizzare al meglio quelle risorse. Questa mattina ho guardato i dati: per la Lombardia erano previsti 122 milioni di Euro per potenziare l'assistenza domiciliare integrata, quanti ne sono stati spesi davvero nel 2020 per potenziare l'assistenza domiciliare integrata? E se non sono stati spesi dove sono stati messi i soldi, per quale fine sono stati utilizzati? Potrebbero esser stati utilizzati per altre attività sempre territoriali. La Lombardia aveva, inoltre, a disposizione una cifra un po' più piccola per acquisire personale per l'assistenza territoriale: è stato fatto qualcosa? E non mi si venga a dire che non si trova personale, perché era previsto assumere anche assistenti sociali e psicologi (di cui c'è disponibilità) così come gli infermieri sono carenti perché sono stati assunti dalle Regioni più previdenti, che hanno fatto bandi rapidamente e offrendo contratti non di due, tre, quattro mesi, ma di qualche anno a tempo determinato.

La Lombardia ha la necessità di lavorare sull'assistenza territoriale, perché il 2020 ha insegnato che se non si lavora sull'assistenza territoriale le persone più fragili soffrono di più e muoiono di più, e ricostruire l'assistenza territoriale non è facile. È quello che ci stiamo chiedendo nella Commissione ministeriale Paglia, dentro l'assistenza territoriale c'è tutto, qualcuno l'ha chiamata filiera, qualcuno l'ha chiamata rete, c'è tutto, dalle residenze alla semplice assistenza sociale a carico delle politiche sociali, passando per la Sad, per l'Adi, per i centri diurni e tutte le strutture intermedie. C'è tutto, bisogna che sia una filiera vera, organizzata con

la regia del pubblico. Purtroppo l'esperienza ci insegna che quando le Regioni dimenticano un braccio delle funzioni che dovrebbero svolgere, vengono meno anche le capacità professionali. Per ridisegnare ciò che non è stato fatto per tanti anni, c'è bisogno di un intervento formativo e culturale enorme.

Giustamente ci sono cose che si possono fare relativamente in fretta e ci sono cose che richiedono, invece, un investimento di medio periodo; credo che dopo quello che ci è successo dobbiamo sforzarci di capire che cosa si può fare affinché succeda qualcosa subito, domani mattina. Basta pianificazioni che richiedono semestri o anni per costruire documenti che diranno sempre le stesse cose: anche la vostra Legge 23 su alcuni aspetti era condivisibile, sul ruolo che si doveva dare al territorio. Il problema è che non è stato fatto, allora dobbiamo mettere in campo, sin da subito, quello che si può fare da domani mattina, ad esempio incominciare a capire se possiamo potenziare l'assistenza domiciliare integrata. In realtà c'è bisogno anche qui di uno sforzo culturale. Per troppi anni abbiamo accettato acriticamente l'idea che tutto quello che era pubblico doveva essere contenuto perché era inefficiente, di scarsa qualità, e qualche volta addirittura corrotto. Abbiamo pensato che il mercato fosse in grado di risolvere tutti i problemi dell'assistenza alle persone con particolari vulnerabilità, in particolare anche per le politiche sociali e socio-sanitarie. Adesso ci rendiamo conto che non è così, credo che sia un grande insegnamento che ci lascia la pandemia. Questo ribaltamento culturale ammette che ci vuole una amministrazione pubblica capace di programmare, di valutare i bisogni, di fare la valutazione multidimensionale, accreditare con criteri adeguati, monitorare e controllare gli erogatori privati.

Se non c'è una regia pubblica capace di avere una visione vera di quello di cui hanno bisogno le persone, è chiaro che siamo inevitabilmente in balia di chi qualche imprenditore privato che ovviamente fa il suo interesse, non fa certamente l'interesse del pubblico. Questa è la rivoluzione culturale che in alcune Regioni e in particolare in Lombardia, deve essere

fatta, ridare centralità al ruolo del pubblico nella programmazione e nella valutazione complessiva.

Inoltre bisogna pensare che non si possono fare piccoli interventi, anche se in qualche caso sono utili. Qualcuno diceva che le sale degli abbracci sono la risposta. Le sale degli abbracci sono la risposta se sono il segno che chi gestisce le strutture ha capito che è importante la sicurezza delle persone quanto la garanzia delle relazioni sociali degli ospiti con le comunità di cui fanno parte. In questo senso le sale degli abbracci sono un esempio di quello che si può fare, non l'unico.

Certo che se sento dire che in Regione Lombardia in pochi casi è stata data attuazione a quella disposizione che ha voluto fermamente la Commissione di cui faccio parte, che sottolinea come sia importante ristabilire i rapporti sociali tra gli ospiti delle strutture - non solo quelle per gli anziani, ma anche quelle con persone con disabilità, per le persone con problemi di salute mentale, eccetera - e i familiari, i volontari, le comunità di cui facevano parte, se non è questa la logica con cui si realizza eventualmente la sala degli abbracci allora è inutile farla, perché ci sarà sempre un qualche problema operativo che ne ostacolerà l'utilizzo.

In ultimo, dopo quello che è successo e dopo quello che ho sentito dire in questo confronto, spero che finalmente ci sia la consapevolezza da parte di tutti coloro che hanno una qualche responsabilità decisionale - politica, sociale o anche imprenditoriale - che bisogna chiedere assolutamente che la riforma del welfare sia fatta non a parità di risorse disponibili, in particolare per le politiche sociali. Va fatta una grande rivisitazione degli interventi attuali, ma prima è necessario un programma di graduale potenziamento in linea con la Legge 328/2020 dei servizi sociali.

Quando mi si dice che il 20 per cento delle persone che sono nelle Rsa hanno un'elevata autonomia, bisogna che da domani queste persone trovino un'altra possibilità di risposta, poi sceglieranno se entrare in una struttura o se vorranno utilizzare le risposte che avranno garantite loro dai servizi pubblici sociali e sani-



tari a casa loro, oppure nelle varie forme di co-housing, di soluzioni abitative che ormai sono sperimentate con grandi risultati e anche con grande risparmio di risorse. Bisogna però che da domani mattina si possa offrire qualcosa di alternativo, a maggior ragione nella Regione che ha della scelta una bandiera: scelta fra un ventaglio di percorsi assistenziali e non solo fra erogatori. Bisogna dare alle persone anziane la possibilità di scegliere tra soluzioni alternative, anche a beneficio delle famiglie. Le famiglie, infatti, quando si scontrano con l'impossibilità di avere un aiuto a casa si arrendono e siccome questo aiuto è poi sempre richiesto alle donne, ci ritroviamo davanti ai soliti problemi che non abbiamo mai affrontato.

Per questo credo che con mente nuova potremmo fare un grande lavoro, che anche i gestori privati dovrebbero essere disponibili a condividere, senza posizioni meramente difensive. Mi spiace sentir dire che la Commissione Paglia demonizza le strutture, non le demonizza affatto, riconosce che ognuno di noi, pensando a sé

stesso da anziano, preferirebbe essere aiutato a vivere a casa sua, senza escludere in caso di bisogno ricoveri temporanei in struttura. Certamente vorrebbe poter avere delle alternative e su questo, facendo una vera filiera di servizi, anche i gestori delle strutture dovrebbero essere disponibili a ragionare, altrimenti la pandemia non ci ha insegnato niente. ■

# Conclusioni

# PIÙ VICINI AL TERRITORIO E ALLE PERSONE

Ivan Pedretti\* *Segretario generale Spi Cgil nazionale*

Quella che dobbiamo affrontare è un'importante riflessione politica, spero e auspico che la politica capisca che qualcosa è mutato e che forse la pandemia ha accentuato una criticità già presente nel Paese.

Non è da oggi che proviamo a insistere affinché il tema delle persone anziane faccia compiutamente parte di una nuova politica di welfare, di protezioni sociali. È infatti inutile dirci costantemente che la popolazione invecchia e il sistema delle protezioni sociali rimane quello precedente, molto legato a *quel* welfare lavoristico, industriale. Pensiamo si debba fare un salto di qualità in misura significativa e che si debba farlo in tutti i suoi aspetti. Lo Spi Lombardia ha svolto una ricerca che noi stiamo tentando, con grandi difficoltà, di sviluppare sul piano nazionale: riuscire a sapere quante strutture il Paese ha, di che tipo siano e che intervento, se possibile, successivamente fare. Devo dire che abbiamo trovato resistenze sia dal punto di vista politico che nel rapporto diretto con le stesse strutture; abbiamo molte Rsa, case di riposo, case famiglia – nate nell'ultima fase di questi anni – fuori controllo. La



pandemia non ha fatto altro che accentuare un tema rilevante di scarsa capacità di intervento sociale verso le persone anziane.

Non solo la Lombardia ma anche tante altre realtà hanno pensato che tutto sommato bastava dare un bonus, un po' di risorse e poi le persone e le loro famiglie si sarebbero arrangiate, mentre nella fase finale della cronicità si aprivano le porte del-

le case riposo, delle Rsa.

Penso di essere d'accordo con quanto diceva Dirindin: c'è bisogno di uno sguardo culturale diverso, dobbiamo guardare la persona anziana in tutte le sue dimensioni e anche in tutte le sue diverse cronicità se vale l'idea che tutti abbiamo e cioè che la persona anziana debba stare il più vicino possibile alla propria famiglia, alla propria casa, e avere delle strutture adeguate che corrispondono a questi bisogni, a queste esigenze.

Possiamo dire che il sistema sanitario socio sanitario italiano in questa situazione di grave pandemia ha risposto compiutamente? Oppure possiamo pensare che di fronte alla spinta pandemica è possibile ricostruire una nuova idea

di intervento, di protezione sociale e socio sanitaria, più di prossimità? Gli ospedali hanno provato a rispondere, ma non ce l'hanno fatta perché erano attrezzati per altre cose, per altri interventi, per altre patologie, la pandemia ha evidenziato la necessità di avere delle strutture più inserite nel territorio, verso l'area in cui la persona abita.

Da questa esperienza è emersa l'esigenza di rimettere insieme un sistema a rete della protezione sociale, non separata, socio sanitaria integrata in ambito territoriale che veda presenti il medico di medicina generale, l'infermiere, l'assistente sociale, la badante formata.

Per una politica di questo tipo è necessario investire risorse, spero e auspico che a partire dal Pnr ci sia un investimento significativo, corposo e di qualità sul tema socio-sanitario e, maggiormente, sulla parte sociale di cui il paese ha tanto bisogno, soprattutto un paese a così forte invecchiamento, come è stato dimostrato dalla ricerca, e che crescerà ulteriormente. Avremo bisogno di persone più qualificate, di maggiore occupazione sulle politiche sociali, non meno. Vorrei dire alla politica che forse oggi non è più il tempo di giocare la discussione sulla compatibilità economica, bisogna piuttosto provare a rovesciare lo schema: la compatibilità della salute di una persona corrisponde anche a un progetto di sviluppo economico e produttivo?

Io penso che se si allarga il welfare e le politiche di welfare si svilupperà innovazione, professionalità, nuova occupazione. Occorre indirizzare le nuove generazioni all'uso dell'innovazione come forme e strumenti più vicini alla persona: la telemedicina, la domotica, la robotica, possono essere forme e strumenti che aiutano la persona a vivere meglio a casa propria. Per fare questo c'è bisogno che lo Stato investa e sia un soggetto di garanzia della protezione sociale. L'anno scorso, nella prima fase della pandemia quando tutti chiedevano un intervento massiccio dello Stato, ho davvero visto che c'era bisogno di più Stato, di più azione pubblica, di più investimenti pubblici. Nella prima fase il settore privato legato al sistema sanitario è andato in sommersione, ha rialzato la testa quando si è sviluppata la campagna dei tamponi: non vorrei che rialzasse la testa oggi di fronte alla

necessità di vaccinare milioni di persone. Penso che lo Stato debba avere una responsabilità precisa nei confronti dei cittadini e debba essere in grado di essere un soggetto che controlla, che verifica anche rispetto alle intese, agli accordi fatti, al riconoscimento di molte realtà come soggetti compatibili con l'azione di pubblica sanità, perché dietro la parola privato/sociale ci possono stare tante cose, ci può stare una politica armonizzata col volontariato sociale, ma ci può stare anche l'idea di un business che fuoriesce dalla capacità di controllo del pubblico, e si spinge sul privato.

Credo che questa sia una grande opportunità che lo Stato non può perdere così come non possiamo continuamente assistere al conflitto istituzionale tra poteri istituzionali, tra Stato e Regioni in modo particolare. Bisognerebbe arrivare, come si suol dire, a un comune denominatore per garantire al meglio la tutela e la protezione sociale di tante persone, di tanti milioni di persone di cui una parte significativa sono anziani.

Devo dire che oggi, rispetto all'anno scorso, abbiamo un pathos minore rispetto a cosa ancora produce il virus, a quanti morti, a quante sofferenze, a quante famiglie stanno in quelle condizioni. Capisco che c'è un tema economico, lo comprendiamo bene, ma al contempo siamo consapevoli che non ci sarà una ripresa, uno sviluppo economico e occupazionale se non si uscirà dalla pandemia.

Lo dico a voi e lo dico a tutti: non possiamo pensare di rendere normale la morte di centinaia di persone al giorno. Non fa bene alla società. Quelle persone hanno un nome e un cognome, una storia, una memoria, hanno delle relazioni, degli affetti che il Paese non può dimenticare come rischia di fare in questo ultimo periodo. Noi dobbiamo essere un soggetto che riconosce questa situazione drammatica e ne comprende la spinta al cambiamento, alla trasformazione non solo riguardo al terreno socio sanitario, ma anche rispetto l'istruzione: quale istruzione, quali scuole.

Davvero dobbiamo dare una risposta rispetto la cura delle persone, la prevenzione, al come sta quella persona in quel territorio, che relazioni ha, di che infrastrutture ha bisogno. Siamo un

Paese fatto di piccoli e piccolissimi comuni: come sono relazionati, quante persone ci sono, quante impossibilità hanno di relazionarsi, di avere una cura, di avere un'assistenza? Questo è un tema che riguarda l'insieme del Paese, ma in modo particolare riguarda quella politica che ha scelto la strada del bonus, del fai da te. Sono d'accordo con l'idea che la persona possa scegliere, ma per scegliere deve avere più strumenti di fronte, deve avere più possibilità, deve essere in condizione di poter scegliere se avere un servizio di assistenza sociale adeguato, oppure optare per le risorse perché ci pensa da sé oppure supportato dalla famiglia. Al contempo ha bisogno di una struttura in grado di relazionarsi sul territorio.

Questi problemi li ho anche vissuti personal-

mente, nel senso che mio padre pochi mesi fa mi ha lasciato, mentre la mamma è ancora in una casa di riposo dove stanno facendo un buon lavoro, ma hanno scarsi strumenti: i vaccini sono arrivati tardi, i controlli sono arrivati tardi.

Se si vuole costruire una risposta nuova a un problema complesso come quello che abbiamo discusso oggi, dobbiamo ricordare che c'è anche il problema di mettere insieme le responsabilità, anche nell'ambito territoriale. Bisogna ridare forza ad esempio alla capacità di controllo sul territorio dei sindaci, anche sul terreno assistenziale, come occorre mettere insieme la rappresentanza dei familiari con quella delle parti sociali, dell'associazionismo.

La Commissione Paglia, e non solo lei, indicata dal governo precedente e confermata da questo, ha indubbiamente descritto una situazione e degli interventi da fare necessari, importanti. Ripeto quanto abbiamo detto al confronto con la Commissione: lo Stato, l'ente pubblico, deve assumersi la responsabilità di governare, di definire il piano di intervento al di sopra di qualsiasi soggetto e non deve affidare al soggetto convenuto la titolarità totale della gestione. Penso che noi abbiamo bisogno oggi di più Stato, di più intervento pubblico, ne abbiamo bisogno oggi più che mai.

Sono sedici anni che il sindacato dei pensionati in Italia chiede una Legge nazionale sulla non autosufficienza per dare una risposta di livelli essenziali a tutto il territorio nazionale. Sono stati anni di grandi silenzi anche della politica, oggi si è aperto uno spazio, non dico per definire una Legge quadro come noi sosteniamo, ma per incominciare a ragionare per rimettere insieme pezzi di intervento sul piano nazionale e territoriale atti ad arrivare a una Legge nazionale, una legge di civiltà.

Siamo un paese che ha circa tre milioni di persone non autosufficienti nelle Rsa, nelle case di riposo, e di questi l'88 per cento sono persone anziane: dare una Legge a queste persone è un atto di grande civiltà. È una risposta a quanto discusso oggi, cioè avere un sistema territoriale di prossimità più adeguato ai cambiamenti, ai mutamenti, anche quelli determinati dall'invecchiamento del-



Roma 16 novembre 2019, l'ultima grande manifestazione "in presenza" al Circo Massimo

la popolazione che sono profondi, se vogliamo evitare che nel tempo tante di quelle persone anziane arrivino malamente all'anzianità. Infatti noi non siamo solo un Paese a forte invecchiamento, ma siamo anche fra quei paesi in cui le persone hanno più patologie dai 65 anni in su, anzi si potrebbe dire dai 55 in su, e con molte patologie c'è il rischio che arrivino a una certa età fortemente compromessi. Per questo abbiamo bisogno di una politica di welfare territoriale che faccia in modo che le persone stiano bene, possano condividere ancora un pezzo di attività evitando l'isolamento, la solitudine, la separazione, per poi arrivare all'ultimo passo, all'ultima fase in cui la risposta è la casa di riposo dove però quando ci si arriva non si è in condizioni di avere ancora un pezzo di vita in condizioni buone, come purtroppo è accaduto a mia madre. Ho potuto vedere che sono bravi, ma quando andavo a trovare i miei genitori riscontravo delle forti differenze di capacità professionale. Questo riguarda anche il sindacato: non si può stare in una struttura con quattro contratti diversi, con diritti diversi tra lavoratori e lavoratori che fanno spesso lo stesso mestiere. Lì abbiamo bisogno di qualificare professionalmente il personale, di dargli gli strumenti e un reddito adeguato per lo sforzo che fanno nel rispondere a problematiche complesse come quelle delle persone che stanno oggi nelle case di riposo dove spesso c'è molto di sanitario e poco di sociale.

Oggi, come accadde negli anni '70, c'è bisogno di una nuova capacità riformatrice che tenga conto di questi cambiamenti.

Pensiamo ai giovani che sono una minoranza della società e a cui un nuovo welfare potrebbe dare un'opportunità, una qualificazione; pensiamo al tema del badantato che non possiamo lasciare così, in balia dell'idea che la famiglia, quando va bene assume, mentre il grosso è in nero e non c'è professionalità, non c'è nessun diritto per quella lavoratrice e non c'è un rapporto di professionalità adeguato nel riferimento con le famiglie.

Penso che non possiamo stare in un paese così e la Lombardia che, come si dice è un punto nevralgico del Paese, non può pensare di continuare con una politica in cui si dice "che bello

che è il privato", e non si pensi alla necessità di un investimento pubblico corposo. Bisogna fare un salto di qualità. Questo non significa che non avrò il rapporto con il privato o con il privato sociale, significa che ho un'idea quadro su cui mi muovo nel rapporto con il soggetto privato, e definisco la programmazione.

La programmazione con chi la si fa se non con i soggetti della rappresentanza? Negli ultimi anni si è pensato di poter fare a meno anche del sindacato: "tanto voi chi siete, cosa rappresentate?". Potrei dire del sindacato che rappresento: "io, rappresento due milioni di iscritti anziani di cui una parte importante sta nelle Rsa, nelle case di riposo, sta nelle famiglie".

Non dobbiamo poi dimenticare come la politica non abbia brillato negli ultimi anni sul piano sanitario, tanti scandali sono avvenuti, non c'è stata una Regione che non sia stata investita. Dunque perché non condividere le scelte con le rappresentanze sociali – c'è il sindacato, c'è il volontariato sociale – in un criterio di assunzione di responsabilità di ognuno per il bene, per l'interesse di quei cittadini e del Paese.

Oggi abbiamo una grande possibilità di investire dei miliardi attorno a una riforma importante del welfare che, ripeto, in primo luogo riguarda il sistema socio-sanitario, ma riguarda anche l'istruzione, l'informazione, l'innovazione tecnologica. Abbiamo un'occasione straordinaria che non si ripeterà, come non assumerla insieme questa occasione determinando questo nuovo cambiamento?

Io non sono un addetto ai lavori – ho sentito anche i politici, il Consigliere che ha usato tutti i termini possibili con cui spesso burocraticamente discutiamo dei problemi delle persone – però andrei oltre, andrei proprio nella necessità di capire e anche di dire che forse qualche cosa è stato sbagliato, qualcosa è successo se tante persone se ne sono andate così velocemente, così in fretta perché il mio sistema, così eccellente, non è stato in grado di rispondere a centinaia di migliaia di persone. Persone in carne e ossa, con affetti e relazioni. Non vorrei più vedere le bare caricate sui camion dell'esercito, mi hanno fatto male e credo che abbiano fatto male a tutto il Paese. Non possiamo dimentici-

*Giorgio Gori, sindaco di Bergamo, mentre firma  
a sostegno della legge nazionale sulla non autosufficienza*



care perché fra qualche mese forse con il vaccino ne usciremo un po' meglio. Quelle morti ci devono far pensare che c'è davvero bisogno di cambiare per evitare che una prossima pandemia ci ritrovi nelle stesse condizioni.

Credo che questo sia il lavoro che dobbiamo fare e il sindacato è disponibile per quello che conosce, per quello che sono le sue esperienze, per la sua rappresentanza. Non pensiamo di essere risolutori dei problemi del mondo, ma possiamo dire che conosciamo almeno un pezzo della parte che rappresentiamo, per questo abbiamo bisogno di una Legge nazionale sulla non autosufficienza, finanziata, che apra anche la discussione sull'assegno al compagno.

L'essere non autosufficienti ha diverse sfaccettature, lo si può essere parzialmente, lo si può essere del tutto, e anche qua, oserei dire, evitiamo di configgere fra soggetti in difficoltà. La disabilità degli adulti con la non autosufficienza degli anziani, sono due cose diverse a cui però bisogna trovare una risposta pubblica ed

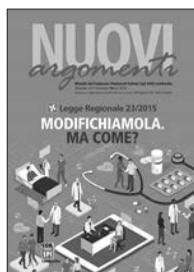
efficace, sia per chi ha il bambino che ha delle disabilità e delle difficoltà che si porterà per tutta la vita, sia per chi ha una persona anziana che negli ultimi anni ha bisogno di una risposta più qualificata. Sulla non autosufficienza non c'è un conflitto in sé, bisogna guardare le differenze e dare delle risposte diverse a ogni condizione sociale diversa.

Questo è quanto oggi ci chiede il Paese, essere più vicini al territorio, più vicini alle persone che stanno male. La sanità deve spostarsi lì, deve essere un po' meno ospedaliera, non per togliere l'efficienza e l'efficacia degli ospedali, ma per dare una risposta migliore. Se facciamo così aiuteremo anche l'economia a svilupparsi, aiuteremo un po' di giovani ad avere una nuova occupazione e a pensare che il bene pubblico è un bene importante per ognuno ed è un lavoro significativo quanto altre attività produttive che abbiamo. ■

*\*Intervento non rivisto dal relatore*

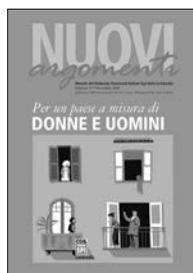
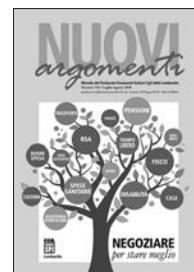
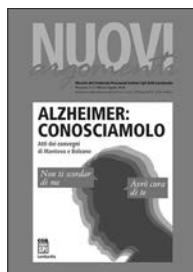
### 2021

- n. 1/3 **Legge Regionale 23/2015  
Modifichiamola. Ma come?**  
n. 4 **RSA: conoscerle per rinnovarle**



### 2020

- n. 1/2 **Che futuro per la previdenza?**  
n. 3/4 **Alzheimer: conosciamolo**  
n. 5/6 **Chi evade non partecipa al patto sociale**  
n. 7/8 **Negoziare per stare meglio**  
n. 9/10 **Area benessere 2021 - Il coraggio di esserci**  
n. 11 **Per un paese a misura di donne e uomini**  
n. 12 **Ci dicevano: "Andrà tutto bene"  
...ma avevamo paura**  
n. 12 **Supplemento  
Quale cura per una sanità malata**



## Le nostre pubblicazioni

*Si possono trovare e scaricare  
dal sito [www.spicgillombardia.it](http://www.spicgillombardia.it) link pubblicazioni*

### 2019

- n. 1/2 **L'Italia delle leggi razziali è proprio così lontana?**
- n. 3/4 **La non autosufficienza in Lombardia**
- n. 5/7 **Generazioni verso l'Europa futura**
- n. 8/9 **Autonomie differenziate - Quali, come?**
- n. 10 **Basta violenza sulle donne**
- n. 11 **Area Benessere 2020**
- n. 12 **Le leghe Spi in Lombardia - Ieri, oggi, domani**

### 2018

- n. 1/2 **Donne e società quale bilancio?**
- n. 3/4 **Energia e dintorni**
- n. 5/7 **Gli anziani: vera risorsa**
- n. 8/10 **Area benessere - Speciale congresso**
- n. 11/12 **Qui si fa il futuro**

### 2017

- n. 1 **Il respiro della legalità**
- n. 2/3 **Luciano Lama vent'anni dopo**
- n. 4/5 **Stereotipi: insieme si vince**
- n. 6/8 **Anziani sì ma molto attivi**
- n. 9/10 **Negoziazione sociale**
- Disintermediazione Territorio**
- n. 11 **Area benessere 2018**
- n. 12 **Lavoro, stato sociale e diritti**

### 2016

- n. 1/2 **Salute quanto costa al cittadino?**
- n. 3/4 **Il danno sociale degli stereotipi**
- n. 5/7 **Generazioni a confronto**
- n. 8/10 **Dal voto alle donne alla Repubblica democratica**
- n. 11 **Area benessere 2017**

