



Fnp Cisl Lombardia è su Facebook:
<https://www.facebook.com/FnpCislLombardia/>

*Per essere sempre in contatto:
metti like sulla nostra pagina Facebook
invita i tuoi amici a seguirci;
commenta e condividi i nostri post.*



Fnp Cisl Lombardia è su Twitter
come @FnpLombardia

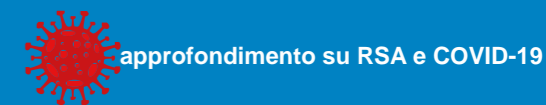
*Diventa nostro follower su Twitter
metti "mi piace" sui nostri tweet
fai retweet sui messaggi che vuoi rilanciare.*

Ti aspettiamo

VISITA IL NOSTRO SITO
www.pensionaticisl Lombardia.it



NON AUTOSUFFICIENZA E RSA



Direttore

Emilio Didonè
Segretario Generale Fnp Cisl Lombardia

Direttore Responsabile

Stefania Olivieri

Vice Direttore Responsabile

Fiorella Morelli
Segretario Fnp Cisl Lombardia
Onesto Recanati
Segretario Fnp Cisl Lombardia

Testi ed elaborazioni a cura di

Giuseppe Redaelli
Pietro Cantoni

Con la collaborazione di

Adriana Coppola
Cristina Cozzi
Marco Barzaghi
Funzione Pubblica Cisl Lombardia

Stampa

Gruppo Stampa GB srl
Cologno Monzese (MI)

*Ricordare significa riflettere, seriamente,
con rigorosa precisione, su ciò che non ha funzionato,
sulle carenze di sistema, sugli errori da evitare di ripetere.
Significa allo stesso tempo rammentare
il valore di quanto di positivo si è manifestato.*

Sergio Mattarella,

intervento del Presidente della Repubblica
in occasione della cerimonia di commemorazione
dedicata alle vittime bergamasche del Covid-19.
Bergamo, 28 giugno 2020

Sede e redazione

Via Gerolamo Vida, 10 - 20127 Milano - MI
Tel. 02.89.35.53.00 - Fax 02.89.35.53.50
www.pensionaticisl Lombardia.it - pensionati_lombardia@cisl.it

I NOSTRI CONTATTI

STRUTTURE REGIONALI

FNP CISL Lombardia

Via G.Vida 10
20127 Milano
Tel - 02/89355300
Fax - 02/89355350
E-mail: pensionati_lombardia@cisl.it
Sito: www.pensionaticisl Lombardia.it

STRUTTURE TERRITORIALI

FNP CISL Bergamo

Via Carnovali, 88
24126 Bergamo
Tel - 035/324260
Fax - 035/324268
E-mail: fnp.bergamo.sebino@cisl.it
Sito: www.fnpbergamo.altervista.org

FNP CISL Asse del Po

Via Dante 121
26100 Cremona
Tel - 0372/413426
Fax - 0372/457968
E-mail: fnp.assedelpo@cisl.it

FNP CISL Brescia Valle Camonica

Via Altipiano d'Asiago, 3
25128 Brescia
Tel - 030/3844630
Fax - 030/3844631
E-mail: pensionati.brescia@cisl.it

FNP CISL Milano Metropoli

Via Tadino, 23
20124 Milano
Tel - 02/20525230
Fax - 02/29523683
E-mail: pensionati.milano@cisl.it
Sito: www.fnpmilanometropoli.it

FNP CISL Monza-Brianza-Lecco

Via Dante, 17/A
20900 Monza
Tel - 039/2399219-218
Fax - 039/2300756
E-mail: fnp.brianza.lecco@cisl.it

FNP CISL Pavia-Lodi

Via Rolla, 3
27100 Pavia
Tel - 0382/530554
Fax - 0382/539169
E-mail: pensionati.pavia@cisl.it

FNP CISL dei Laghi

Via Rezzonico, 34
22100 Como
Tel - 031/304000
Fax - 031/301974
E-mail: pensionati.laghi@cisl.it
Sito: <https://fnpdeilaghi.com>

FNP CISL Sondrio

Via Bonfadini, 1
23100 Sondrio
Tel - 0342/527814
Fax - 0342/527891
E-mail: pensionati.sondrio@cisl.it

2 **CAP. 1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA E IL COVID-19 IN LOMBARDIA**

- 2 Il rapporto 2020
- 3 La pubblicazione "Il Covid-19 nelle Rsa"
- 4 Le Rsa dentro la pandemia
- 5 L'azione del sindacato

6 **CAP. 2 - LA NON AUTOSUFFICIENZA IN LOMBARDIA**

- 6 Introduzione
- 6 L'invecchiamento della società
- 7 Il settore della non autosufficienza
- 8 I servizi domiciliari, semiresidenziali, residenziali

12 **CAP. 3 - LE RSA IN LOMBARDIA**

- 12 Nota metodologica
- 13 Le Rsa lombarde
- 15 La natura giuridica
- 16 Le Rsa pubbliche e private
- 17 Le società di gestione
- 18 I posti letto
- 22 Dentro le Rsa
- 24 Le rette
- 27 La classificazione Sosia
- 28 Il confronto tra le rette
- 31 I servizi aggiuntivi
- 35 Le liste d'attesa

36 **CAP. 4 - LE ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN LOMBARDIA**

- 36 Introduzione
- 36 I nuclei Alzheimer
- 38 Gli hospice
- 39 I Centri diurni integrati

40 **CAP. 5 - LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA**

- 40 L'Italia e la Lombardia
- 42 Il rapporto tra le rette
- 43 La spesa per la non autosufficienza

44 **CAP. 6 - LA NON AUTOSUFFICIENZA NEL FUTURO**

- 44 L'eredità della pandemia
- 46 Le proposte della Fnp Cisl Lombardia

48 **FOCUS: UN DECENNIO DI RSA**

CAP. 1

LA NON AUTOSUFFICIENZA E IL COVID-19 IN LOMBARDIA

IL RAPPORTO 2020

Informa “Non autosufficienza e Rsa” rappresenta ormai un tradizionale appuntamento per la Fnp Cisl Lombardia e per i suoi interlocutori, per fotografare la situazione del settore della *long term care* (Ltc - cure a lungo termine) in Lombardia e in modo particolare per monitorare l'andamento delle Rsa attraverso l'analisi dei dati e le elaborazioni ad opera dell'Osservatorio Rsa sull'assistenza sociosanitaria residenziale.

La pubblicazione di quest'anno presenta alcune novità rispetto alle precedenti ed è stata strutturata in 7 capitoli:

- la non autosufficienza e il Covid-19;
- la non autosufficienza in Lombardia;
- le Rsa in Lombardia;
- le altre strutture residenziali e semiresidenziali in Lombardia;
- la non autosufficienza in Italia;
- la non autosufficienza nel futuro;
- un decennio di Rsa.

Il primo capitolo presenta una breve analisi di quello che ha generato la pandemia da Covid-19 nel settore della non autosufficienza e all'interno delle Rsa, con le enormi difficoltà nel reperire i dati reali di ciò che è accaduto a partire dal 20 febbraio 2020 nella nostra regione.

Nella seconda sezione viene affrontato in generale il tema della *long term care* in Lombardia, con una descrizione di tutti gli interventi di cui i cittadini possono usufruire.

La terza parte affronta i dati dell'Osservatorio Fnp Cisl Lombardia, in modo particolare le Rsa

con il numero delle strutture, la natura giuridica, i posti letto, le rette applicate, i servizi erogati e le liste d'attesa.

Anche il quarto capitolo analizza i dati dell'Osservatorio ma riferiti ad alcune specifiche strutture residenziali e semiresidenziali, quali i nuclei Alzheimer, gli Hospice e i Centri diurni integrati in Lombardia.

La quinta parte della pubblicazione prova a comparare le spese per la non autosufficienza in Lombardia e nel resto d'Italia.

La sesta sezione comprende invece le conclusioni del Rapporto ed enuncia alcune proposte di lavoro per i prossimi anni.

Questo numero di Informa si conclude con un focus riassuntivo di quello che è successo nelle Rsa lombarde nell'ultimo decennio 2010-2020.

LA PUBBLICAZIONE “IL COVID-19 NELLE RSA”

Indubbiamente anche per il mondo della non autosufficienza, come per tutti gli altri settori, la pandemia causata dal Covid-19 ha lasciato un segno indelebile.

Nella precedente pubblicazione di Informa “Non autosufficienza e Rsa” del maggio 2020¹ avevamo comunicato che ci saremmo messi al lavoro per elaborare un numero speciale con lo scopo di provare ad analizzare quanto era successo all’interno delle Rsa lombarde durante l’emergenza sanitaria.

Purtroppo questo non è stato possibile per diversi motivi, due dei quali predominanti: il primo è che l’emergenza, seppur più contenuta nelle

Rsa, non vede ancora il termine; il secondo è l’assenza di dati certi su quello che è successo nelle strutture (e anche al di fuori) soprattutto nel primo periodo febbraio-maggio 2020.

L’indagine che avevamo intrapreso si è arenata definitivamente a settembre dello scorso anno quando abbiamo appurato l’impossibilità di ottenere i numeri ufficiali dei contagiati e dei deceduti delle strutture lombarde. Ad onor del vero alcune Fnp Cisl territoriali hanno intrapreso interlocuzioni formali con le istituzioni (prefetture, Comuni, Ats, Rsa) e con i rappresentanti dei lavoratori (Fp Cisl), che hanno portato però solamente ad una raccolta parziale di dati, riuscendo a mappare solo 69 Rsa sulle oltre 700 presenti in Lombardia e collocate in 3 delle 12 province. Per tali motivazioni presentiamo le nostre considerazioni senza pretese di esaustività, consapevoli che esse si basano solo un campione ridotto.

¹ Informa Fnp “Non autosufficienza e Rsa”, Fnp Cisl Lombardia, Anteas Lombardia, n° 1: maggio 2020.

Tabella 1 Decessi Covid-19 in Rsa. Febbraio-Luglio 2020

Provincia	RSA rispondenti	RSA totali	% RSA	Decessi Covid-19 e sospetti	Decessi Totali	% Decessi Covid-19/ Totali
BG	8			28	214	13,08%
SO	21			258	258	100,00%
CR	1			0	6	0,00%
MN	39			255	429	59,44%
Totale	69	710	9,72%	541	907	43,13%

Fonte: Elaborazione Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia su dati Fnp Cisl Sondrio, Fnp Cisl Bergamo, Fnp Cisl Asse del Po, Fp Cisl Asse del Po, Comune di Cavriana, Comune di Serravalle Po, Rsa Belfanti Ostiglia, Rsa Fam. Padre Spinelli Rivolta d'Adda (2021)

Un’indagine che in tante occasioni è stata presa come esempio è la Survey² dell’Istituto Superiore di Sanità (Iss). Anch’essa però risulta in molte parti manchevole: a livello nazionale hanno infatti risposto all’indagine 1.356 strutture, pari al 41,3% di quelle contattate (3.292 strutture su 3.417); a livello lombardo 292 su 678³, pari quindi al 43,1%.

Dalla Survey dell’Iss risulta che, sul campione delle 292 Rsa lombarde che hanno risposto al questionario, al 1° febbraio 2020 i residenti pre-

senti erano 26.981 e che nel giro di 4 mesi (il 5 maggio era la data finale) ne sono deceduti 3.793. Emblematico risulta anche il secondo e ultimo fattore che rende tutte le indagini su questo tema farraginose, ovvero la positività al tampone: delle 3.793 persone decedute, 281 (il 7,4%) erano risultate positive al tampone, mentre ben 1.807 (il 47,6%) presentavano sintomi simil-influenzali. Da questo conteggio sono ovviamente escluse le persone asintomatiche.

Diverse Rsa della Lombardia intervistate dai dirigenti sindacali della Fnp Cisl hanno comunicato che il sistema di tracciamento interno alle strutture è iniziato solo tra il 28 e il 30 di aprile 2020, oltre due mesi dopo il riconoscimento del primo caso a Codogno.

Queste evidenze ci fanno concludere che è

² Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia Covid-19, Aggiornamento nazionale: 05 maggio 2020.

³ Il dato di 678 Rsa in Lombardia riportato dall’Osservatorio Demenze dell’ISS, risulta in contrasto con quello fornito da Open data di Regione Lombardia (che rappresenta la base di partenza per le analisi dell’Osservatorio Rsa sull’assistenza sociosanitaria residenziale della Fnp Cisl Lombardia) dove ne risultano 709.

pressoché impossibile fotografare in maniera dettagliata cosa è successo all'interno delle strutture residenziali per anziani durante i primi mesi della pandemia Covid-19.

LE RSA DENTRO LA PANDEMIA

Nonostante questo proviamo a riavvolgere il nastro e capire quali indicazioni sono arrivate alle Rsa durante i primi mesi del 2020, che hanno condizionato nel vero senso della parola la vita di molte persone non autosufficienti.

Gli anziani sono risultati la categoria maggiormente colpita perché il virus ha travolto e sta travolgendo tuttora tutte le persone, ma in maniera più virulenta quelle già deboli e con più patologie. Di conseguenza la situazione all'interno delle Rsa e delle altre strutture è diventata rapidamente insostenibile.

Nelle prime due settimane dell'epidemia l'unica decisione che viene presa dalle istituzioni pubbliche è compresa nel Dpcm del 5 marzo 2020 che limita l'accesso dei visitatori (un familiare al giorno per ogni ospite) nelle strutture di lunga degenza, quindi anche nelle Rsa. Nei giorni successivi, prima l'intera Lombardia e altre province del Nord Italia poi l'intero Paese vengono messi in *lockdown*.

Parallelamente, con la delibera⁴ dell'8 marzo 2020, la Giunta lombarda decide di liberare dei posti letto negli ospedali trasferendo i pazienti meno gravi, positivi e non positivi al Covid-19, nelle Rsa e nelle altre strutture residenziali e semiresidenziali che dichiarano di avere posti letto vuoti. Tale scelta è dettata da un ragionamento molto pratico ma che non tiene conto delle micidiali conseguenze: far divampare i contagi (tra ospiti e personale) nelle strutture Rsa, che raggiungono il culmine tra la fine di marzo e l'inizio di aprile.

L'insufficiente dotazione dei dispositivi di protezione (Dpi) e la poca conoscenza del virus, hanno reso le Rsa uno dei luoghi dove si sono contagiate e sono decedute in percentuale il maggior numero di persone.

Durante il mese di aprile il settore è stato meglio organizzato, infatti sono stati effettuati i tamponi sia per il personale sia per i pazienti al fine di

tracciare i contagi.

Con l'allentarsi della morsa del virus tra maggio e giugno 2020 si inizia a pensare e ad organizzare la ripartenza e con gli atti sia a livello nazionale che regionale, le Rsa possono ricominciare, seguendo un apposito protocollo con controlli e *screening*, ad accogliere nuovi ospiti, mentre viene lasciata alla libera scelta del gestore della struttura l'eventuale visita di parenti e conoscenti.

I provvedimenti di Regione Lombardia sono stati assunti solo con il confronto con le associazioni dei soggetti gestori, ma non con le organizzazioni sindacali.

Nei mesi di novembre e dicembre 2020 e febbraio 2021 Regione Lombardia ha parzialmente rimborsato⁵ le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili per far fronte ai minori ricoveri e il numero elevato di posti letto rimasti vuoti durante il 2020, attraverso uno stanziamento di ulteriori risorse economiche.



⁴ Delibera di Giunta n° XI/2906 del 08/03/2020.

⁵ Delibera di Giunta n° XI/3782 del 03/11/2020, Legge regionale n° 24 del 14 dicembre 2020 e Delibera di Giunta n° XI/4354 del 24/02/2021.

L'AZIONE DEL SINDACATO

Il settore dell'assistenza residenziale per le persone anziane e non autosufficienti era già fortemente in crisi prima dell'esplosione dell'epidemia: la normativa è in molti contesti datata rispetto alle esigenze degli anziani e il finanziamento garantito insufficiente ad assicurare gli standard assistenziali necessari. Alquanto critica anche la gestione del personale, difficile da reperire anche in funzione delle politiche non sempre tutelanti applicate dai datori di lavoro o intermediari. Un settore fondamentale per la tenuta del nostro sistema di welfare che coinvolge molte famiglie lombarde si trovava dunque in condizioni non proprio idilliache.

Sulla diagnosi delle criticità acuitizzate dalla pandemia abbiamo svolto diversi approfondimenti con le Fnp Cisl territoriali e abbiamo evidenziato che sono stati emanati tanti (e troppi) provvedimenti/atti di indirizzo, mentre è mancato soprattutto il coordinamento tra i vari livelli istituzionali, in modo particolare tra il livello centrale e le Regioni.

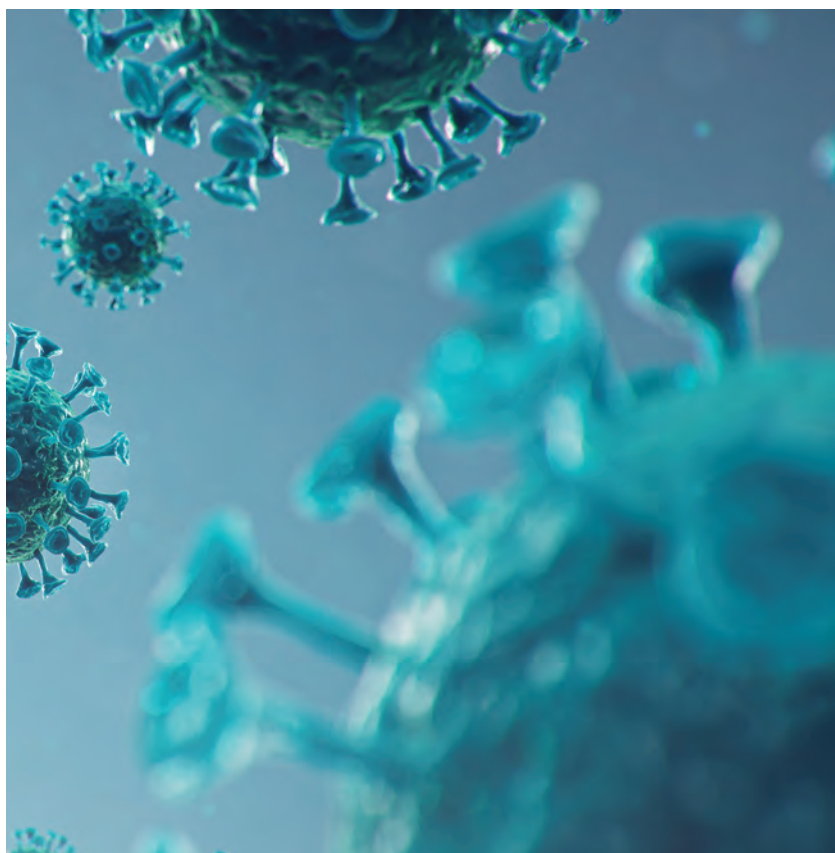
In sintesi possiamo affermare che nel 2020 le Rsa:

- sono rimaste sole nella gestione degli anziani contagiati e nella prevenzione di ulteriori contagi;
- non hanno previsto l'attività di *screening* tramite tamponi in modo sistematico e omogeneo, avviandola in maniera diffusa solo due mesi dopo i fatti di Codogno del 20 febbraio 2020. Ciò ha impedito di avere un quadro chiaro dei contagi avvenuti;
- non hanno tra il loro personale tutte le professionalità specialistiche necessarie e durante la fase di crisi più acuta si sono dovute trasformare creando piccoli reparti Covid-19, senza possibilità di organizzare un'assistenza sanitaria adeguata;
- non hanno potuto reclutare sufficiente personale assistenziale, sia perché è stato impossibile prevedere un'adeguata formazione in un tempo così breve, sia perché si sono manifestati in alcuni contesti fenomeni di assenteismo per paura di contagio.

Come organizzazioni sindacali dei pensionati avevamo più volte lamentato le principali criticità legate al mondo Rsa, proponendo anche soluzioni a nostro avviso applicabili, sia nel confronto con il decisore pubblico (la Giunta regionale) sia attraverso i diversi canali di comunicazione.

Anche altri attori (utenti, familiari, alcuni gestori, diverse riviste scientifiche, le minoranze consiliari, numerose associazioni del Terzo settore, ecc..) hanno fatto presente negli ultimi anni che il "primato lombardo" andava mantenuto e la governance (che sta in capo a Regione Lombardia) avrebbe dovuto modificarsi, aggiornandosi ai cambiamenti e ai nuovi bisogni emergenti.

Le problematiche del mondo sociosanitario e della non autosufficienza in Lombardia non sono state affrontate e l'avvento del Covid-19 ha reso evidente quanto già era chiaro agli occhi degli esperti e di chi era costretto a usufruire di tali servizi.



CAP. 2

LA NON AUTOSUFFICIENZA IN LOMBARDIA

INTRODUZIONE

Per il terzo anno affrontiamo il tema della *long term care* in modo ampio, provando a descrivere tutti gli interventi disponibili in Lombardia, che si traducono in misure di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale e complementari; analizzeremo poi in forma analitica i Cdi, le Rsa, i nuclei Alzheimer, gli Hospice, per i quali sono forniti i dati ufficiali.

Questa scelta di “allargare l’orizzonte” a tutto il settore della non autosufficienza e non focalizzarsi solamente sulle strutture Rsa (che comunque continuano ad avere una parte rilevante nell’Osservatorio della Fnp Cisl Lombardia) è dettata dal fatto che prima di giungere alla decisione da parte dei familiari di ricoverare un anziano/a presso una Rsa, esistono una serie di possibilità e strumenti sul territorio, che permettono di assisterlo/a a livello domiciliare e che riteniamo opportuno far conoscere alle famiglie.

Un’ulteriore motivazione è che in Lombardia e in Italia non vi è una vera discussione pubblica e politica su queste tematiche ma, come è accaduto anche durante il periodo della pandemia da Covid-19, se ne discute solamente quando

si pone il problema. In quest’ottica le organizzazioni sindacali nazionali dei pensionati stanno promuovendo una campagna per elaborare una proposta di legge per la non autosufficienza.

L’INVECCHIAMENTO DELLA SOCIETÀ

L’invecchiamento della società italiana rappresenta un fenomeno ampiamente conosciuto che bisogna tenere in considerazione quando si propongono analisi sulla Ltc e sulla condizione degli anziani.

Al 1 gennaio 2020 la popolazione della Lombardia registrava 10.010.833 abitanti, 2.295.835 dei quali erano over 65enni⁶. Nella categoria degli anziani, circa il 50% sono compresi tra i 65 e i 74 anni, e la restante metà (1.187.521) sono over 75enni (pari al 12% della popolazione totale). Focalizzando l’attenzione sui cosiddetti “grandi anziani” (over 85enni), questi rappresentano il 3% dei lombardi (357.985).

⁶ Convenzionalmente intendiamo (al pari di diversi istituti) le persone over 65 anni come “anziani” anche se siamo consapevoli che tale classificazione è puramente convenzionale, perché l’età anagrafica non rappresenta automaticamente uno status di non autosufficienza né di fragilità.

Si stima che circa 367.000 persone in Lombardia con più di 65 anni abbiano limiti funzionali e necessitino di cure e assistenza; di questi, circa 110.000 sono uomini e 257.000 sono donne.

Questo aumento delle persone non autosufficienti, sia a livello di cura sia a livello economico, si ripercuote in maniera determinante sulle famiglie, anche perché scarseggiano le iniziative dei decisori pubblici a favore di un reale ripensamento del sistema di assistenza.

L'intero sistema di protezione sociale (non solo quello sanitario, ma anche socio-assistenziale e le stesse reti familiari) dovrà in maniera sempre più massiva misurarsi con questo cambiamento.

IL SETTORE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il settore della non autosufficienza in Italia (e di conseguenza in Lombardia) soffre in maniera cronica di una frammentazione su più livelli; infatti sono presenti diversi soggetti istituzionali titolari di tali politiche, numerose risposte messe in campo dagli attori di policy, molteplici strumenti di valutazione al fine dell'accesso alle misure. Queste frammentazioni, unite alla scarsa informazione e alla parzialità dei dati, causano confusione nella popolazione.

La Ltc si sviluppa tra i settori del sociale, del sociosanitario e del sanitario e soffre di una strutturale mancanza: non è disciplinata da un progetto legislativo unitario che ne definisca una struttura coerente. Negli ultimi 20 anni sono state avanzate 17 proposte di riforma nazionale

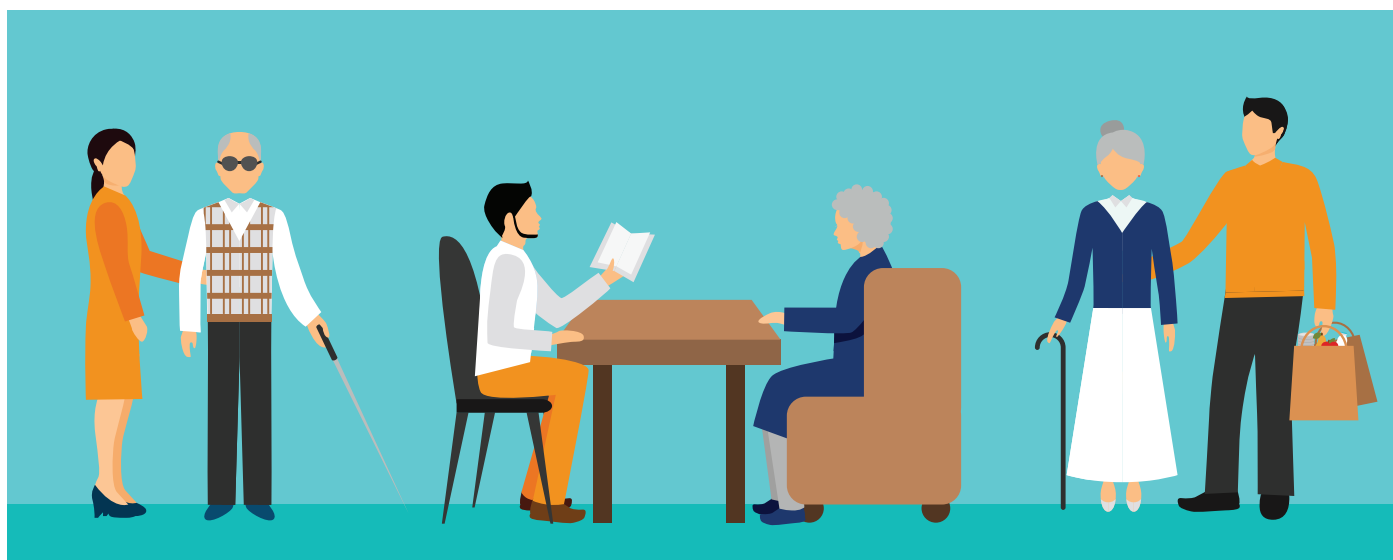
(comprese quelle delle organizzazioni sindacali) che non hanno però portato esiti concreti.

Gli interventi messi in campo dalle amministrazioni pubbliche per aiutare la persona e la famiglia in caso di non autosufficienza si suddividono principalmente in due tipologie: erogazioni monetarie e servizi.

Le prestazioni monetarie, che si differenziano per importo economico, criteri d'accesso e di valutazione, sono erogate da una pluralità di attori pubblici: i Comuni, le Ats, le Regioni, il Governo, l'Inps, oltre ad altri istituti.

Tali soggetti erogano anche i servizi reali, alcuni dei quali sono compatibili con le prestazioni monetarie. Essi possono essere racchiusi in tre macro aree: domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità.

Al fine di migliorare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche per la *long term care*, sosteniamo da diverso tempo l'urgenza che tutti gli enti erogatori di misure e i servizi sociali ai vari livelli comunichino all'Inps le informazioni relative ai beneficiari e alle prestazioni per dare avvio ad un unico strumento (Casellario unico dell'assistenza). Tali informazioni, integrate con i dati relativi alle condizioni economiche, devono, a nostro parere, essere trasmesse agli enti responsabili dell'erogazione e della programmazione delle prestazioni, dei servizi sociali e sociosanitari, affinché possano definire preventivamente i criteri di programmazione, monitoraggio della spesa e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi.



I SERVIZI DOMICILIARI, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

Mantenere la persona anziana con fragilità nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, è generalmente considerata una delle strategie più efficaci, anche se sappiamo che questo non è sempre possibile e soprattutto che non si può imporre alle famiglie il ruolo di primaria agenzia di welfare, gravandole di responsabilità e compiti di cura o assistenza che invece rientrano nelle funzioni che la nostra Costituzione assegna alle istituzioni.

Le richieste che provengono dalle famiglie delle persone non autosufficienti riguardano come primo passaggio fondamentale l'informazione relativa alle misure alle quali poter accedere, e la possibilità di usufruire dei servizi necessari a costi sostenibili.

Prima di attivare i servizi per la non autosufficienza, esistono alcune prestazioni prettamente di carattere **sociale** che permettono alla persona fragile di essere aiutata: si tratta delle forme di abitazione sociale e/o condivisa, degli interventi di trasporto e di consegna di beni a domicilio, di interventi di prossimità e di contrasto alla solitudine. Il Covid-19 e il distanziamento che ne è conseguito ha messo a dura prova tali azioni che rappresentano un vero sostegno per la persona e per la famiglia; occorre quindi lavorare affinché le Amministrazioni locali e il mondo del Terzo settore non abbandonino le persone fragili e sole.

DOMICILIARITA'

Gli interventi domiciliari sono molteplici e sono finalizzati al mantenimento dell'anziano non autosufficiente presso il proprio domicilio.

Servizio di assistenza domiciliare - Sad

È un servizio erogato dai Comuni che si caratterizza per un contenuto ad alta rilevanza sociale, rivolto alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno.

Permette di sollevare, in parte, la famiglia dal

carico assistenziale e consente alla persona che usufruisce del servizio di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto familiare.

Residenzialità assistita

È una misura finalizzata a fornire una risposta assistenziale a persone anziane fragili, con limitazioni parziali delle autonomie ed in assenza di una rete di sostegno. Intende assicurare la permanenza in un contesto domiciliare che favorisca il mantenimento della socialità, della vita di relazione e delle autonomie residue. Vengono erogate prestazioni di carattere sociosanitario.

Assistente familiare e caregiver familiare

Svolgono attività di cura e accudimento di persone con diversi livelli di non autosufficienza.

Sostengono il benessere psico-fisico della persona assistita, effettuano interventi a supporto del mantenimento e del recupero dell'autonomia fisica e psichica riducendo i rischi di isolamento; svolgono prestazioni di carattere domestico e igienico sanitario.

La distinzione tra le due figure sta nel fatto che l'**assistente familiare** è un lavoratore assunto ed esterno alla famiglia, mentre il **caregiver familiare** è un familiare che volontariamente e in maniera non retribuita assiste la persona non autosufficiente.

Bonus assistente familiare

È un contributo sul costo relativo alle spese previdenziali della retribuzione dell'assistente familiare regolarmente assunto, e rappresenta un aiuto per le famiglie maggiormente vulnerabili.

L'accesso a tale misura regionale è alquanto complicato e burocratico; i primi dati evidenziano infatti che ne stanno usufruendo pochissimi utenti.

Assistenza domiciliare integrata - Adi

È un intervento erogato dalle Asst attraverso voucher sociosanitari; consente ai non autosufficienti di essere assistiti presso il proprio domicilio da personale specializzato, con servizi infermieristici, riabilitativi, medico-specialistici. Esistono diverse tipologie di Adi, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste e al mix di professionisti sanitari coinvolti.

In Lombardia purtroppo il minutaggio di tali servizi è alquanto inferiore rispetto a quello delle altre regioni italiane e insufficiente al reale bisogno di cure delle persone non autosufficienti.

Home Care Premium Inps

Si compone di servizi di assistenza alla persona e/o di un contributo economico a rimborso della spesa sostenuta per l'assistente domiciliare assunto con contratto di lavoro domestico.

Le misure si applicano solo per i dipendenti e i pensionati pubblici, per i loro coniugi, parenti e affini di primo grado non autosufficienti.

Misura B1 Fna

Si tratta di interventi atti a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima di qualsiasi età.

La misura è attuata attraverso l'erogazione di buoni e/o voucher sociosanitari mensili per il soddisfacimento delle prestazioni complessive di assistenza, a seguito della presentazione dell'Isee.

Misura B2 Fna

Si tratta di interventi di sostegno e supporto alla persona con disabilità grave e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile di qualsiasi età al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

La misura è attuata attraverso l'erogazione di buoni e/o voucher sociali mensili, a seguito della presentazione dell'Isee.

Telemedicina

La telemedicina è l'evoluzione digitale della medicina tradizionale; non la sostituisce ma la affianca e la integra con nuove modalità. È un fenomeno già in atto e in continua diffusione; offre nuove soluzioni per un'assistenza alla popolazione più tecnologica, dinamica e soprattutto maggiormente vicina alle persone.

Lo sviluppo di questo strumento sarebbe particolarmente importante in Lombardia, dove la medicina territoriale rappresenta una grave mancanza.

Tra le tipologie di medicina a distanza⁷, le più diffuse sono:

- **televisita** (medico-paziente) consiste in un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, eventualmente supportato dal *caregiver*;
- **teleconsulto medico** (medico-medico) è l'interazione tra il medico e i colleghi sulla situazione clinica del paziente, il quale può anche presenziare alla videochiamata;
- **teleconsulenza** (medico-professionista-paziente) consiste in una consulenza medico-sanitaria a distanza alla quale partecipa-

⁷ Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" del 17 dicembre 2020.



no il medico e altri professionisti sanitari che possono anche non essere medici, quali infermieri, fisioterapisti;

- **teleassistenza** (professionisti-paziente) si basa sull'interazione in videochiamata o a distanza tra i professionisti sanitari e il paziente/*caregiver*;
- **telerefertazione** (medico/strutture sanitarie-paziente) è un servizio già ampiamente diffuso di trasmissione e consultazione da remoto, con sistemi digitali e di telecomunicazione, delle prestazioni, esami clinici ed esami strutturali.

Mentre altre tipologie non sono ancora ampiamente diffuse, ma stanno sempre più emergendo:

- **teleriabilitazione**;
- **telemonitoraggio**;
- **telecertificazione**.

La pandemia causata dal virus Covid-19 ha sicuramente dato un'accelerazione alla diffusione della telemedicina.

SEMIRESIDENZIALITÀ

I servizi semiresidenziali si collocano tra la domiciliarità e la residenzialità; sono erogati in strutture di tipo diurno per una parte della giornata. Sostengono gli anziani in condizioni di parziale autosufficienza o di grave decadimento cognitivo.

Centro diurno integrato - Cdi

È un servizio rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno in Rsa.

Nel capitolo 4 questa tipologia di servizio sarà oggetto di un dettagliato approfondimento che mappa il numero delle strutture e dei posti letto in Lombardia.

Rsa aperta

È un servizio che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari al fine di sostenere la famiglia e aiutarla a gestire a domicilio il proprio caro affetto da demenza certificata o per anziani non autosufficienti e invalidi con più di 75 anni.

Avviene sia con prestazioni al domicilio sia accedendo alle strutture Rsa per attività specifiche.

RESIDENZIALITÀ

I servizi residenziali sono gestiti da strutture con caratteristiche alberghiere che erogano servizi di carattere sociale, sociosanitario e sanitario. Accolgono la persona anziana non autosufficiente, di prassi, in via definitiva.

All'interno delle politiche di welfare, i servizi residenziali per gli anziani, nel contesto attuale, evidenziano problematiche rilevanti: sia per la crescita numerica della domanda, sia per gli elevati costi dell'offerta. Anche all'interno delle stesse Regioni, storie e realtà hanno sviluppa-



to difforni percorsi; costumi e tradizioni hanno segnato interventi multiformi ma fortemente collegati al territorio. Quando l'abitare diventa un problema non più gestibile a domicilio, i servizi sociosanitari si appoggiano ad un sistema di strutture che nel tempo hanno realizzato moduli ed interventi vari, ma tutti con lo scopo di contrastare l'isolamento della persona, assicurando le cure e la riabilitazione.

Lo stato delle politiche residenziali è nei fatti vincolato ad un difficile equilibrio tra il potere di acquisto dei pensionati (redditi e pensioni), il costo di accesso alle strutture e le disponibilità per

interventi di sostegno da parte pubblica.

Comunità sociosanitaria - Ccss

È una comunità alloggio socio-assistenziale che accoglie persone adulte con grave disabilità prive di sostegno familiare. Tali soggetti necessitano, oltre che di assistenza ed aiuti nella vita di relazione ed in quella personale, anche di supporto e servizi sanitari.

Residenza sanitaria assistenziale - Rsa

È una struttura residenziale destinata ad accogliere persone anziane totalmente o parzialmente non autosufficienti alle quali vengono garantiti interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria volti a migliorarne i livelli di autonomia, promuoverne il benessere, prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

Le Rsa saranno analizzate in maniera più dettagliata nel capitolo 3.

MISURE COMPLEMENTARI

Riguardano i servizi non riconducibili ad una sola delle tre macro aree.

Amministratore di sostegno - AdS

È una persona nominata dal Giudice Tutelare che affianca, assiste e rappresenta quei soggetti con una limitata capacità di agire o impossibilitati a provvedere ai propri interessi.

Indennità di accompagnamento

È una prestazione economica, erogata a domanda, a favore degli invalidi civili totali a causa di minorazioni fisiche o psichiche per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. È la misura che ha una copertura totale della non autosufficienza; è indipendente dalla condizione economica e dall'età della persona.

Nel 2021 l'importo è di 522,10€ mensili, in tenue aumento rispetto all'anno precedente (520,29€).



CAP. 3

LE RSA IN LOMBARDIA

Report completi sul sito Fnp Cisl Lombardia

I Report sulle strutture Rsa e Cdi completi di posti letto, liste d'attesa, rette e servizi, oltre che del confronto con gli anni precedenti, sono disponibili e liberamente scaricabili dalla sezione "**Osservatorio sull'assistenza sociosanitaria residenziale**" del sito web

www.pensionaticislombardia.it

NOTA METODOLOGICA

I dati raccolti su Rsa, Cdi, Hospice e Alzheimer sono frutto di una comparazione tra quelli ufficiali riportati e pubblicati da **Regione Lombardia**, dalle **Ats**, e quelli dichiarati e pubblicati dalle strutture **Rsa** nelle proprie **Carte dei Servizi**, aggiornati al **31 dicembre 2020**.

Occorre sottolineare che nel 2020 Regione Lombardia non ha aggiornato i propri dati rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda le rette occorre specificare che i dati che riportiamo rappresentano le rette medie giornaliere, ovvero quanto paga la persona al giorno ed è frutto delle medie tra tutte le Rsa di una singola Ats.

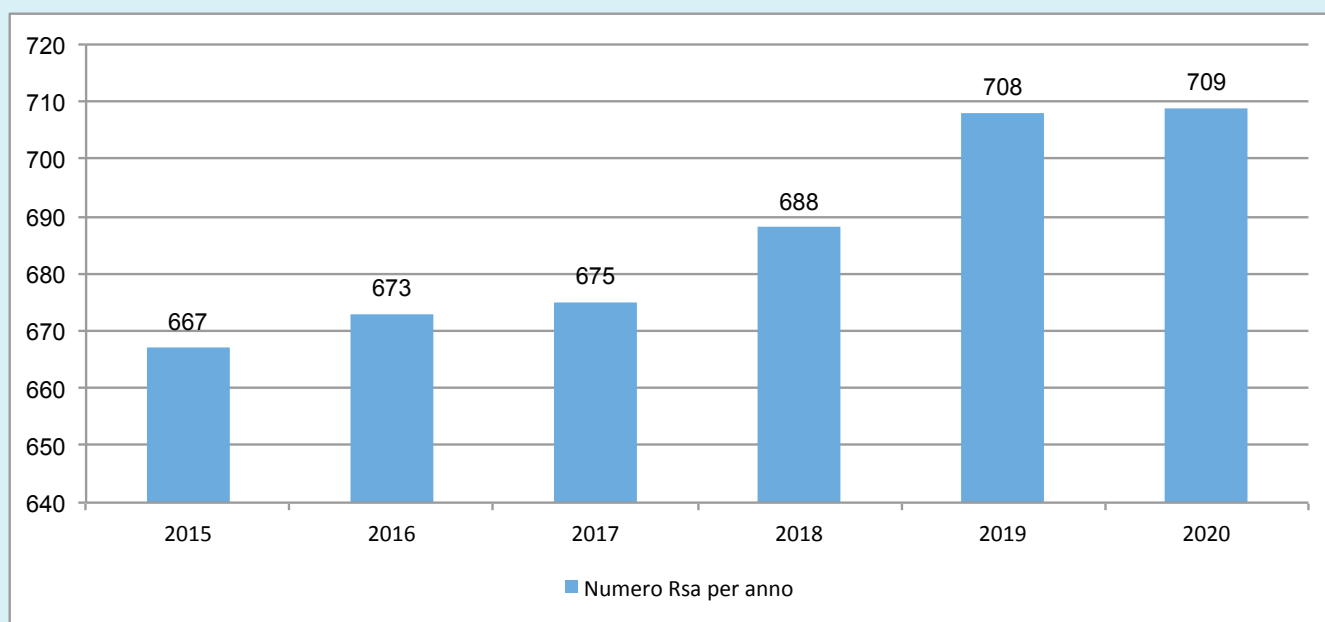
LE RSA LOMBARDE

Il numero delle Rsa monitorate dall'Osservatorio regionale della Fnp Cisl Lombardia, aggiornato al 31 dicembre 2020, è di **709** strutture; solamente 1 in più rispetto all'anno precedente e 42 in più rispetto al 2015⁸. La nuova struttura è stata aperta nel 2020 nel territorio dell'Ats Insubria; mentre negli ultimi 6 anni le nuove aperture si sono registrate rispettivamente: 10 nell'Ats Brianza, 10 nell'Ats Valpdana, 6 nell'Ats Insubria, 6 nell'Ats Milano, 6 nell'Ats Montagna, 2 nell'Ats Pavia e 2 nell'Ats Bergamo.

⁸ *Convenzionalmente prendiamo a riferimento gli ultimi sei anni per la comparazione dei dati: l'anno oggetto dell'analisi e il quinquennio precedente.*

Tabella 2 Rsa in Lombardia 2015 - 2020

Anno	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Numero Rsa per anno	667	673	675	688	708	709



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Con riferimento alla popolazione anziana la percentuale di concentrazione maggiore di posti letto è nei territori delle Ats con un numero minore di popolazione totale (Montagna, Pavia e Valpadana).

A fronte di un indice di dotazione complessivo di 28,2 posti letto (pl) ogni mille anziani residenti,

il dato medio regionale è di 28,3 posti letto, ma ci sono ben 4 Ats che presentano una dotazione nettamente inferiore all'indice lombardo: Ats Brianza con 22 pl, Ats Milano con 22,8 pl, Ats Bergamo con 26,6 pl e Ats Brescia con 27,6 pl ogni mille anziani residenti.

Tabella 3 Rapporto popolazione over 65 - posti letto autorizzati/abilitati

RSA rapporto con popolazione over 65 e posti letto Autorizzati	RSA Monitorate	Popolazione Residente 1-1-2020	Popolazione Over 65 1-1-2020	Posti letto Abilitati 2020	% Posti Letto su Over 65
ATS Bergamo	65	1.107.159	237.401	6.313	2,66%
ATS Brescia	86	1.154.791	250.984	6.926	2,76%
ATS Brianza	68	1.202.939	276.847	6.091	2,20%
ATS Insubria	116	1.466.158	345.226	10.666	3,09%
ATS Milano	162	3.477.026	795.253	18.117	2,28%
ATS Montagna	39	297.042	71.539	2.907	4,06%
ATS Pavia	85	541.717	133.478	5.951	4,46%
ATS Valpadana	88	764.001	185.107	8.004	4,32%
TOTALE Lombardia	709	10.010.833	2.295.835	64.975	2,83%

Fonte: Osservatorio Rsa - Dati Istat elaborati da Fnp Cisl Lombardia (2021)

Tra gli elementi caratteristici delle Rsa, la dimensione quantitativa con il **numero dei posti letto in esercizio** è uno di quelli fondamentali; esso rappresenta infatti uno degli indicatori per valutare la funzionalità della struttura. Evidenti sono infatti gli aspetti sia organizzativi che finan-

ziari, non solo ai fini delle così dette economie di scala, per determinare l'eventuale utile di esercizio, oltre alla qualità delle prestazioni erogate o erogabili.

Utilizziamo come classificazione delle Rsa lombarde per numero dei posti letto in esercizio una semplificazione che prevede di ordinarle secondo la dimensione in quattro categorie:

1. Rsa piccole: fino a 60 posti letto
2. Rsa medie: da 61 a 120 posti letto
3. Rsa medio-grandi: da 121 a 200 posti letto
4. Rsa grandi: oltre 201 posti letto

Le **piccole Rsa** (da 0 a 60 posti letto) rappresentano il 30,04% del totale in Lombardia, e sono diffuse prevalentemente nei territori delle Ats Pavia, Insubria, Brescia e Valpadana (in modo particolare il territorio mantovano). La maggior parte di queste strutture sono di provenienza comunale o parrocchiale, divenute nel tempo Onlus o Fondazioni.

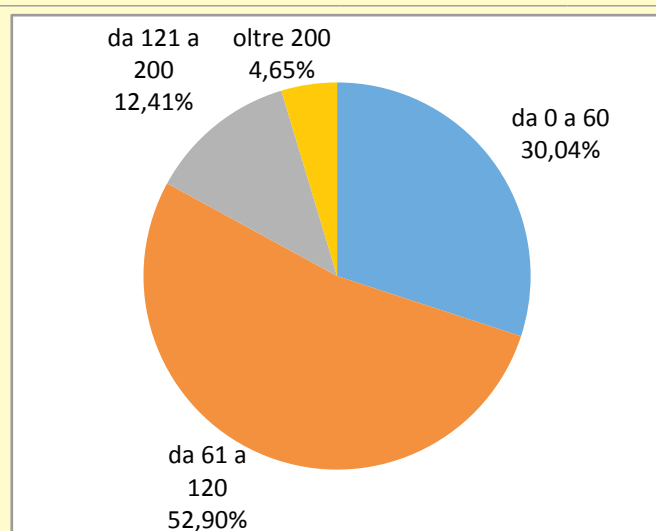
Le **Rsa di media dimensione** (medie e medio-grandi da 61 a 200 posti letto) che rappresentano il 65,31%, sono maggiormente presenti nei territori dell'Ats della Città Metropolitana, dell'Insubria (con la predominanza del territorio di Como), di Pavia, Bergamo e Brescia dove la maggior parte sono fondazioni private o ex Ipub.

Infine le **grandi Rsa** (oltre i 200 posti letto), pari al 4,65% del totale, sono presenti soprattutto nel territorio dell'Ats Città Metropolitana e in parte nell'Ats Valpadana (zona di Cremona) con strutture e fondazioni in prevalenza private.

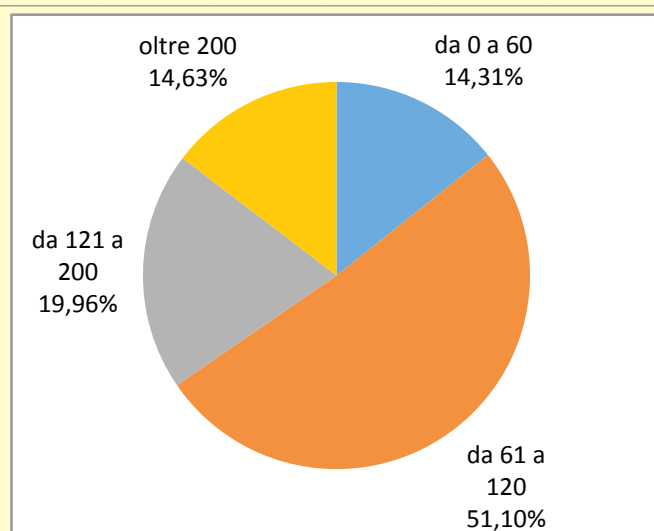
Tabella 4 Dimensioni RSA per posti letto abilitati 2020

Suddivisione RSA per dimensione posti letto		ATS Bergamo	ATS Brescia	ATS Brianza	ATS Insubria	ATS Milano	ATS Montagna	ATS Pavia	ATS Valpadana	TOTALI PER DIMENSIONE	% RSA e POSTI LETTO PER DIMENSIONE SU TOTALE
da 0 a 60	numero rsa	17	31	18	36	31	14	38	28	213	30,04%
	posti letto	794	1.297	701	1.683	1.452	670	1.480	1.217	9.294	14,31%
da 61 a 120	numero rsa	37	41	36	60	91	25	39	46	375	52,90%
	posti letto	3.287	3.408	3.147	5.419	8.344	2.237	3.160	4.172	33.174	51,10%
da 121 a 200	numero rsa	6	14	12	16	25	0	6	9	88	12,41%
	posti letto	924	2.221	1.659	2.349	3.635	0	801	1.374	12.963	19,96%
oltre 200	numero rsa	5	0	2	4	15	0	2	5	33	4,65%
	posti letto	1.308	0	584	1.173	4.686	0	510	1.241	9.502	14,63%
TOTALI RSA PER ATS		65	86	68	116	162	39	85	88	709	100,00%
TOTALI POSTI LETTO PER ATS		6.313	6.926	6.091	10.624	18.117	2.907	5.951	8.004	64.933	100,00%
% RSA PER ATS SU TOTALE		9,17%	12,13%	9,59%	16,36%	22,85%	5,50%	11,99%	12,41%	100%	

% RSA su totale



% Posti letto su totale



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

LA NATURA GIURIDICA

In questa pubblicazione abbiamo deciso di inserire questa nuova sezione dedicata alla natura giuridica delle Rsa presenti in Lombardia.

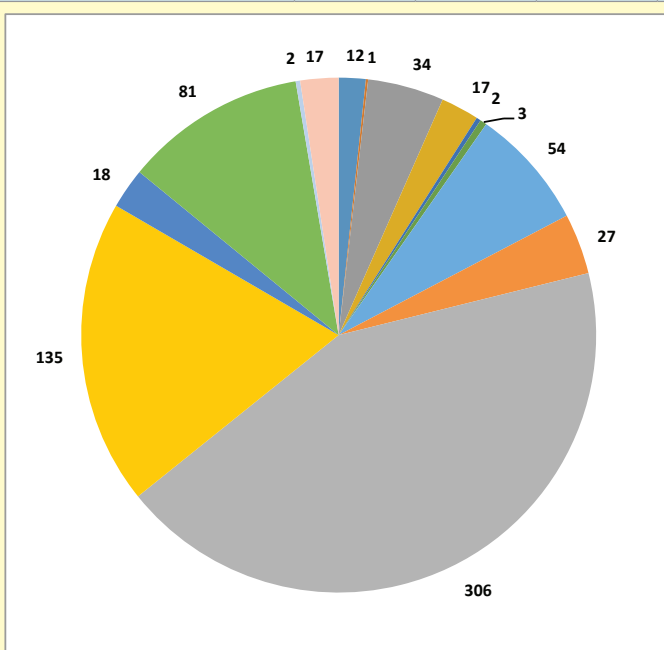
Attraverso la tabella 5 analizziamo in modo dettagliato la suddivisione delle 709 Rsa lombarde in 14 nature giuridiche⁹. In particolare emerge

che le Fondazioni sono presenti in maniera diffusa, con 306 strutture pari al 43,16% sul totale; i territori in cui sono maggiormente presenti sono l'Ats Brescia (67) e l'Ats Bergamo (41).

Seguono poi le Società a responsabilità limitata con 135 Rsa, le Società cooperative di solidarietà sociale (81), gli Enti ecclesiastici (54), le Aziende di servizi alla persona - Asp (34), le Società cooperative a responsabilità limitata (18), le Associazioni Onlus (12).

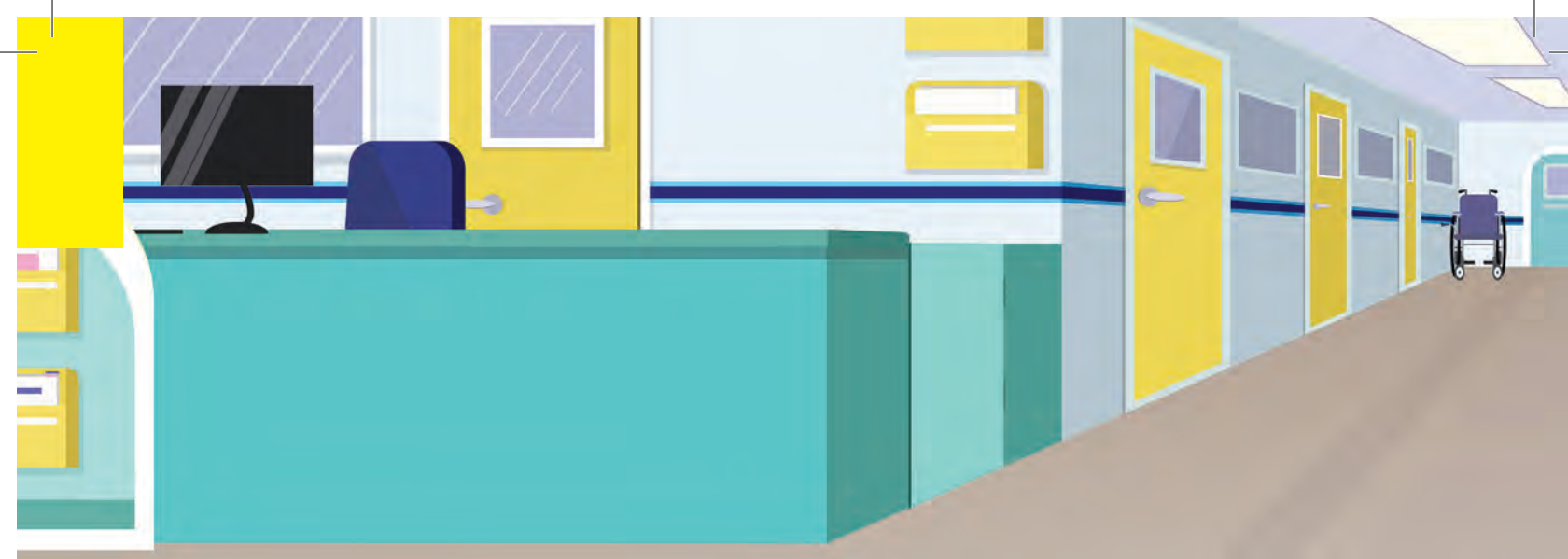
⁹ Delle 14 classi di natura giuridica, 8 hanno un numero significativo, mentre le altre 4 tipologie presentano numeri poco rilevanti.

Natura giuridica	Bergamo	Brescia	Insubria	Milano	Montagna	Brianza	Pavia	Valpadana	Totale
ASSOCIAZIONE ONLUS			4	4		3		1	12
ASST				1					1
AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA (ASP)		3	4	11		3	7	6	34
COMUNE	1	3	1	4	2	1	4	1	17
CONSORZIO						1	1		2
CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI			1	1		1			3
ENTE ECCLESIASTICO	8	1	15	9	5	9	5	2	54
ENTE MORALE DI DIRITTO PRIVATO	1	3	5	6		1	10	1	27
FONDAZIONE	41	67	46	38	27	19	21	47	306
SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA	7	4	22	56	2	14	18	12	135
SOCIETA' COOPERATIVA A RESPONSABILITA' LIMITATA			2	6	1	3	4	2	18
SOCIETA' COOPERATIVA DI SOLIDARIETA' SOCIALE	7	5	13	20	1	13	12	10	81
SOCIETA' DI SERVIZI								2	2
SOCIETA' PER AZIONI			3	6	1		3	4	17
Totale	65	86	116	162	39	68	85	88	709



- ASSOCIAZIONE ONLUS
- ASST
- AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA (ASP)
- COMUNE
- CONSORZIO
- CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI
- ENTE ECCLESIASTICO
- ENTE MORALE DI DIRITTO PRIVATO
- FONDAZIONE
- SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA
- SOCIETA' COOPERATIVA A RESPONSABILITA' LIMITATA
- SOCIETA' COOPERATIVA DI SOLIDARIETA' SOCIALE
- SOCIETA' DI SERVIZI
- SOCIETA' PER AZIONI

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)



LE RSA PUBBLICHE E PRIVATE

Un'ulteriore novità che abbiamo inserito in questo numero è la suddivisione della natura giuridica delle Rsa anche tra private e pubbliche, onlus e no onlus.

Nella tabella 6 emerge chiaramente un'evidenza già conosciuta agli addetti ai lavori, ovvero che le società private prevalgono in maniera consistente rispetto a quelle pubbliche, rappresen-

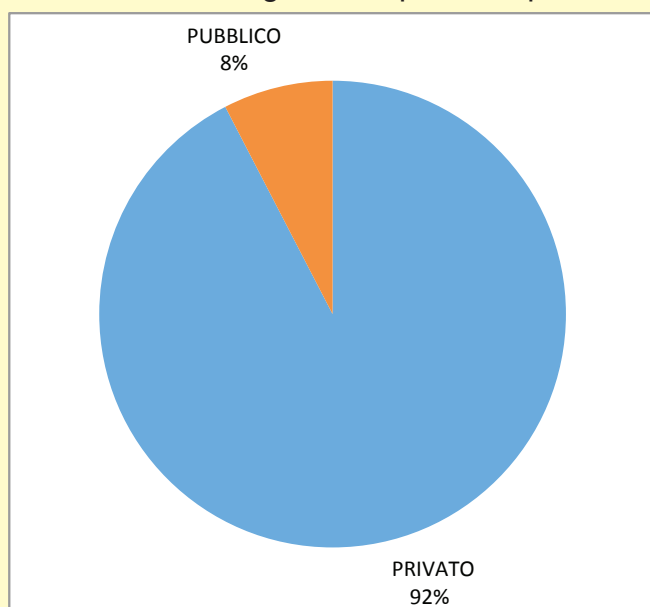
tando il 92,38% delle strutture lombarde (pari a 655).

Il rapporto onlus e no onlus è invece pressoché equilibrato: le Rsa onlus sono 393 su 709, pari al 55,43%. Sono invece presenti forti differenziazioni a livello territoriale, infatti le Rsa onlus nell'Ats Brescia sono l'82,56%, nell'Ats Montagna il 79,49%, nell'Ats Bergamo il 67,69%, nell'Ats Valpadana il 60,23% e nell'Ats Insubria il 58,62%; nelle restanti 3 Ats non superano il 50%.

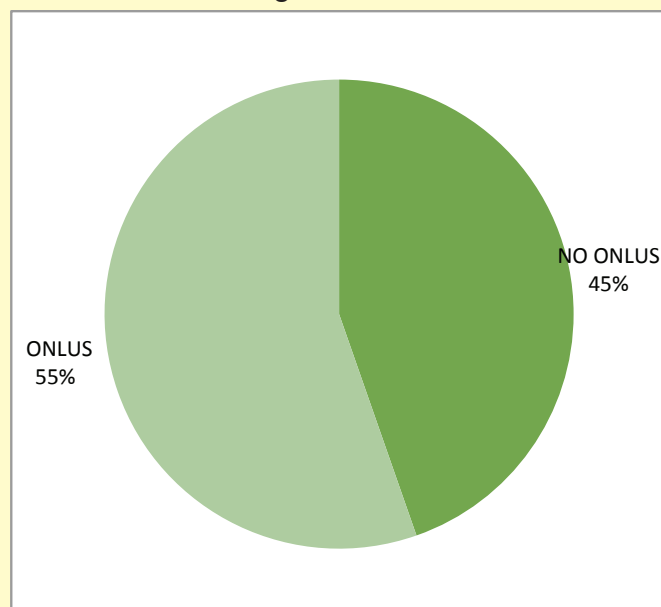
Tabella 6 Rsa pubbliche/private/onlus 2020

Natura giuridica	Bergamo	Brescia	Insubria	Milano	Montagna	Brianza	Pavia	Valpadana	Totale
PRIVATO	64	80	111	146	37	64	74	79	655
PUBBLICO	1	6	5	16	2	4	11	9	54
Totale	65	86	116	162	39	68	85	88	709
NO ONLUS	21	15	48	104	8	34	51	35	316
ONLUS	44	71	68	58	31	34	34	53	393
Totale	65	86	116	162	39	68	85	88	709

Graf. 5 Natura giuridica: pubblico/privato



Graf. 6 Natura giuridica: onlus/no onlus



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)



LE SOCIETÀ DI GESTIONE

Nella tabella 7 abbiamo invece individuato le società di gestione con un numero maggiore di Rsa in Lombardia. Ciò che emerge è che la società più presente è il gruppo Korian Segesta Spa che gestisce ben 29 strutture; seguono il

gruppo Kos Residenze Anni Azzurri Srl con 19, la Fondazione Mantovani Sodalitas e Coopselios Coop Sociale con 10 Rsa ciascuna, l'Opera Don Guanella con 9, il Gruppo La Villa Spa e l'Associazione il Nuovo Focolare di S. Maria di Loreto con 7 Rsa ciascuna e il Gruppo Gheron Srl e l'Istituto Figlie S. Maria della provvidenza con 6 Rsa ciascuna.

Tabella 7 Gestori >6 Rsa 2020

GESTORI	Bergamo	Brescia	Brianza	Insubria	Milano	Montagna	Pavia	Valpadana	Totale
Gruppo Gheron SRL			2		1			3	6
Istituto Figlie S.Maria della provvidenza				1	1	3	1		6
Associazione Il Nuovo Focolare di S. Maria di Loreto				6	1				7
Gruppo La Villa Spa			2	4	1				7
Opera don Guanella				6	2	1			9
Coopselios Coop Sociale			1		5		4		10
Fondazione Mantovani Sodalitas			1		9				10
KOS Residenze Anni Azzurri SRL	1	2	1	3	12				19
KORIAN Segesta SPA		1	4	4	14	2	4		29

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

I POSTI LETTO

Regione Lombardia disciplina le Rsa classificando i posti letto di ogni struttura in quattro aree: abilitati, accreditati, contrattualizzati e solvanti.

I **posti letto abilitati**¹⁰ rappresentano il requisito essenziale per l'abilitazione alle attività e al funzionamento delle Rsa, in quanto dovrebbero garantire determinati standard di qualità e di

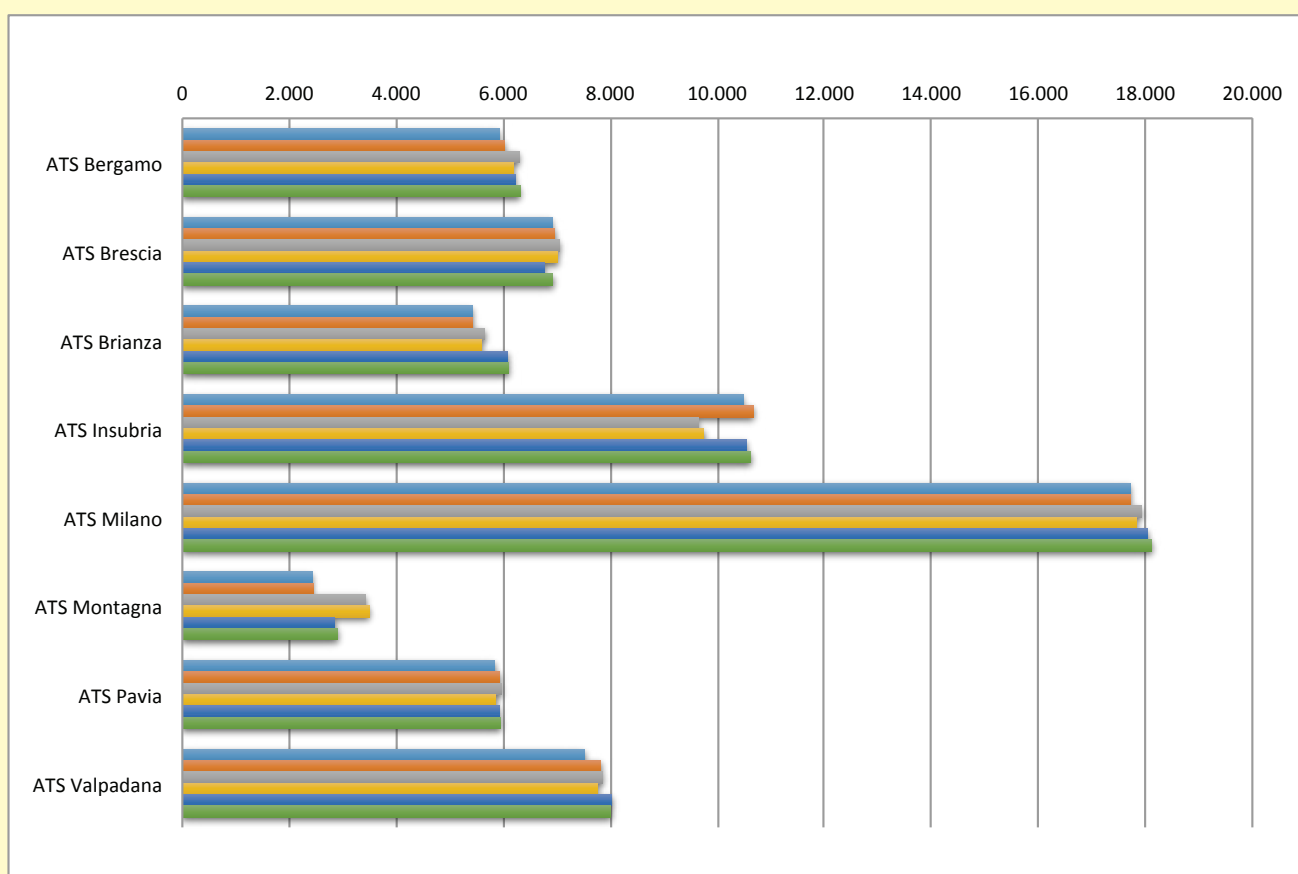
funzionalità dei servizi erogati.

La tabella 8 riporta i dati del nostro Osservatorio nel periodo di riferimento dai quali emerge un incremento del numero di posti letto dal 2015 al 2017, un calo nel 2018 di 311 unità e una crescita nel biennio 2019-2020, rispettivamente di 951 unità nel 2019 e di 502 unità nel 2020 rispetto all'anno precedente. La crescita dei posti letto nel 2020 è avvenuta in quasi tutte le Ats (ad eccezione dell'Ats Valpadana che ha avuto una diminuzione di 14) e in modo maggiormente accentuato nelle Ats Brescia, Insubria, Bergamo e Milano.

¹⁰ Denominazione in vigore dal 1° gennaio 2019 quando Regione Lombardia ha modificato la precedente denominazione di posti autorizzati.

Tab. 8 Confronto posti letto Abilitati 2015 - 2020

	Posti Letto Autorizzati 2015	Posti letto Autorizzati 2016	Posti Letto Autorizzati 2017	Posti Letto Autorizzati 2018	Posti Letto Abilitati 2019	Posti Letto Abilitati 2020
ATS Bergamo	5.919	6.028	6.293	6.190	6.222	6.313
ATS Brescia	6.909	6.960	7.051	7.016	6.767	6.926
ATS Brianza	5.417	5.431	5.655	5.591	6.079	6.091
ATS Insubria	10.479	10.673	9.637	9.747	10.538	10.624
ATS Milano	17.719	17.728	17.923	17.830	18.031	18.117
ATS Montagna	2.430	2.443	3.420	3.493	2.850	2.907
ATS Pavia	5.833	5.935	5.960	5.859	5.926	5.951
ATS Valpadana	7.510	7.821	7.852	7.754	8.018	8.004
TOTALE Lombardia	62.216	63.019	63.791	63.480	64.431	64.933



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

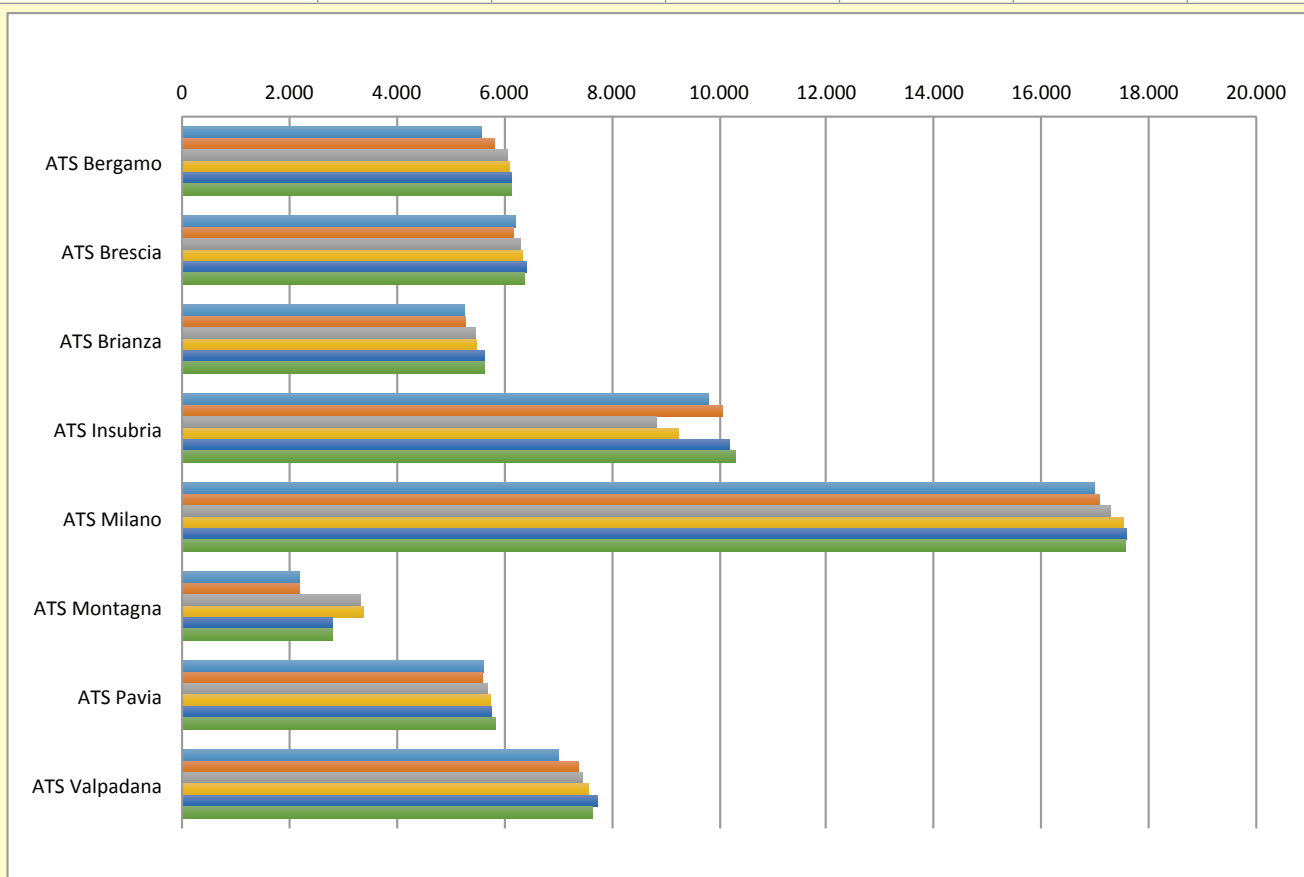
I posti letto accreditati rientrano negli indicatori di dotazione per aree territoriali omogenee. Tali indicatori considerano l'indice di offerta dei posti letto, valutati in base alle giornate effettivamente remunerate e l'indice di fabbisogno definito sulla base dei posti letto attivi al dicembre dell'anno precedente.

I posti letto accreditati nel 2020 sono pari a 62.270. Il trend negli anni dal 2015 al 2020 ha registrato un aumento di 3.658 unità; nell'ultimo anno c'è stato un incremento di accreditamento di solo 22 posti letto. Questo è avvenuto solamente nelle Ats Insubria e Ats Pavia, mentre nelle Ats Valpadana, Brescia e della Città Metropolitana si sono registrate delle diminuzioni.



Tabella 9 Confronto posti letto Accreditati 2015-2020

	Posti Letto Accreditati 2015	Posti letto Accreditati 2016	Posti Letto Accreditati 2017	Posti Letto Accreditati 2018	Posti Letto Accreditati 2019	Posti Letto Accreditati 2020
ATS Bergamo	5.576	5.810	6.067	6.095	6.127	6.131
ATS Brescia	6.198	6.179	6.307	6.329	6.405	6.367
ATS Brianza	5.257	5.282	5.456	5.478	5.630	5.630
ATS Insubria	9.802	10.065	8.840	9.235	10.188	10.303
ATS Milano	16.977	17.086	17.286	17.522	17.580	17.570
ATS Montagna	2.186	2.186	3.316	3.374	2.809	2.804
ATS Pavia	5.604	5.601	5.689	5.735	5.768	5.828
ATS Valpadana	7.012	7.376	7.452	7.562	7.741	7.637
TOTALE Lombardia	58.612	59.585	60.413	61.330	62.248	62.270



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

I posti letto contrattualizzati sono riconosciuti da Regione Lombardia tramite regolare contratto, sono inseriti nella programmazione del sistema sociosanitario lombardo e sono finanziati con quote fissate tramite la classificazione Sosia dal Fondo Sanitario Regionale (Fsr) a copertura dei costi sanitari sostenuti dalle strutture.

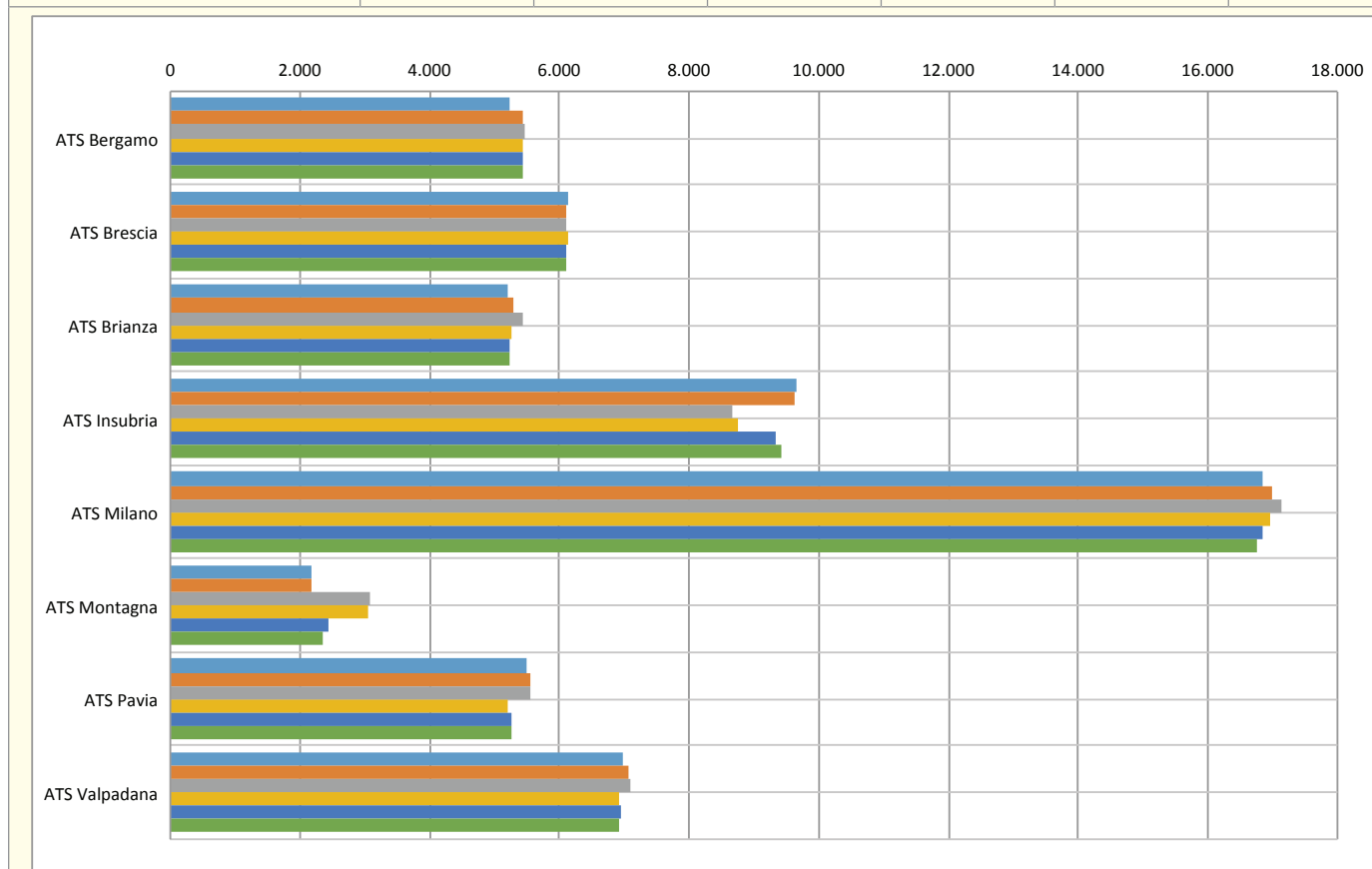
Nella tabella 10 vengono riportati i dati riguardanti l'evoluzione dei posti letto contrattualizzati dal 2015 al 2020. Tale periodo di riferimento può essere suddiviso in due parti: si evidenzia un aumento di 732 posti letto negli anni 2015, 2016 e 2017, mentre nel triennio successivo il trend è

in netta diminuzione. Nel 2018 sono diminuiti di 804 posti letto, nel 2019 di 97 posti letto, mentre nel 2020 la diminuzione è stata di 90 posti letto a contratto. Ricordiamo che sono i posti letto in cui Regione Lombardia paga alle Rsa le quote contrattualizzate e di cui daremo maggiori dettagli nelle pagine seguenti.

La maggior concentrazione di posti letto contrattualizzati è presente nell'Ats della Città Metropolitana (16.748), nell'Ats Insubria (9.431) e nell'Ats Valpadana (6.929).

Tabella 10 Confronto posti letto Contrattualizzati 2015-2020

	Posti Letto a Contratto 2015	Posti Letto a Contratto 2016	Posti Letto a Contratto 2017	Posti Letto a Contratto 2018	Posti Letto a Contratto 2019	Posti Letto a Contratto 2020
ATS Bergamo	5.247	5.434	5.461	5.440	5.437	5.437
ATS Brescia	6.140	6.101	6.101	6.121	6.120	6.120
ATS Brianza	5.214	5.279	5.427	5.265	5.241	5.241
ATS Insubria	9.655	9.637	8.654	8.749	9.342	9.431
ATS Milano	16.853	16.992	17.129	16.956	16.849	16.748
ATS Montagna	2.186	2.186	3.079	3.043	2.426	2.353
ATS Pavia	5.505	5.542	5.548	5.195	5.250	5.254
ATS Valpadana	6.972	7.063	7.105	6.931	6.938	6.929
TOTALE Lombardia	57.772	58.234	58.504	57.700	57.603	57.513



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

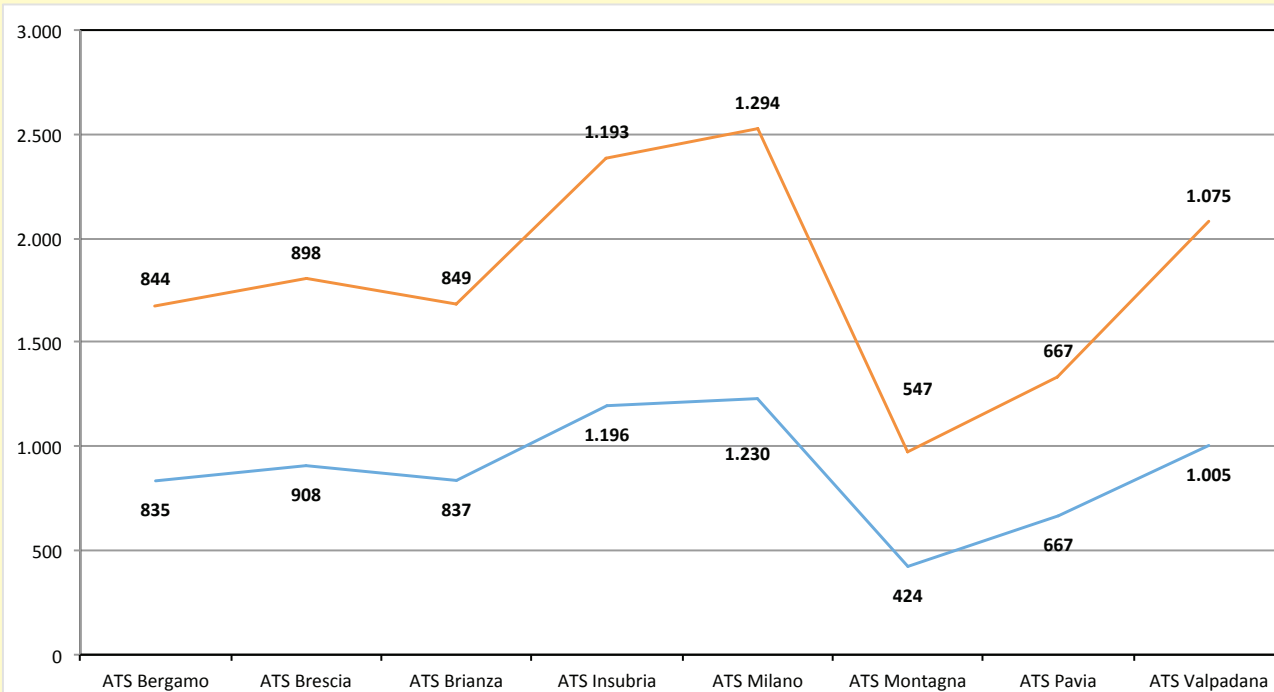
I posti letto solventi sono quei posti letto abilitati da Regione Lombardia (che possiedono quindi i requisiti strutturali previsti) ma non contrattualizzati dalle Ats, che sono istituiti per riequilibrare la domanda di posti letto e rispondere alle lunghe liste di attesa. Molte Rsa lombarde hanno ritenuto utile aumentare la propria offerta di prestazioni creando questa nuova tipologia di posti letto. Essi non beneficiano della quota a carico di Regione Lombardia (che copre le spese sanitarie grazie al Servizio Sanitario Regionale), perciò la retta complessiva di quota sanitaria e quota alberghiera risulta a totale carico dell'utente ospite in Rsa o dei suoi familiari.

A fronte di una diminuzione negli ultimi 5 anni di posti letto contrattualizzati, quelli solventi sono aumentati; nel 2020 l'incremento è stato di 265 posti letto rispetto all'anno precedente.



Tabella 11 Confronto Posti Letto Solventi 2019- 2020

ATS	Anno 2019	Anno 2020	Differenza 2020/2019
ATS Bergamo	835	844	9
ATS Brescia	908	898	-10
ATS Brianza	837	849	12
ATS Insubria	1.196	1.193	-3
ATS Milano	1.230	1.294	64
ATS Montagna	424	547	123
ATS Pavia	667	667	0
ATS Valpadana	1.005	1.075	70
TOTALE Lombardia	7.102	7.367	265



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

DENTRO LE RSA

Dopo aver affrontato per la prima volta nell'Informa 1-2020 il tema del personale necessario per garantire il minutaggio di assistenza previsto dalla normativa regionale all'interno della strutture, anche quest'anno abbiamo deciso di proseguire, con il supporto della **Funzione Pubblica della Cisl**, la riflessione sul calcolo

dei minuti assistenziali necessari all'accredimento delle Rsa.

Proseguiamo l'analisi proponendo due tabelle che affrontano gli standard assistenziali di minutaggio dovuti per patologie o fattispecie e l'elenco delle figure professionali obbligatorie che devono essere presenti all'interno di ogni struttura.

Tabella 11 bis Standard Assistenziali/Dovuti

Verifica Standard assistenziali settimanali	Standard Dovuto
Patologie o fattispecie	Minuti/settimanali/ospite
	Standard
Autorizzati	750
Accreditati	901
Alzheimer riconosciuti/autorizzati	1220
Stati vegetativi in nucleo	2000
Stati vegetativi in posti ordinari	1500
Figura professionale	Figure obbligatorie
Medico	si
Infermiere	si
Fisioterapista	si
Animatore/Educatore 1	si
ASA/OTA	si
OSS	si
Assistente sociale	si per stati vegetativi - in organico
Medico specialista 2	si per stati vegetativi - consulenza
Psicologo 2-3	si per stati vegetativi - consulenza
Professioni sanitarie della riabilitazione 3	no
Altri operatori di arteterapia 3	no

Fonte: Elaborazione Fnp Cisl Lombardia 2021

Di seguito pubblichiamo le tabelle relative al minutaggio dei nuclei Alzheimer e dei nuclei Sla e stati vegetativi, in cui sono indicate le figure professionali presenti nella struttura e per ognuna di esse sono riportati i minuti di assistenza, sia per ogni singolo ospite che per il complessivo degli utenti, le giornate di lavoro settimanali e il minutaggio giornaliero di assistenza. Comparando tutti questi dati è possibile determinare il fabbisogno di assistenza per ogni ospite suddiviso in ore e quante unità di personale dovrebbero essere presenti nella struttura.

È del tutto evidente che laddove tali standard sono applicati, la dotazione organica è sufficientemente presente ed organizzata per poter accudire gli ospiti. Viceversa, stante la sempre più

crescente richiesta di ricoveri o interventi di ricovero di urgenza, ci si trova di fronte al fatto che ospiti affetti da Alzheimer o altre patologie che richiederebbero un'assistenza di carattere specialistico, si trovino ad essere ricoverati in Rsa con dotazione organica di altra tipologia, gravando notevolmente sul servizio offerto, o peggio "sottraendo assistenza" ai restanti ricoverati.

La recente pandemia ha evidenziato oltremodo la sempre crescente sanitizzazione del settore e la capacità di risposta di esso. L'auspicio è quello che ora più che mai si ripensi al ruolo che le Rsa devono esercitare nel modello di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Tab. 11 tris il minutaggio di assistenza Alzheimer

personale	minuti settimanale di assistenza per ospite	numero ospiti	minuti settimanale di assistenza per 20 ospiti	giornate di lavoro settimanali	minuti complessivi giornalieri	minuti	ore giornaliere fabbisogno di assistenza *	ore di lavoro giornaliere	unità di personale a tempo pieno **
Infermiere Professionale	189	20	3.780	7	540	60	9,00	7	1,29
Asa/Oss	913	20	18.260	7	2.609	60	43,48	7	6,21
Educatore	30	20	600	5	120	60	2,00	7	0,29
Fisioterapista	56	20	1.120	5	224	60	3,73	7	0,53
Medico	32	20	640	5	128	60	2,13	7	0,30
TOTALE	1.220		24.400		3.621		60,34		8,62

Tab. 11 quater Sla e Stati Vegetativi

personale	minuti settimanale di assistenza per ospite	numero ospiti	minuti settimanale di assistenza per 20 ospiti	giornate di lavoro settimanali	minuti complessivi giornalieri	minuti	ore giornaliere fabbisogno di assistenza *	ore di lavoro giornaliere	unità di personale a tempo pieno **
Infermiere Professionale	350	20	7.000	7	1.000	60	16,67	7	2,381
Asa/Oss	1.497	20	29.940	7	4.277	60	71,29	7	10,184
Fisioterapista	92	20	1.840	5	368	60	6,13	7	0,876
Medico	61	20	1.220	5	244	60	4,07	7	0,581
TOTALE	2.000	20	40.000		5.889		98,15		14,02

Fonte: Elaborazione su algoritmo Fnp Cisl Lombardia 2021

* calcolato dividendo i minuti giornalieri di assistenza per i 60 minuti (1h)

** calcolato dividendo le ore di fabbisogno per la ore di lavoro giornaliere

LE RETTE

La tematica dell'entità delle rette e della compartecipazione alla spesa da parte della persona e della famiglia deve costituire un punto centrale per l'azione negoziale del sindacato dei pensionati. Ciò anche in relazione al mantenimento e al funzionamento della rete di servizi di supporto.

L'intero sistema delle rette deve essere oggetto del confronto tra le organizzazioni sindacali e Regione Lombardia, e a nostro avviso deve essere collocato all'interno delle politiche dell'**Osservatorio regionale per il monitoraggio**

delle Rsa¹¹ affinché le stesse possano essere utilmente riviste e rese compatibili con le disponibilità economiche delle famiglie, perseguendo il pieno riconoscimento della componente sanitaria del servizio erogato che deve rimanere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

¹¹ L'Osservatorio per il monitoraggio delle Rsa è stato costituito dall'Assessorato e dalla Direzione Generale al Welfare di Regione Lombardia con Cgil Cisl Uil e Spi Fnp Uilp Lombardia. Partecipano all'Osservatorio anche Anci Lombardia e i rappresentanti dei soggetti gestori delle RSA contrattualizzate.

Nonostante le ripetute richieste da parte delle organizzazioni sindacali dei pensionati, da dicembre 2018 a maggio 2020 Regione Lombardia non ha mai convocato tale Osservatorio. L'incontro dello scorso 21 maggio 2020 è stato pressoché inutile e da quella data non è stato più riunito.

Proprio per il fatto che i membri dell'Osservatorio rappresentano tutte le parti in gioco nel settore delle Rsa, lo reputiamo un luogo di confronto privilegiato per analizzare la condizione degli anziani non autosufficienti; evidentemente questa non è l'opinione di Regione Lombardia. Senza voler essere presuntuosi, probabilmente se ci fosse stato un vero e costante confronto all'interno di questo organismo, si sarebbero evitati alcuni errori commessi anche durante i primi mesi della pandemia da Covid-19.



La retta totale delle Rsa è costituita da due parti distinte: la quota sanitaria e la quota alberghiera.

LA QUOTA SANITARIA

La quota sanitaria è a carico del Ssn ed è corrisposta da Regione Lombardia agli Enti Gestori delle Rsa; tale quota è determinata in funzione delle condizioni sanitarie dell'utente ed è ovviamente più alta per le persone più gravi. La normativa nazionale stabilisce che la quota sanitaria debba corrispondere al 50% della retta totale.

Per ogni ospite inserito in Rsa, il sistema di classificazione regionale prevede la registrazione all'ingresso della condizione sanitaria ed il suo aggiornamento durante il periodo di ricovero, determinando le così dette classi Sosia in funzione del grado di autonomia.

Regione Lombardia paga alle Rsa una quota sanitaria giornaliera così suddivisa:

- 52€ per gli Alzheimer;
- 49€ per le classi Sosia 1-2;
- 39€ per le classi Sosia 3-4-5-6;
- 29€ per le classi Sosia 7-8.

Tali quote risultano inferiori a quanto disposto dalla legislazione vigente Lea (50% del costo giornaliero pro capite). Poiché, come rilevato dalle schede struttura più recenti¹², il costo giornaliero complessivo sarebbe pari a 103,90€ il contributo che Regione Lombardia dovrebbe riconoscere alle Rsa per posti contrattualizzati e per tutte le classi Sosia sarebbe di almeno 51,95€/giorno.

Da tempo come organizzazioni sindacali dei pensionati denunciavamo il fatto che la condizione degli utenti delle case di riposo si è modificata nel tempo. Oggi sostanzialmente si tratta di persone non autosufficienti, molto avanzate nell'età (85 anni), e che pertanto necessitano di un livello di assistenza sanitaria molto superiore rispetto al passato. Per cui il contributo del 50% relativo alla quota sanitaria non risulta più adeguato e dovrà essere necessariamente aumentato.

In sintesi Regione Lombardia paga meno di quanto dovrebbe e tali costi ricadono sulle famiglie degli assistiti.

In via straordinaria per l'anno 2020, a seguito dell'emergenza Covid-19 che ha comportato meno ricoveri e un numero elevato di posti letto rimasti vuoti per l'aumento dei decessi, Regione Lombardia con le Delibere di Giunta n° XI/3782 del 03/11/2020 e n° XI/4354 del 24/02/2021 è intervenuta in merito alla remunerazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, con un aggiornamento del tariffario con decorrenza 31/1/2020 sino al 31/12/2020, determinando un incremento per singole giornate di cura o per singole prestazioni come da tabella 11 quinquies

¹² Le schede struttura più recenti che Regione Lombardia fornisce sono aggiornate solamente al 2013.

Tabella 11 cinques

Alzheimer e Classi Sosia	Quota Sanitaria Regione	Aumento delibera di Giunta n° XI/3782 del 03/11/2020	Aumento delibera di Giunta n° XI/4354 del 24/02/2021	Totale quota sanitaria erogata dalla regione dal 31/01/2020 al 31/12/2020
Alzheimer	€ 52,00	€ 1,30	€ 12,00	€65,30
Classi Sosia 1-2	€ 49,00	€ 1,20	€ 12,00	€62,20
Classi Sosia 3-4-5-6	€ 39,00	€ 1,00	€ 12,00	€52,00
Classi Sosia 7-8	€ 29,00	€ 0,70	€ 12,00	€41,70

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

LA QUOTA ALBERGHIERA

La quota alberghiera è la retta¹³ che la persona paga alla Rsa, sia pubblica che privata, che ha un contratto con la propria Ats territoriale. Nelle nostre tabelle e grafici figura con la dicitura “posti letto contrattualizzati”.

Nelle Rsa con posti letto abilitati ma non contrattualizzati, i costi sono totalmente a carico delle persone ospiti; questo è definito “ricovero in regime di solvenza”.

La compartecipazione economica dell'utente alla spesa nelle Rsa, come abbiamo già avuto modo di sostenere, è una tra le tematiche più importanti su cui si concentra l'impegno del-

la nostra organizzazione per gli evidenti effetti sulle condizioni di vita degli anziani e delle loro famiglie, soprattutto quelle con ridotte capacità reddituali. Per monitorare costantemente tali questioni, la Fnp Cisl Lombardia promuove da anni studi, ricerche (tra i quali la realizzazione di questo Report) e momenti di confronto sia interni che esterni con gli altri attori del sistema al fine di sensibilizzare i propri quadri dirigenti e tutti i protagonisti della Ltc ed elaborare insieme proposte concrete da sottoporre a Regione Lombardia.

¹³ Nella nostre tabelle la quota a carico della persona ricoverata è indicata come retta media minima/massima.



LA CLASSIFICAZIONE SOSIA

Ogni ospite di qualsiasi Rsa viene classificato al suo ingresso nella struttura secondo una scala di valutazione basata sulla condizione sanitaria, che sancisce in quale classe l'anziano si trova. Ciascuna regione d'Italia possiede un proprio sistema di classificazione degli utenti, quello della Lombardia è il Sosia.

Sosia è l'acronimo di Scheda di Osservazione Intermedia di Assistenza. La scheda Sosia, che viene aggiornata durante tutto il periodo di ricovero, è formata da due sezioni:

1. anagrafica;
2. dati variabili sull'assistenza fornita all'ospite. Questa sezione è suddivisa in sei parti: informazioni sul ricovero, indicatore di mobilità, indicatore di cognitività, indicatore di comorbidità e diagnosi, indicatore sui profili

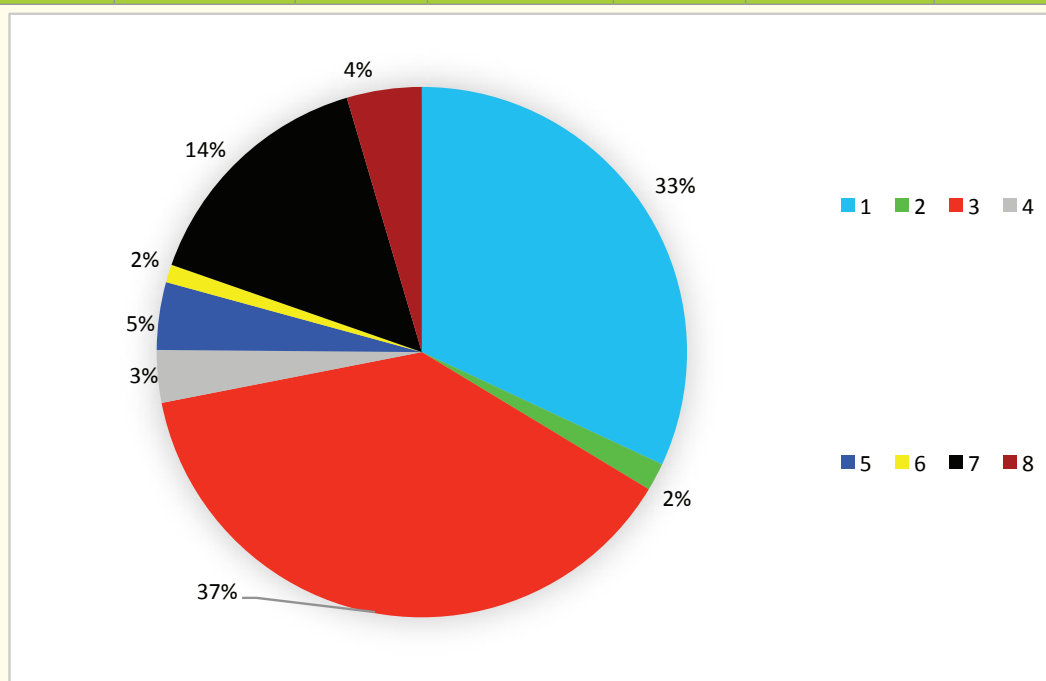
di gravità, indicatore sugli ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso. Per il calcolo della classe Sosia vengono presi in considerazione gli indicatori relativi a mobilità, cognitività e comorbidità. Lo scopo principale nella valutazione è la misura del grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale, prestato per qualsiasi ragione.

Gli ospiti nelle strutture Rsa sono suddivisi in 8 classi Sosia: dalla n° 1 per gli utenti più gravi, decrescendo a seconda delle patologie fino alla n° 8.

A livello di classificazione Sosia i dati più recenti che Regione Lombardia ha fornito sono riferiti all'anno 2018; come si può notare dalla tabella, l'84% delle persone ricoverate rientra nelle classi Sosia 1-3-7. Si potrebbe proporre quindi di razionalizzare le attuali otto classi passando a tre classi Sosia, ovvero quelle in cui si concentra il maggior numero di utenti.

Tabella 12 Distribuzione utenti suddivisi per Classi SOSIA

CLASSI SOSIA	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione
1	27.491	32%	26.664	32%	28.755	32%	30.847	33%
2	1.578	2%	1.460	2%	1.387	2%	1.730	2%
3	32.176	37%	31.676	37%	33.155	38%	34.635	37%
4	3.100	4%	2.842	3%	2.820	3%	2.799	3%
5	3.930	4%	3.656	5%	4.352	4%	5.049	5%
6	1.097	1%	965	1%	1.197	1%	1.429	2%
7	13.114	15%	12.731	15%	13.002	15%	13.273	14%
8	4.310	5%	4.003	5%	3.973	5%	3.943	4%
TOTALI	86.796	100%	83.997	100%	88.641	100%	93.705	100%



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

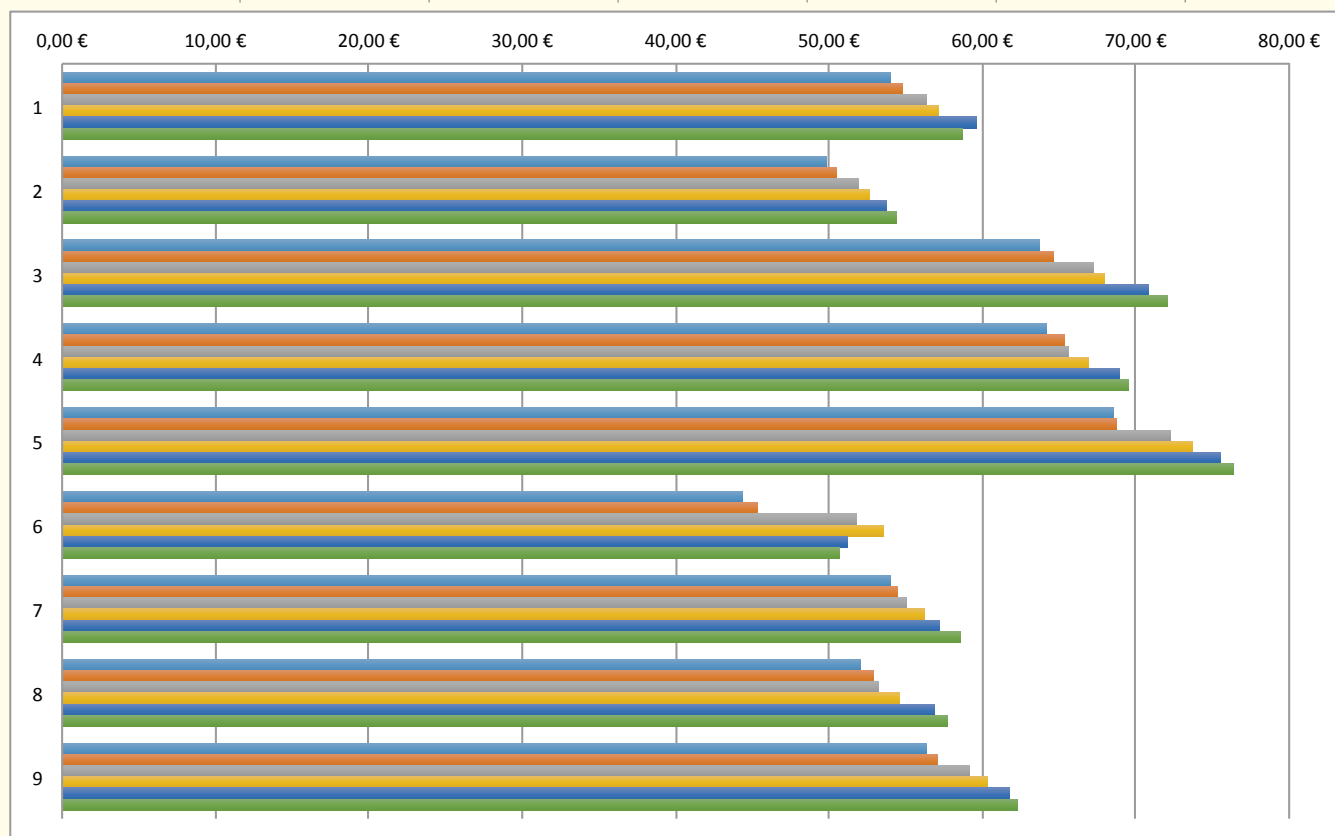
IL CONFRONTO TRA LE RETTE

Confrontando gli ultimi sei anni e osservando l'andamento delle rette medie minime in Lombardia, notiamo che l'aumento giornaliero

a carico degli ospiti nelle Rsa è stato di circa 6€: dai 56,33€ del 2015 ai 62,26€ del 2020. Gli incrementi maggiori si sono verificati nelle Ats Brianza (+8,38€), Ats Milano (+7,81€) e Ats Montagna (+6,36€), mentre quelli con aumenti più contenuti sono nelle Ats Pavia e Ats Brescia

Tabella 13 EVOLUZIONE RETTE MINIME 2015 - 2020

	Retta Minima Giorno 2015	Retta Minima Giorno 2016	Retta Minima Giorno 2017	Retta Minima Giorno 2018	Retta Minima Giorno 2019	Retta Minima Giorno 2020
ATS Bergamo	53,98 €	54,78 €	56,35 €	57,11 €	59,60 €	58,71 €
ATS Brescia	49,83 €	50,47 €	51,89 €	52,66 €	53,76 €	54,42 €
ATS Brianza	63,70 €	64,66 €	67,22 €	67,97 €	70,83 €	72,08 €
ATS Insubria	64,19 €	65,38 €	65,63 €	66,89 €	68,94 €	69,51 €
ATS Milano	68,55 €	68,72 €	72,27 €	73,69 €	75,50 €	76,36 €
ATS Montagna	44,34 €	45,35 €	51,76 €	53,58 €	51,22 €	50,70 €
ATS Pavia	54,01 €	54,48 €	55,02 €	56,24 €	57,22 €	58,60 €
ATS Valpadana	52,03 €	52,91 €	53,21 €	54,56 €	56,86 €	57,73 €
Media Lombardia	56,33 €	57,09 €	59,17 €	60,34 €	61,74 €	62,26 €



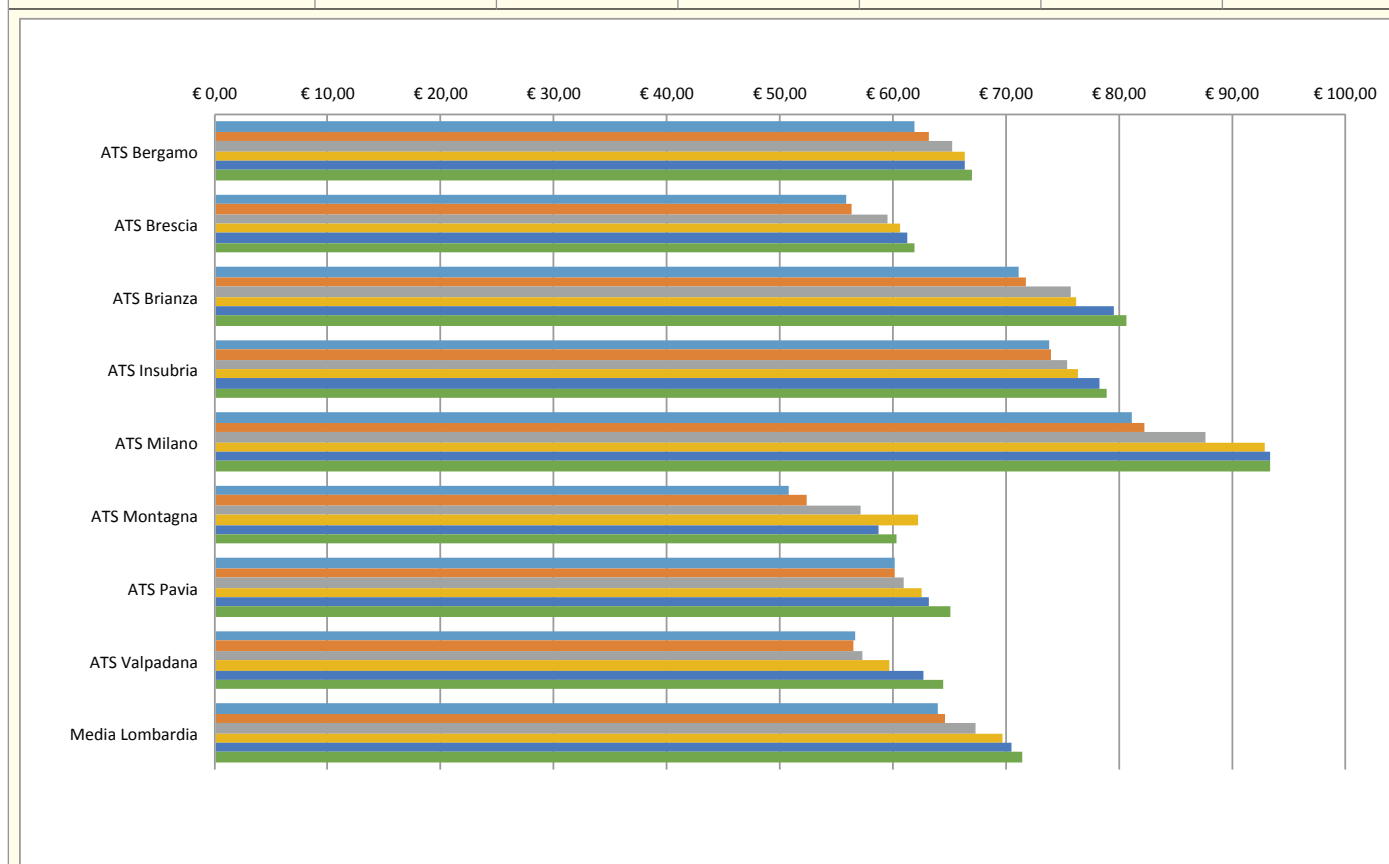
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Anche per le rette massime dal 2015 al 2019 registriamo un aumento medio regionale di 6,45€ giornalieri, ma con forti differenziazioni territoriali e con cifre nettamente superiori nelle strutture dell'Ats Milano (+12,27€), Ats Brianza (+8,35€)

e Ats Montagna (+8,01€). Mentre per quanto riguarda il confronto del 2020 sul 2019 l'aumento medio è contenuto in 1,05€ al giorno, ma in alcuni casi anche di pochi centesimi: ad esempio in Ats Milano si registra un -0,11€ medi giornalieri.

Tab. 14 EVOLUZIONE RETTE MASSIME 2015 - 2020

	Retta Massima Giorno 2015	Retta Massima Giorno 2016	Retta Massima Giorno 2017	Retta Massima Giorno 2018	Retta Massima Giorno 2019	Retta Massima Giorno 2020
ATS Bergamo	€ 61,95	€ 63,15	65,20 €	66,37 €	66,27 €	66,98 €
ATS Brescia	€ 55,93	€ 56,27	59,57 €	60,60 €	61,22 €	61,92 €
ATS Brianza	€ 71,17	€ 71,70	75,73 €	76,26 €	79,52 €	80,70 €
ATS Insubria	€ 73,87	€ 73,94	75,33 €	76,38 €	78,25 €	78,96 €
ATS Milano	€ 81,13	€ 82,29	87,68 €	92,85 €	93,40 €	93,29 €
ATS Montagna	€ 50,76	€ 52,38	57,14 €	62,23 €	58,77 €	60,28 €
ATS Pavia	€ 60,22	€ 60,19	60,97 €	62,48 €	63,10 €	65,03 €
ATS Valpadana	€ 56,61	€ 56,51	57,25 €	59,64 €	62,71 €	64,45 €
Media Lombardia	€63,96	€64,55	€67,36	69,60 €	70,41 €	71,45 €



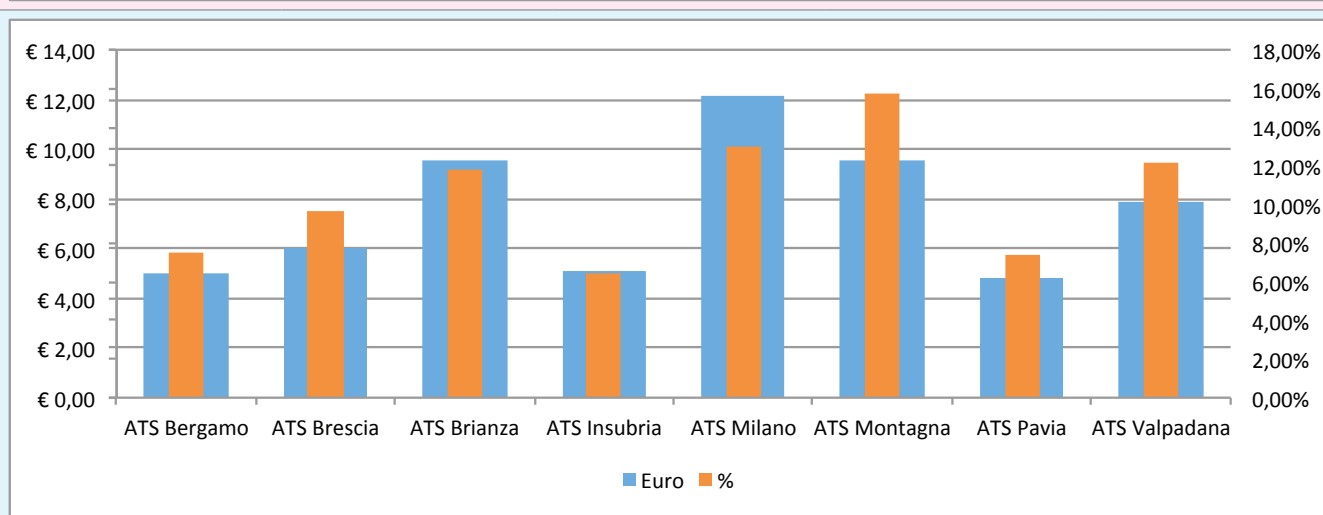
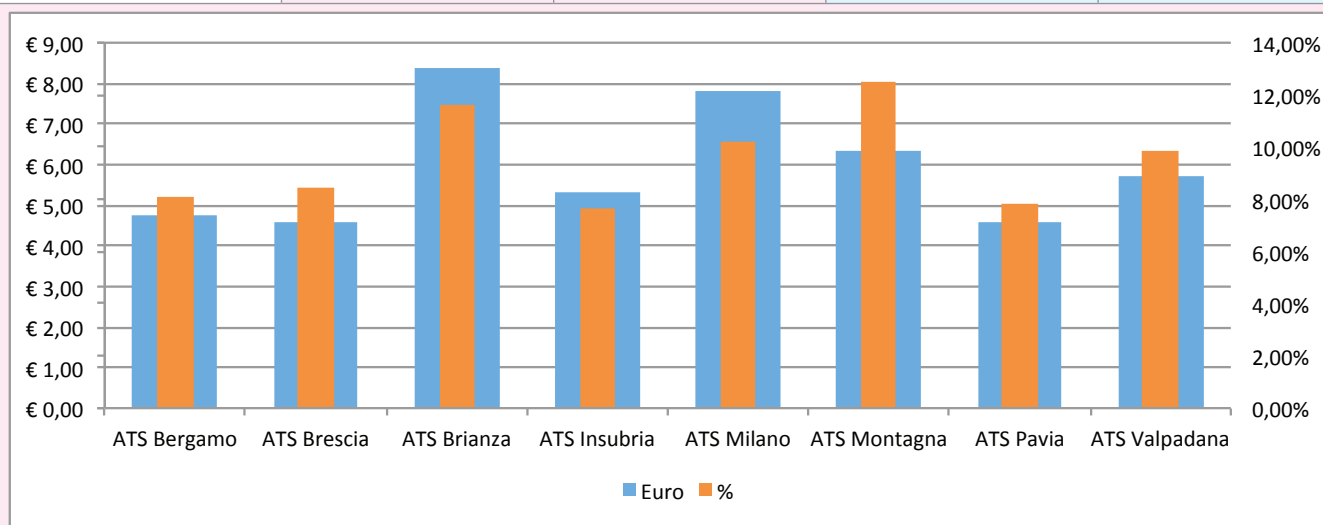
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Per quanto riguarda le rette medie minime, le Ats che presentano una percentuale maggiore di incremento dal 2015 al 2020 sono l'Ats Montagna (+ 12,54%), l'Ats Brianza e l'Ats Milano (rispettivamente + 11,63% e + 10,23%). Anche

per le rette medie massime le Ats con il maggiore aumento sono Montagna (+ 15,79%), Milano (+ 13,03%), Valpadana (+12,06%) e Brianza (+11,81%).

Tab 15/16 VARIAZIONE 2015 - 2020

	RETTE MINIME		RETTE MASSIME	
	Euro	%	Euro	%
ATS Bergamo	€ 4,73	8,06%	€ 5,03	7,51%
ATS Brescia	€ 4,59	8,43%	€ 5,99	9,67%
ATS Brianza	€ 8,38	11,63%	€ 9,53	11,81%
ATS Insubria	€ 5,32	7,64%	€ 5,09	6,38%
ATS Milano	€ 7,81	10,23%	€ 12,16	13,03%
ATS Montagna	€ 6,36	12,54%	€ 9,52	15,79%
ATS Pavia	€ 4,59	7,83%	€ 4,81	7,40%
ATS Valpadana	€ 5,70	9,87%	€ 7,84	12,16%
Media Lombardia	€5,93	9,53%	€7,49	10,48%



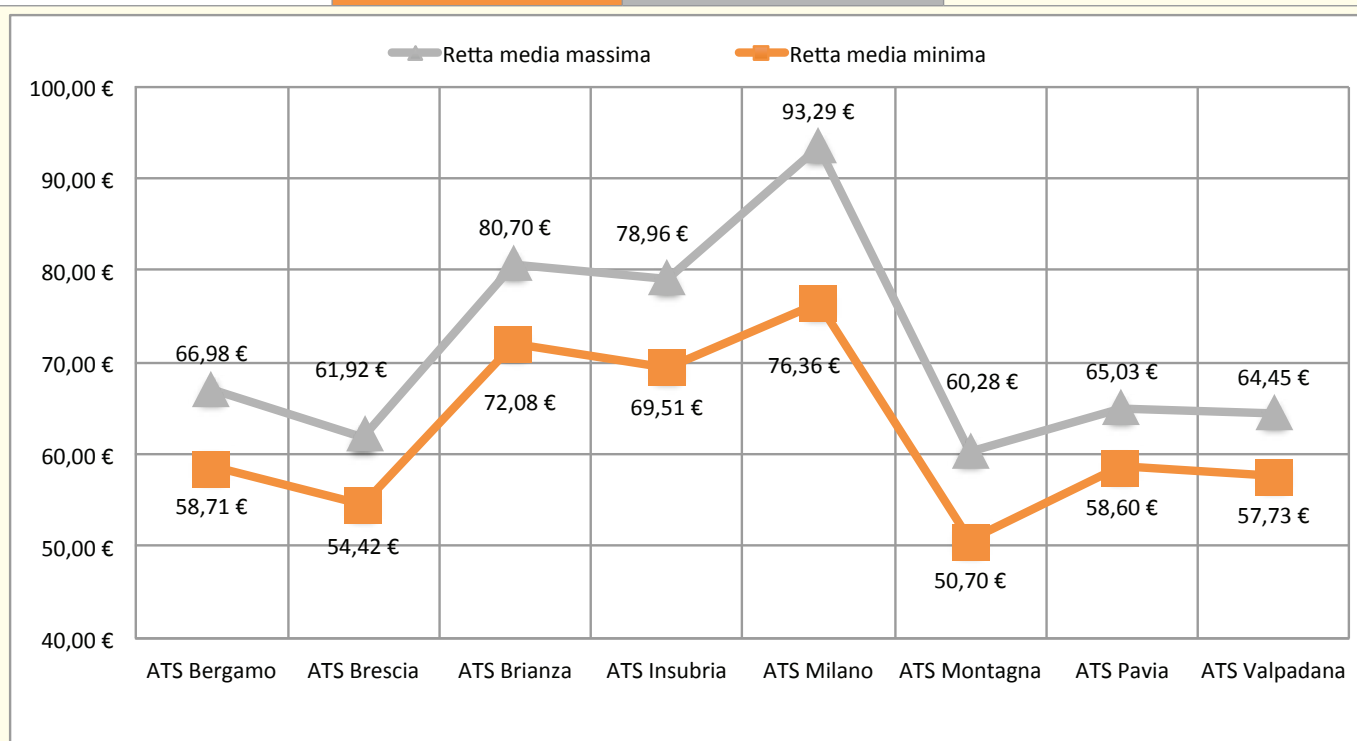
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Analizzando i dati della tabella 17, relativi al 2020, possiamo notare che la differenza tra la retta media minima e la retta media massima regionale è pari a 8,67€; identica dunque al 2019. Permangono comunque molto evidenti le disparità territoriali. L'Ats Milano Città Metropolitana

con 16,93€ si dimostra la più alta, con una differenza giornaliera di 10,50€ rispetto all'Ats Pavia (6,43€) e di 10,21€ all'Ats Valpadana (6,72€), che sono le due Ats con la differenza minore tra le rette medie minime e medie massime.

Tab. 17 CONFRONTO RETTE MINIME E RETTE MASSIME 2020

	Retta media minima	Retta media massima	Differenza tra massima e minima
ATS Bergamo	58,71 €	66,98 €	8,27 €
ATS Brescia	54,42 €	61,92 €	7,50 €
ATS Brianza	72,08 €	80,70 €	8,62 €
ATS Insubria	69,51 €	78,96 €	9,45 €
ATS Milano	76,36 €	93,29 €	16,93 €
ATS Montagna	50,70 €	60,28 €	9,58 €
ATS Pavia	58,60 €	65,03 €	6,43 €
ATS Valpadana	57,73 €	64,45 €	6,72 €
Media Lombardia	62,26 €	71,45 €	8,67 €



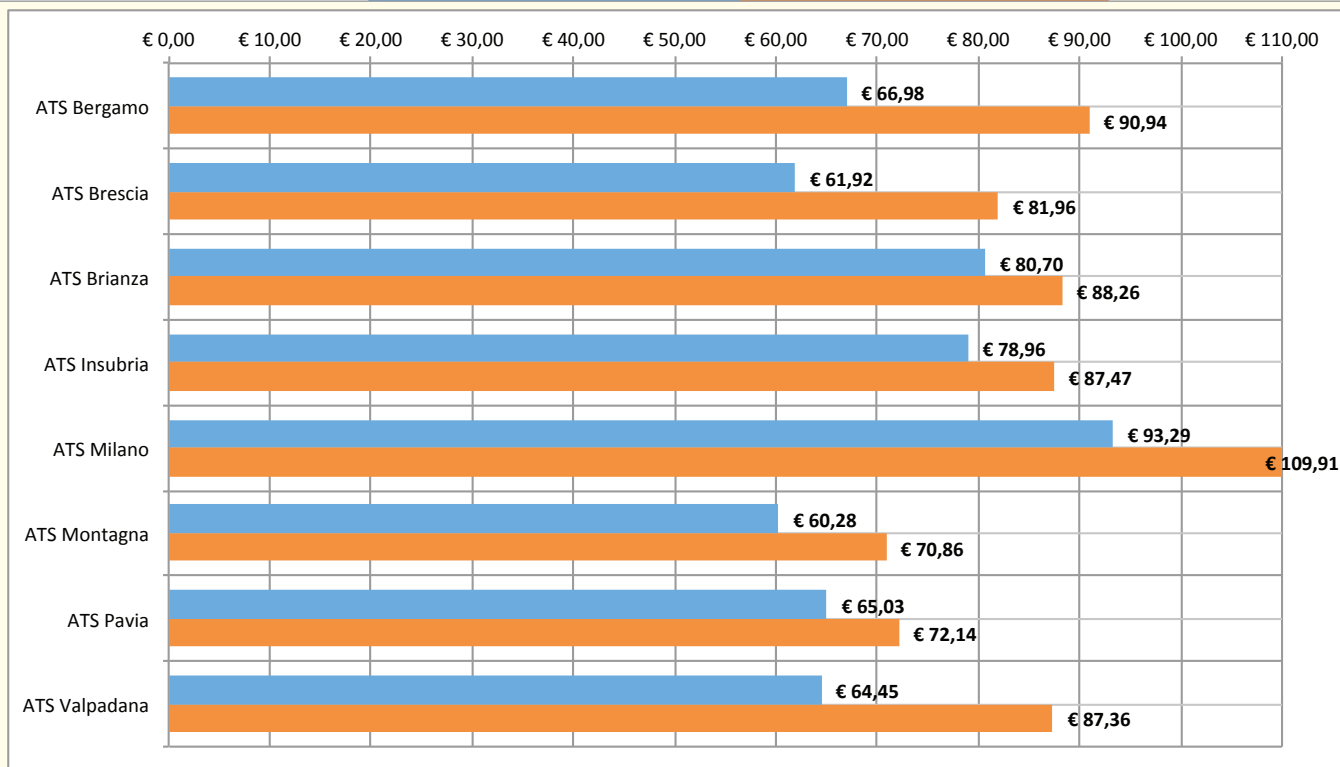
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Ormai prassi quasi generalizzata degli enti gestori che hanno posti letto sollievo e solventi abilitati disponibili, decidere in piena autonomia le rette solventi superiori a quelle massime applicate omnicomprensive di costi alberghieri e sanitari, generalmente giustificate con alcune migliorie sui servizi alla persona ospite, soprattutto nella componente alberghiera.

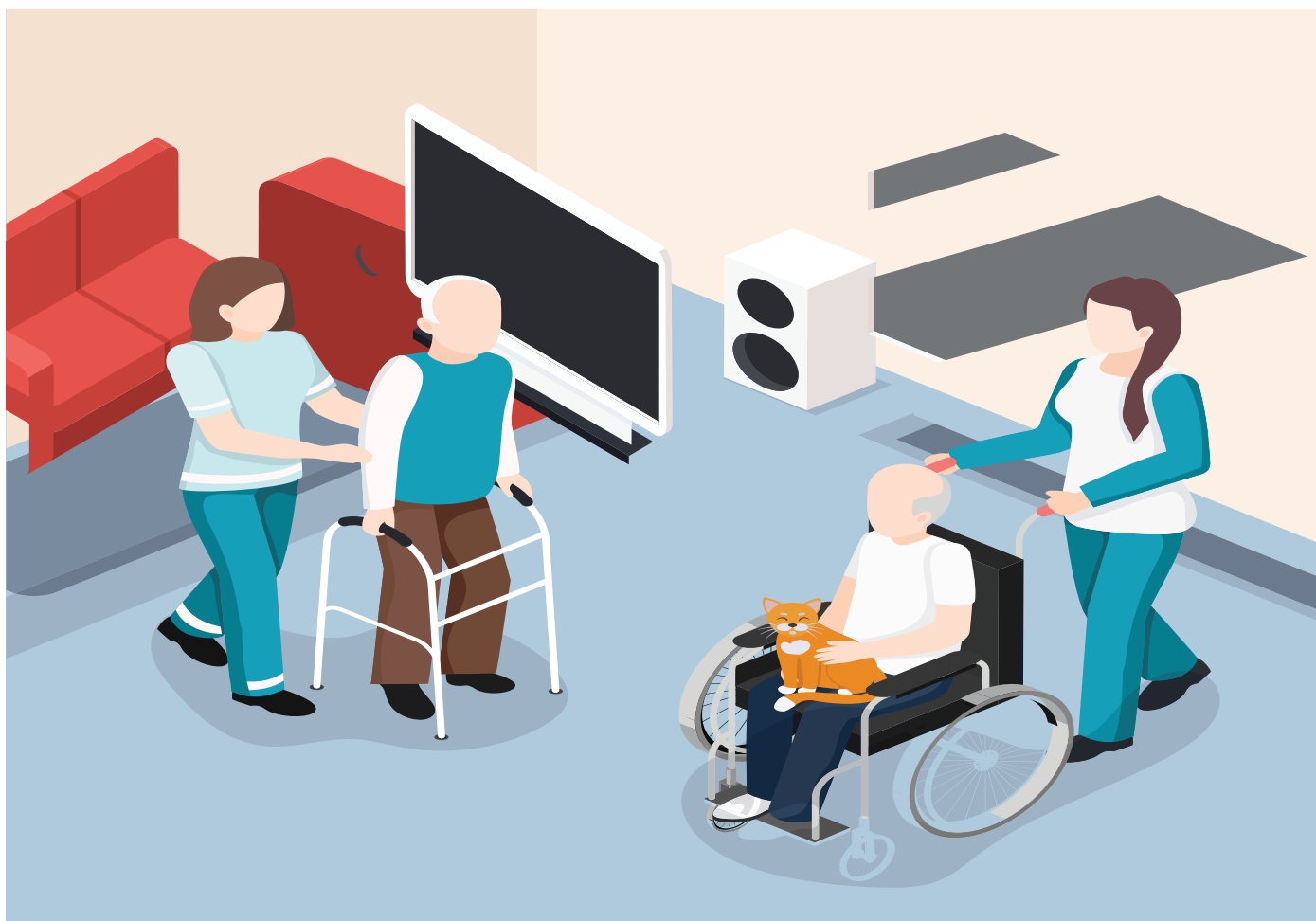
La tabella 18 evidenzia le differenze tra le rette medie solventi e le rette medie massime applicate dalle Rsa in Lombardia nel 2020: registriamo un aumento di +14,66€ per le medie giornaliere in Lombardia, mentre le Ats Bergamo (+23,96€), Ats Valpadana (+22,91€), Ats Brescia (+20,04€) e Ats Milano (+16,62€) hanno le differenze medie giornaliere più alte.

Tabella 18 CONFRONTO RETTE MEDIE MASSIME E RETTE MEDIE SOLVENTI 2020

	Retta Media Massima 2020	Retta Media Solventi 2020	DIFFERENZA
ATS Bergamo	€ 66,98	€ 90,94	€23,96
ATS Brescia	€ 61,92	€ 81,96	€20,04
ATS Brianza	€ 80,70	€ 88,26	€7,56
ATS Insubria	€ 78,96	€ 87,47	€8,51
ATS Milano	€ 93,29	€ 109,91	€16,62
ATS Montagna	€ 60,28	€ 70,86	€10,58
ATS Pavia	€ 65,03	€ 72,14	€7,11
ATS Valpadana	€ 64,45	€ 87,36	€22,91
MEDIA Lombardia	€71,45	€86,11	€14,66



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)



I SERVIZI AGGIUNTIVI

Per una valutazione dei costi standard e dell'efficienza gestionale, Regione Lombardia fornisce specifiche norme circa la composizione dei costi a rilevanza sociale e socio-sanitaria nelle Rsa, rendendoli in gran parte obbligatori ai fini dell'accreditamento. In particolare trattasi di dotazioni infrastrutturali (caratteristiche dell'immobile, funzionamento di servizi generali ed amministrativi, ecc.) e standard gestionali, come il minutaggio minimo di assistenza settimanale per ciascun paziente, oggi stabilito in 901 minuti ma ampiamente insufficiente ad assicurare cure adeguate alla complessità dei bisogni degli utenti.

Dai dati nel nostro Osservatorio notiamo inoltre un'ulteriore eterogeneità tra le Rsa in Lombardia circa i costi aggiuntivi a carico degli ospiti o eventualmente inclusi nella retta alberghiera, in particolare riguardo ai servizi di:

- lavanderia e stireria degli indumenti;
- podologia;
- barbiere e parrucchiere;
- trasporti sanitari (visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri).

Nella pubblicazione di quest'anno abbiamo deciso di inserire anche questa sezione, in modo da poter fare una comparazione sui quattro servizi aggiuntivi.

Anche questo lavoro è stato fatto analizzando le carte di servizio di tutte le Rsa considerando tre variabili:

- a prestazione: ovvero a pagamento in aggiunta al costo della retta giornaliera;
- compreso: nella retta giornaliera;
- non dichiarato: la prestazione non figura nelle carte dei servizi delle Rsa (sono comunque una minoranza).

Nella tabella 19 abbiamo suddiviso questi servizi aggiuntivi per Ats ed emerge la seguente situazione:

- il costo del **servizio di lavanderia e stireria** per 635 Rsa (pari al 89,56% del totale) è compreso nella retta giornaliera, mentre per 70 Rsa (9,87%) è stabilito dalla singola Rsa ed è aggiuntivo alla retta giornaliera;
- il costo del **servizio del podologo** per 395 Rsa (55,71%) è compreso nella retta, mentre per 310 Rsa (43,72%) è stabilito dalla struttura ed è aggiuntivo alla retta giornaliera.

- ra;
- il costo del **servizio di barbiere o parrucchiere** per 386 Rsa (54,44%) è compreso nella retta, mentre per 319 Rsa (44,99%) è stabilito dalla struttura ed è aggiuntivo alla retta giornaliera;
- il costo del **servizio trasporto** nella minoranza delle Rsa (233 pari al 32,86%) è compreso nella retta, mentre per 471 Rsa (66,43%) è stabilito dalla struttura ed aggiuntivo alla retta giornaliera.

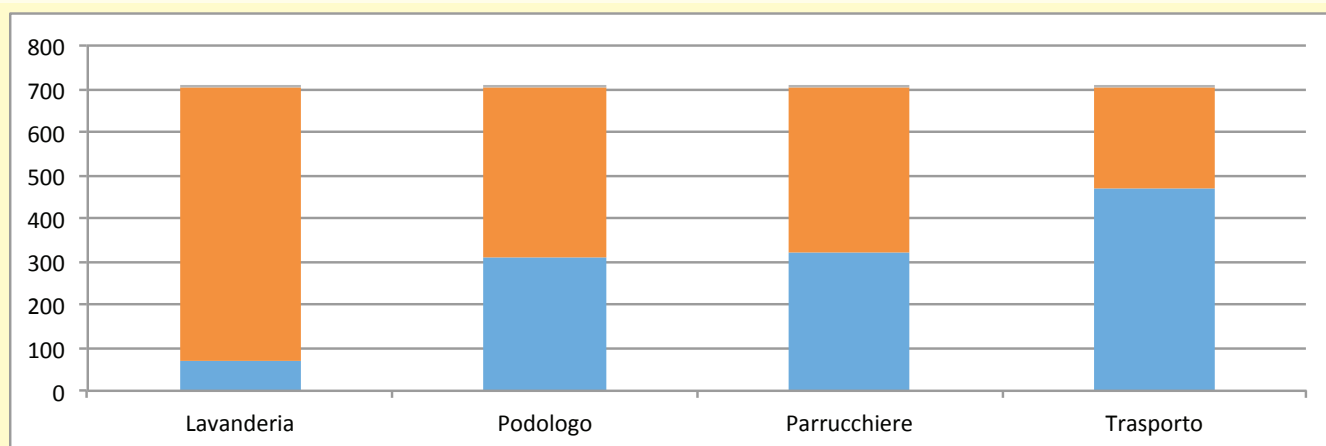
Si evince che i servizi più diffusi a pagamento

sono quelli legati al trasporto; mentre quelli di lavanderia e stireria sono in quasi tutte le strutture compresi nelle rette pagate dagli utenti. La metà circa delle Rsa ha deciso di erogare i servizi di podologia, barbiere e parrucchiere a pagamento, mentre in due terzi di esse sono a pagamento i servizi di trasporto di prassi sanitario.

Anche su questi aspetti sarebbe necessario da parte delle Ats arrivare ad indirizzi comuni per rendere maggiormente chiaro agli utenti quale sia la tariffa complessiva applicata

Tabella 19 servizi compresi o a prestazione nelle Rsa 2020

Tipo di servizio	Bergamo	Brescia	Brianza	Insubria	Milano	Montagna	Pavia	Valpadana	Totale
Servizio lavanderia									
a prestazione	11	0	12	13	19	2	6	7	70
compreso	54	86	55	101	143	36	79	81	635
non dichiarato	0	0	1	2	0	1	0	0	4
Servizio podologo									
a prestazione	33	21	35	71	85	12	37	16	310
compreso	32	65	32	43	77	26	48	72	395
non dichiarato	0	0	1	2	0	1	0	0	4
Servizio parrucchiere									
a prestazione	33	20	33	71	97	11	34	20	319
compreso	32	66	34	43	65	27	51	68	386
non dichiarato	0	0	1	2	0	1	0	0	4
Servizio trasporto									
a prestazione	47	50	45	97	112	22	58	40	471
compreso	18	36	22	17	50	16	27	47	233
non dichiarato	0	0	1	2	0	1	0	1	5



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

LE LISTE D'ATTESA

Le liste di attesa sono un altro ambito particolarmente critico per chiunque debba affrontare il ricovero di un familiare. Fino a dicembre 2019 gran parte delle Rsa lombarde pubblicava la propria lista di attesa tramite l'Ats di riferimento. Nel 2020 invece abbiamo riscontrato, attraverso verifiche dirette con gli uffici delle Ats, che non tutte le strutture hanno provveduto ad aggiornare gli elenchi. Anche questo presumiamo sia causato dalla situazione creata dalla pandemia.

Dai dati del nostro Osservatorio rileviamo che le liste di attesa sono molto diversificate a seconda delle Ats, poiché su di esse influiscono diversi fattori:

- la differenza territoriale,
- il genere,
- il costo delle rette,
- il numero di posti letto in solvenza.

A seguito del malfunzionamento del sito web, abbiamo intrapreso un'interlocuzione diretta con il direttore sociosanitario dell'Ats Bergamo, il quale ci ha comunicato che le Rsa non hanno provveduto all'aggiornamento delle liste di at-

sa poiché è in corso di allestimento il nuovo portale istituzionale, comprensivo delle liste d'attesa e delle rette di tutte le strutture provinciali.

Per quanto riguarda le altre Ats, rileviamo che in quattro la media è inferiore alle 80 persone in attesa (Pavia 78, Insubria 69, Brianza 65, Valpadana 42), nelle restanti tre il numero si attesta tra le 120 e 180 persone (Milano 120, Montagna 148, Brescia 180).

In tutte le Ats gli uomini hanno un'attesa inferiore rispetto alle donne.

Dall'analisi dei dati che abbiamo elaborato possiamo affermare che uno dei fattori che determinano le liste di attesa nelle Rsa in Lombardia è il costo della retta, anche se non si possono trascurare altre componenti di difficile rilevamento. Tra queste vi è senza dubbio la quantità di posti letto solvibili, infatti notiamo che nelle Rsa con un numero significativo di posti letto in solvenza la lista di attesa è molto limitata (in alcune Rsa è addirittura assente).

Nel 2020 abbiamo rilevato che il numero delle persone in lista d'attesa per l'ingresso nelle Rsa è sensibilmente diminuito: questo a causa dell'elevato numero di decessi e del blocco dei ricoveri durato per diversi mesi.



CAP. 4

LE ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI IN LOMBARDIA

INTRODUZIONE

Come descritto nel capitolo 2, in Lombardia sono stati attivati negli anni diverse tipologie di interventi, prevalentemente rivolti ad anziani o a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza specifica per la particolarità delle patologie e complessità delle cure. Si tratta di prestazioni che rispondono a bisogni specifici dell'utente (forme di demenza o di diversa complessità, ecc...), mirate a contrastare il progressivo decadimento della persona e assicurare il più possibile condizioni di vita adeguate fino al compimento definitivo dell'esistenza terrena, garantendo contemporaneamente il sostegno necessario alle famiglie.

Le strutture più importanti che abbiamo deciso di monitorare nell'Osservatorio sull'assistenza sociosanitaria residenziale della Fnp Cisl Lombardia sono i nuclei Alzheimer, gli Hospice e i Centri diurni integrati.

I NUCLEI ALZHEIMER

I nuclei Alzheimer sono servizi residenziali o semiresidenziali istituiti in Lombardia principalmente presso le Rsa, gli Istituti della Riabilitazione (Idr) e i Cdi. Hanno l'obiettivo di garantire le necessarie condizioni di cura, protezione e sicurezza, e allo stesso tempo ritmi di vita e stimoli riabilitativi adeguati alle ridotte capacità cognitive e funzionali degli ospiti fino alla fase terminale della vita.

I nuclei Alzheimer presso le Rsa assistono persone con demenza conclamata i cui disturbi psico-comportamentali non sono gestibili a domicilio. La retta della degenza (temporanea oppure permanente) è a carico del Ssr per la quota sanitaria, mentre la parte socio-alberghiera è a carico dell'utente o del Comune di residenza qualora sussistano particolari condizioni e requisiti (per esempio reddito insufficiente).

In queste unità di degenza viene costantemente monitorato lo stato cognitivo, comportamentale e funzionale dell'utente, il suo livello di auto-

ma, la capacità di interazione con l'ambiente e di collaborazione con il personale di assistenza. La struttura è dotata di un organico autonomo di personale per le condizioni di co-morbilità. In tali strutture, di norma, non vengono assistiti pazienti psichiatrici.

L'impegno di Regione Lombardia nel settore dell'assistenza ai malati di Alzheimer in termini di posti letto accreditati e contrattualizzati presso le Rsa si potrebbe definire incerto. I dati dal 2015 al 2018 mostrano un aumento dei posti letto accreditati e a contratto di sole 151 unità (dai 2.946 nel 2015 ai 3.097 nel 2018).

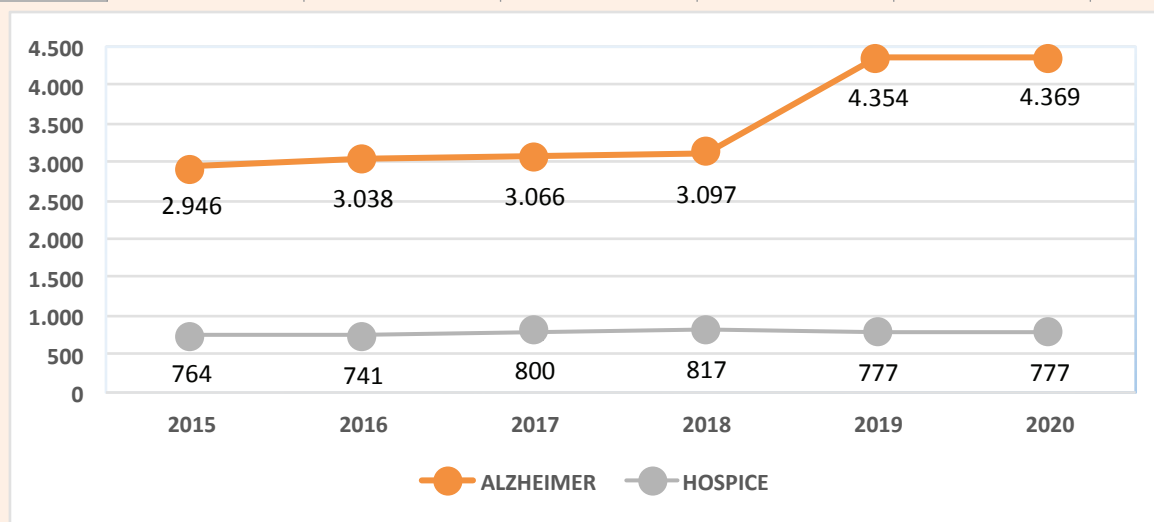
Nel 2019, a seguito di impegni assunti con le Organizzazioni sindacali unitarie confederali e dei pensionati, Regione Lombardia¹⁴, dichiara di aver convertito posti letto ordinari in nuclei Al-

zheimer, portando la dotazione complessiva a 4.354 posti letto. Vogliamo ricordare altresì che, secondo quanto deciso nei diversi atti deliberati da Regione Lombardia, la dotazione complessiva doveva raggiungere i 4.596 posti letto entro il 30 aprile 2020, arrivando all'indice di dotazione di almeno 2 posti letto contrattualizzati ogni 1.000 anziani over 65 in ogni Ats. Purtroppo dalla nostra rilevazione dobbiamo constatare che i posti letto Alzheimer accreditati e contrattualizzati al 31 dicembre 2020 risultano essere 4.369, con un aumento di 15 posti rispetto al 2019, anziché di 227 come previsto dalla delibera di Giunta n° 1046 del 17 dicembre 2018.

¹⁴ Delibera di Giunta regionale n° XI/1046 del 17 dicembre 2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", le cd. Regole di sistema e successivi atti.

Tabella 20 Andamento Posti letto Alzheimer e Hospice 2015-2020

ANNI	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ALZHEIMER	2.946	3.038	3.066	3.097	4.354	4.369
HOSPICE	764	741	800	817	777	777



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

Nella tabella 21 riportiamo la suddivisione dei nuclei Alzheimer e dei posti letto totali per ogni Ats.

Viste le sentenze di alcuni tribunali italiani¹⁵ e

la posizione della Fnp Cisl Nazionale, condividiamo l'idea che si debba progressivamente riconoscere il livello di sanitarizzazione di questa ed altre patologie, fino alla loro totale presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁵ Sentenze dei Tribunali di Roma (2016), Verona (2016) e Monza (2017).

Tabella 21 Nuclei Alzheimer e Posti letto 2020

ATS	Nuclei Alzheimer per ATS	Posti letto Alzheimer per ATS
ATS Bergamo	17	459
ATS Brescia	17	386
ATS Brianza	17	428
ATS Insubria	28	675
ATS Milano	54	1.539
ATS Montagna	7	136
ATS Pavia	14	365
ATS Valpadana	16	381
Totale Lombardia	170	4.369

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

GLI HOSPICE

Gli hospice sono strutture sanitarie residenziali che accolgono, di norma, persone che non possono essere assistite a domicilio in fase avanzata e/o terminale di una malattia ad andamento irreversibile e che non prevede trattamenti specifici per la guarigione o per il contrasto della sua progressione. L'obiettivo principale è accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita, nel pieno rispetto della sua dignità, mediante il controllo del dolore e del disagio fisico e psichico¹⁶.

A seguito dell'intesa Stato-Regioni del luglio

2012, Regione Lombardia ha assunto vari provvedimenti collocando gli hospice nella rete per le cure palliative con strutture sanitarie e socio-sanitarie, interventi domiciliari specialistici di cure palliative e l'Adi, con attività di *day hospital* e gli ambulatori specialistici.

Nel 2020 le strutture hospice accreditate (esclusi gli accreditati per gli stati vegetativi) presenti in Rsa sono 28, mentre gli hospice extra Rsa sono 39. Il dato complessivo delle strutture è quindi di 67, con 777 posti letto complessivi. Come si può notare dalla tabella 22 i numeri del 2020 sono rimasti invariati rispetto al 2019.

¹⁶ Enunciazione da parte della Direzione Generale al Welfare di Regione Lombardia.

Tabella 22 Confronto Hospice in RSA e fuori RSA 2019-2020

Territori ATS	Hospice in RSA 2019	Hospice fuori RSA 2019	Totale Hospice 2019	Totale Posti Hospice 2019	Hospice in RSA 2020	Hospice fuori RSA 2020	Totale Hospice 2020	Totale Posti Hospice 2020
ATS Bergamo	5	2	7	74	5	2	7	74
ATS Brescia	4	3	7	95	4	3	7	95
ATS Brianza	1	4	5	65	1	4	5	65
ATS Insubria	5	3	8	83	5	3	8	83
ATS Milano	8	14	22	254	8	14	22	254
ATS Montagna	0	4	4	36	0	4	4	36
ATS Pavia	2	5	7	89	2	5	7	89
ATS Valpadana	3	4	7	81	3	4	7	81
TOTALE Lombardia	28	39	67	777	28	39	67	777

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

I CENTRI DIURNI INTEGRATI

I Centri Diurni Integrati sono un servizio semiresidenziale rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno.

Per il terzo anno abbiamo monitorato anche queste strutture presenti in Lombardia e nella tabella 23 ne abbiamo riportato il numero e i posti accreditati, con un confronto rispetto all'anno precedente.

Nel 2020 i Cdi nella nostra regione sono 323 (uno in meno del 2019) e i posti accreditati 7.823, anch'essi in diminuzione di 73 pl rispetto all'anno precedente. Questi dati segnano una discontinuità rispetto al trend in crescita che si è verificato fino al 2019.

Purtroppo confermiamo che anche nel 2020 non siamo in grado di dare un quadro completo delle rette applicate nei Cdi, perché solo alcune strutture le pubblicano. A livello tendenziale comunque possiamo stimare che esse vadano da un minimo di 15€ giornaliera per una presenza parziale a 30€ per una presenza dell'intera giornata, compresa la consumazione del pranzo.

Tabella 23 DIFFERENZA CDI E POSTI IN LOMBARDIA ANNO 2019/2020

Territori ATS	Totale CDI in Lombardia 2019	Totale CDI in Lombardia 2020	Differenza CDI 2019/2020	Totale Posti CDI in Lombardia 2019	Totale Posti CDI in Lombardia 2020	Differenza Posti in CDI 2019/2020
ATS Bergamo	32	32	0	872	867	-5
ATS Brescia	57	56	-1	1.158	1.118	-40
ATS Brianza	35	35	0	993	953	-40
ATS Insubria	36	35	-1	857	857	0
ATS Milano	73	74	1	2.060	2.042	-18
ATS Montagna	15	14	-1	236	251	15
ATS Pavia	28	28	0	715	695	-20
ATS Valpadana	48	49	1	1.005	1.040	35
TOTALE Lombardia	324	323	-1	7.896	7.823	-73

Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)



LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA

L'ITALIA E LA LOMBARDIA

Quando una famiglia deve districarsi nel complicato sistema di welfare italiano ed effettuare la scelta più appropriata per assistere un anziano non autosufficiente, può trovare un aiuto attraverso il lavoro di accoglienza, informazione e accompagnamento da parte degli attivisti e delegati nelle sedi, nei recapiti e negli Sportelli Sociali Fnp Cisl.

Una volta comprese quali sono le possibili iniziative da intraprendere (servizi domiciliari, presso strutture, ecc...), occorre quantificare anche lo sforzo economico da affrontare. In questo capitolo riportiamo delle stime che abbiamo calcolato come Dipartimento Welfare della Fnp Cisl Lombardia sulla base di cifre economiche reali, proponendo anche un inquadramento dell'Italia nel contesto mondiale e un confronto tra le strutture lombarde e quelle di alcune regioni dell'Italia centro-settentrionale.

Analizzando i dati complessivi italiani riferiti ai posti letto nelle Rsa sul numero di abitanti, notiamo che sono decisamente inferiori a quelli degli altri Paesi Ocse¹⁷. In Italia sono presenti 18,6 posti letto ogni 1.000 abitanti anziani, contro la media dell'Unione Europea di 43,8. Praticamente quasi tutti gli altri Stati con una popolazione simile alla nostra, presentano valori superiori a quelli italiani: Spagna 44,1, Gran Bretagna 45,6, Francia 51.

Sapere quante sono le persone non autosufficienti in Italia non è una cosa semplice: le stime più recenti dell'Istat indicano in poco meno di 3 milioni i non autosufficienti anziani (2.909.090 per la precisione), che rappresentano il 4,71% dell'intera popolazione italiana. Questo numero segna una crescita media di oltre 60.000 individui l'anno.

Nella nostra regione i dati non sono stati aggiornati lo scorso anno, ma si stima in circa 367.000 il numero di persone over 65 anni con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza,

¹⁷ Dati Eurostat.

pari al 3,66% della popolazione totale.

Anche la comparazione tra le regioni sconta un difficile punto di partenza: a livello nazionale non esiste infatti un vero censimento su quante Rsa sono attive nelle regioni e province autonome, quanti posti letto hanno, a quanto ammontano le rette.

Dal nostro monitoraggio, che si basa sui dati Istat, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Italia Longeva, e delle singole regioni, risulta che in Italia nel 2020 erano attive 3.417 Rsa per un totale di circa 200.000 posti letto accreditati¹⁸. Da questo conteggio sono escluse tutte le strutture residenziali (case albergo,

ecc..) che non sono Rsa.

Il maggior numero di Rsa si trova in Lombardia (709) e Piemonte (602); le altre tre regioni analizzate presentano valori assoluti equiparabili: Emilia-Romagna (348), Veneto (334), Toscana (324)¹⁹.

I posti letto accreditati non seguono l'andamento delle strutture, infatti dopo la Lombardia (62.270), la regione con la maggior dotazione di posti è il Veneto (32.548), seguito dal Piemonte (29.774). Meno posti letto sono invece nelle due regioni del Centro-Nord Emilia-Romagna (16.294) e Toscana (14.707).

¹⁸ Il numero di posti letto accreditati totali in Italia è una stima.

¹⁹ I numeri delle Rsa in Veneto ed Emilia-Romagna e il numero dei posti letto in Emilia-Romagna potrebbero non essere reali, in quanto le fonti dalle quali abbiamo reperito i dati erano discordanti.

TABELLA 24 CONFRONTO TRA LE 5 REGIONI (2021)

REGIONE	ABITANTI	COMUNI	RSA	POSTI LETTO ACCREDITATI
PIEMONTE	4.356.406	1.181	602	29.774
LOMBARDIA	10.060.574	1.506	709	62.270
VENETO	4.905.854	563	334*	32.548
EMILIA ROMAGNA	4.459.477	328	348*	16.294*
TOSCANA	3.729.641	273	324	14.707
ITALIA	60.359.546	7.903	3.417	200.000*

Fonte: Elaborazione Fnp Cisl Lombardia su dati Istat, Ministero della Salute, Italia Longeva, Istituto Superiore di Sanità, Regione Toscana

*dati stimati, non confermabili in quanto discordanti tra le diverse fonti



PIEMONTE

In Piemonte se si sommano alle 602 Rsa le altre 184 strutture per anziani, si arriva ad un totale di 786 con 45.549 posti letto.

Riguardo alla natura giuridica, le società private sono titolari di 212 strutture, a cui si sommano 33 ex-Ipab ora privatizzate. Rimanendo nel settore privato, sono censite: 14 strutture gestite da associazioni, 47 da fondazioni, 93 da enti religiosi e ben 168 da cooperative sociali. Il settore pubblico è meno rappresentato: da 118 Ipab, 19 strutture gestite da un ente gestore dei servizi socioassistenziali, 45 gestite direttamente dai Comuni e 19 dalle Asl.

Focalizzando l'attenzione sulla dimensione delle strutture, In Piemonte ci sono:

- 41 strutture con meno di 10 posti letto,
- 170 strutture con posti letto tra 10 e 30,
- 309 strutture con posti letto tra 30 e i 60 (le più numerose),
- 170 strutture con posti letto compresi tra 60 e 100,
- quasi 100 strutture con più di 100 posti letto.

Gli utenti nelle Rsa sono classificati secondo 7 fasce di bisogno sanitario: 6 gradi di intensità delle cure e una categoria apposita per il morbo di Alzheimer. Tale sistema di classificazione risulta però poco pratico e c'è una proposta di ridurre le fasce da 7 a 3.

VENETO

In Veneto sono presenti 334 Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti, di cui 146 pubblici e 188 privati. Tali Centri di Servizi ricomprendono anche più unità di offerta per un totale di 32.548 posti letto accreditati, ripartiti in:

- 26.012 posti letto accreditati di primo livello assistenziale (12.587 pubblici e 13.425 privati);
- 6.202 posti letto accreditati di secondo livello assistenziale (3.551 pubblici e 2.651 privati);
- 189 posti letto accreditati per Stati Vegetativi Permanenti, finalizzati ad accogliere pazienti in stato vegetativo permanente (post traumatico e post anossico) o a minima responsabilità, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze (135 pubblici e 54 privati);
- 145 posti letto accreditati per Alta Protezione Alzheimer, finalizzati ad accogliere persone ad elevato livello di assistenza sanitaria e

infermieristica per trattamenti specifici e limitati nel tempo di pazienti affetti da demenze degenerative (50 pubblici e 95 privati).

TOSCANA

In Toscana sono presenti 443 strutture per anziani, di cui 324 sono Rsa. Il numero di posti letto nelle Rsa è di 14.707.

Relativamente alla natura giuridica delle Rsa: il 68% (219) è di natura privata, mentre il restante 32% (105) è di natura pubblica.

IL RAPPORTO TRA LE RETTE

Come abbiamo avuto modo di dire più volte in precedenza, l'assistenza per la *long term care* non è uniforme su tutto il territorio nazionale, ma presenta differenze tra le 20 regioni (21 se contiamo distintamente le province autonome di Trento e di Bolzano).

Di conseguenza non esiste un sistema univoco ed unitario per determinare la retta mensile per l'assistenza residenziale rivolta agli anziani, poiché ogni regione si è organizzata adottando modalità proprie.

Il finanziamento pubblico copre di norma la metà del costo giornaliero, mentre l'altra metà è a carico dell'ospite/famiglia (oppure dei Comuni nel caso in cui la persona non sia in grado di pagarla). Ma anche in questo caso ogni regione si è organizzata autonomamente: ad esempio nelle Rsa della Lombardia le spese sanitarie (spese farmaceutiche, visite mediche, riabilitazione, ecc...) sono a carico dell'ospite, mentre in Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna tali spese sono a carico del bilancio regionale.

Anche nella scelta della struttura dove essere assistito "regione che vai, modello che trovi": in Lombardia la scelta è libera, in Veneto deve essere l'Asl ad autorizzare l'ingresso, in Emilia-Romagna la persona esprime la propria preferenza, ma se non c'è posto deve accontentarsi di un'altra struttura.

Fermo restando che le rette possono variare anche di molto, tra le diverse zone dell'Italia, generalizzando e prendendo a riferimento le rette minime dichiarate, rileviamo che partendo dal Sud, salendo al Nord passando dal Centro, il valore cresce al crescere della latitudine.

I pochi dati che siamo riusciti a reperire sono riferiti all'anno 2018 e mostrano che nel Sud Italia e nelle isole le rette medie mensili si attestano attorno ai 1.224€ (40,24€ al giorno), al Centro sono di 1.395€ (45,86€ al giorno), al Nord-Est sono di 1.604€ (52,73€ al giorno), al Nord-Ovest si attestano attorno ai 1.682€ (55,29€ al giorno).

LA SPESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

SPESA PER RSA

Moltiplicando la retta media giornaliera nella nostra regione²⁰ (66,85€) per 366 giorni, emerge che la spesa sostenuta nell'anno 2020 da una persona ricoverata in una Rsa lombarda e/o dai suoi familiari, è stata di **almeno 24.500€**

Se moltiplichiamo questo importo per il totale dei posti letto abilitati nel 2020 in Lombardia (64.975), la spesa complessiva ammonta a **circa 1,6 miliardi €**. La stima più attendibile sostiene che a questa cifra partecipano anche i Comuni lombardi per un costo compreso tra i 47 e i 53 milioni €²¹. La spesa della famiglia risulta però molto diversificata sia all'interno della stessa Ats, sia tra un'Ats e l'altra.

Le cifre del 2020 non si diversificano di molto rispetto all'anno precedente, si verifica però un leggero incremento determinato dall'aumento che è avvenuto nel costo pagato dalle famiglie.

SPESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Anche per il 2020 l'analisi può essere estesa, non più solamente per le strutture Rsa, ma alla non autosufficienza nella sua complessità, comparando le nostre elaborazioni con i dati pubblicati dal Cergas Università Bocconi²² e dal Rapporto dell'Osservatorio Domina²³.

Quantificare l'ammontare della spesa pubblica per la *long term care* non risulta di facile defi-

²⁰ La retta media giornaliera regionale è stata determinata dalla media delle rette minime medie (62,26€) e delle rette massime medie (71,44€).

²¹ Dati a cura del prof. Antonio Sebastiano - Osservatorio Settoriale sulle Rsa, Liuc Business School.

²² Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia - 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care.

²³ 2° Rapporto annuale sul lavoro domestico. Analisi, statistiche, trend nazionali e locali, Osservatorio nazionale Domina sul lavoro domestico, Roma, 2020.

nizione; l'ultimo Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato enuncia che è pari all'1,75% del Pil 2019, dove la gran parte è rappresentata dalla componente sanitaria per la Ltc (0,7%) e dall'indennità di accompagnamento (0,79%)²⁴. A livello assoluto gli ultimi dati disponibili sono quelli del 2017 e parlano di 29,5 miliardi di € di spesa pubblica per la Ltc.

Nel 2020 in Lombardia gli assistenti familiari sono **186.034**, di cui 74.413 (circa il 40% del totale) sono regolarmente assunti, mentre gli irregolari si stima siano 111.620; queste cifre fotografano un andamento in lieve ma costante crescita rispetto all'anno precedente. Considerando un costo per le famiglie pari a circa 17.000€ all'anno²⁵, il costo complessivo delle famiglie per tale comparto sarebbe pari a **circa 3,2 miliardi di €**

In conclusione possiamo quindi stimare che le famiglie in Lombardia spendono complessivamente ogni anno per l'assistenza dei propri familiari a domicilio con assistenti familiari (3,2 mld/€) e ricoverati in Rsa (1,6 mld/€) **circa 4,8 miliardi di €**

Riguardo agli assistenti familiari, sempre l'Osservatorio Domina sostiene che gli stranieri siano ancora in netta maggioranza, anche se stanno crescendo i lavoratori italiani; inoltre la pandemia ha portato ad un aumento di assunzioni di lavoratori domestici per assistiti di tutte le fasce d'età (sia baby-sitter, ma anche assistenti familiari soprattutto a causa della situazione interna delle Rsa).

Nonostante il lavoro in nero rimanga ancora predominante (il 60% irregolare e 40% regolare), nel 2020 il settore ha visto crescere le richieste di regolarizzazione dei contratti.

²⁴ "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto n. 21", Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2020. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Roma, 2020.

²⁵ 2° Rapporto annuale sul lavoro domestico. Analisi, statistiche, trend nazionali e locali, Osservatorio nazionale Domina sul lavoro domestico, Roma, 2020.

LA NON AUTOSUFFICIENZA NEL FUTURO

L'EREDITÀ DELLA PANDEMIA

La tempesta del Covid-19 che si è abbattuta sulle Rsa ha messo in evidenza bisogni e mancanze all'interno delle strutture, sia per gli anziani residenti che per gli operatori che ci lavorano.

È tempo di interrogarsi sul futuro, per riflettere sugli insegnamenti che possiamo trarre dalla tragedia che stiamo attraversando, consapevoli che ci saranno anche altri attori che avvanzeranno proposte politiche ed organizzative.

In questo capitolo conclusivo vorremmo invece, come Fnp Cisl Lombardia, proporre alcune soluzioni, partendo dall'osservazione di ciò che è successo.

Nella primavera 2020, col passare delle settimane il numero di operatori in servizio (considerati quelli malati e quelli in quarantena) si era drasticamente ridotto, i turni diventati più lunghi e ravvicinati, i tempi di riposo pressoché dimezzati. Lo stress psicologico degli operatori era molto aumentato a causa della fatica, dei decessi che in alcune strutture sono diventati quotidiani, della paura di ammalarsi e di portare il contagio a casa.

Tutto ciò ha reso il lavoro pur con l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale maggiormente gravoso, portando diversi operatori ad essere soggetti al fenomeno del *burn out*²⁶.

L'osservazione di quello che è successo nel tempo di sospensione di visite e attività fa pensare all'opportunità di introdurre una nuova prassi assistenziale: un'assistenza più lenta, realizzata secondo i ritmi degli anziani, piuttosto che sulle esigenze organizzative delle strutture.

I familiari degli assistiti, invece, a partire dal momento della proibizione delle visite, si sono resi ancora più conto dell'importanza di esserci, di stare vicino, di partecipare alla vita dei loro congiunti.

Una Rsa chiusa non è pensabile; il collegamento con le famiglie, tra il mondo dentro e il mondo fuori è importante ed è necessario per il benessere sia degli anziani che dei familiari.

In questo tragico momento in molti hanno scoperto che gli anziani fragili non sono solo quelli che vivono nelle Rsa, ma sono gli anziani in generale fragili e vulnerabili che allo stesso tempo

²⁶ Il *burn out* è una sindrome derivante da stress cronico associato al contesto lavorativo, che non riesce ad essere ben gestito. È caratterizzata da una serie di fenomeni di affaticamento, delusione, logoramento e improduttività che sfociano in prostrazione e disinteresse per la propria attività professionale quotidiana.

desiderano una vita piena e felice e sono ben decisi a proteggerla.

Purtroppo in questo drammatico periodo di difficoltà sanitarie e ospedaliera è emersa l'idea che la persona, dopo una certa età, diventi irrilevante, da non curare, quasi da scartare: questo non è sostenibile.

Il distanziamento imposto dalla pandemia ha messo in luce il suo contrario: il bisogno di vicinanza, che si è fatto sentire in modo ancora più acuto nelle Rsa. Da una parte il metro di distanza non è attuabile: gli anziani che camminano, spesso con deficit cognitivi, non sono governabili; quelli che necessitano di aiuto per l'igiene (la quasi totalità) invece che il distanziamento hanno bisogno di un contatto fisico mediato da sistemi di protezione. Dall'altra il bisogno di un contatto degli anziani residenti in Rsa si è dimostrato assolutamente necessario e indispensabile per la psicologia della persona, un contatto vero da pelle a pelle.

Vogliamo sottolineare che una delle emergenze e delle priorità per tutti noi dopo questa fase sarà quella di ricostruire e ricucire un rapporto di fiducia tra i familiari degli ospiti e le Rsa, tra coloro cioè che, portatori di istanze affettive, si sono visti non riconoscere questa dimensione e coloro che accudiscono (medici, infermieri, operatori sanitari, ecc..) che si sono visti frustrare, nella realtà della morte del proprio assistito, il quotidiano lavoro.

Noi vogliamo sperare che resti come eredità di questo terribile periodo, una nuova consapevolezza dell'importanza della vicinanza, di una dolce carezza in ogni momento dell'attività assistenziale.



LE PROPOSTE DELLA FNP CISL LOMBARDIA

Siamo convinti che in Italia non sia presente un reale progetto per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, e che gli interventi in materia previsti sono disseminati tra diverse filiere istituzionali e sono ridotti ad una pluralità di obiettivi eterogenei.

Riteniamo pertanto che, nell'ambito del cosiddetto *Recovery Plan* italiano, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio 2021, si debba prevedere nella missione 6 "Salute" un progetto che ambisca a ridisegnare il futuro del nostro Paese anche dal punto di vista dell'assistenza degli anziani non autosufficienti.

Il sistema italiano della non autosufficienza, come hanno avuto modo di notare tutti, è un settore in continuo mutamento. Questo necessita di un ruolo attento e negoziale da parte del sindacato e in modo particolare di quello dei pensionati, a tutti i livelli istituzionali:

- *nazionale*, con il Governo per arrivare ad una legge sulla non autosufficienza con risorse economiche certe ed adeguate;
- *regionale*, affinché si giunga ad un omogeneo completamento dell'offerta di assistenza territoriale che garantisca alle famiglie degli anziani un reale percorso di cura;
- *territoriale*, di vicinanza e informazione per le famiglie, di negoziazione con le strutture e con le istituzioni inerenti ai servizi appartenenti alla filiera delle politiche di welfare.

L'emergenza che abbiamo vissuto e che stiamo ancora vivendo, giorno dopo giorno mostra che il benessere degli anziani che vivono nelle Rsa è strettamente correlato con il benessere degli operatori sociosanitari e dei familiari.

Da questa osservazione di base derivano alcune proposte:

1. tutte le Rsa, partendo dalle direzioni e fino al personale, si devono far carico non solo del benessere degli anziani residenti, ma considerare come un proprio obiettivo professionale occuparsi anche dei rapporti con i familiari;
2. le dirigenze delle strutture considerino tra i

propri obiettivi anche la qualità di vita e la soddisfazione degli operatori, nella consapevolezza che il benessere degli anziani è strettamente correlato col benessere degli operatori;

3. le Rsa diventino sempre più delle strutture aperte al territorio, creando occasioni di collegamento;
4. il ritmo di vita all'interno delle strutture siano adeguati alle esigenze delle persone che vi abitano e che vi vivono, per un nuovo modello di assistenza più "lento";
5. il lavoro degli operatori sociosanitari deve essere maggiormente riconosciuto sul piano economico e dei diritti;
6. la valutazione delle Rsa deve essere fatta non solo in base al mantenimento dei parametri richiesti, ma anche in base a indicatori che misurino il grado di soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti, ovvero:
 - la qualità di vita degli anziani, soprattutto riguardo alla possibilità di esprimersi sui servizi offerti ed essere ascoltati;
 - la qualità di vita degli operatori, in par-



ticolare sul carico assistenziale e sul rischio di burn out;

- la soddisfazione dei familiari, per quanto riguarda la possibilità di coinvolgimento attivo (per chi lo desidera) nella vita della Rsa;

7. legato al tema della compartecipazione, come abbiamo già avuto modo di dire, la quota sanitaria che Regione Lombardia paga per i posti letto a contratto delle Rsa è inferiore a quanto previsto dalla legislazione vigente e inadeguata al livello di assistenza sanitaria che viene fornita. Andrebbe quindi incrementata la quota a carico dal Fondo Sanitario Regionale.

Entrando nello specifico, ribadiamo quanto già espresso nell'ultimo biennio, ovvero che anche nel 2020 emerge un quadro lombardo dove a fronte di un costante aumento della domanda di cura e assistenza, diminuisce l'offerta di posti letto contrattualizzati dalle Ats; di conseguenza diminuisce la spesa totale da parte delle istituzioni pubbliche e aumenta, ormai in modo insostenibile, quella privata delle famiglie.

È del tutto evidente che il grosso problema rimane il reperimento delle risorse economiche, ed

è anche ormai diffusa l'opinione che tali risorse possano essere garantite totalmente dal finanziamento pubblico, fermo restando che a nostro parere, la spesa pubblica deve continuare a garantire per il futuro la copertura totale della componente di spesa sanitaria.

Rimaniamo comunque estremamente convinti che bisogna garantire agli anziani e alle persone anche giovani con fragilità, degenti in strutture residenziali, le risorse necessarie per pagarsi la retta riferita alla quota alberghiera e assicurare alle persone in condizioni di vulnerabilità e non autosufficienza che decidono di restare nel proprio domicilio o dai loro familiari, le risorse economiche necessarie per pagare uno stipendio regolare ad un assistente familiare e/o riconoscere e valorizzare il ruolo del *caregiver* familiare.

Lo studio e lo sviluppo di forme integrative a sostegno della non autosufficienza è considerato dalla Fnp Cisl Lombardia utile e necessario per l'elaborazione di una proposta concreta e fattibile da proporre a tutte le categorie del sindacato come contributo in occasione dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali e aziendali di lavoro.

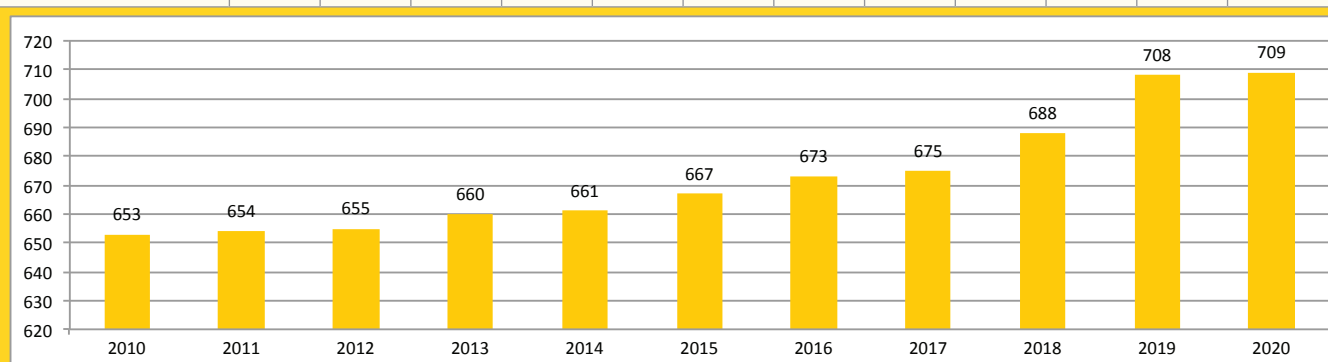


UN DECENNIO DI RSA

Un'ulteriore novità della pubblicazione di quest'anno è rappresentata dal presente focus di approfondimento su come sono cambiate le Rsa in Lombardia nel decennio appena trascorso 2010/2020. Negli ultimi 10 anni nella nostra regione c'è stato un aumento di 56 strutture.

Tabella 25 Evoluzione Numero RSA Lombardia 2010-2020

ATS Lombardia	N° RSA											Differenza Numerica
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
ATS Bergamo	60	60	60	61	62	62	63	64	65	65	65	5
ATS Brescia	86	86	86	87	85	86	86	86	86	86	86	0
ATS Brianza	58	59	59	60	59	59	59	59	61	68	68	10
ATS Insubria	110	110	111	110	109	112	116	104	106	115	116	6
ATS Milano	149	151	151	151	153	154	153	153	157	162	162	13
ATS Montagna	36	34	34	34	34	33	33	46	47	39	39	3
ATS Pavia	78	78	78	81	82	83	85	85	84	85	85	7
ATS Valpadana	76	76	76	76	77	78	78	78	82	88	88	12
TOTALE Lombardia	653	654	655	660	661	667	673	675	688	708	709	56



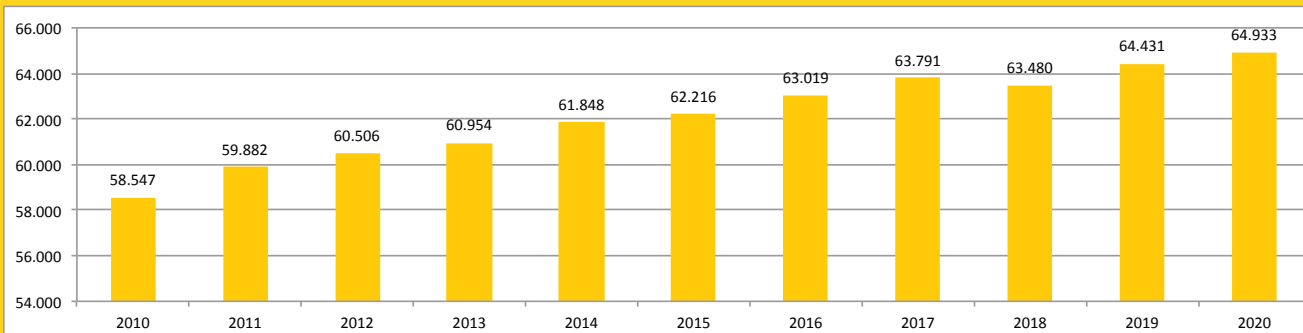
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

FOCUS

I posti letto abilitati sono aumentati anch'essi di 6.386 unità; dalla tabella 26 e dal grafico si possono notare le dinamiche di ogni singola Ats.

Tabella 26 Evoluzione Numero Posti Letto Abilitati in Lombardia dal 2010 al 2020

ATS Lombardia	Posti Letto											Differenza Numerica
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
ATS Bergamo	5.596	5.650	5.770	5.807	5.895	5.919	6.028	6.293	6.190	6.222	6.313	717
ATS Brescia	6.476	6.534	6.715	6.715	6.855	6.909	6.960	7.051	7.016	6.767	6.926	450
ATS Brianza	4.969	5.033	5.133	5.204	5.334	5.417	5.431	5.655	5.591	6.079	6.091	1.122
ATS Insubria	9.692	9.996	10.058	10.092	10.470	10.479	10.673	9.637	9.747	10.538	10.624	932
ATS Milano	17.079	17.602	17.699	17.727	17.689	17.719	17.728	17.923	17.830	18.031	18.117	1.038
ATS Montagna	2.200	2.336	2.411	2.413	2.453	2.430	2.443	3.420	3.493	2.850	2.907	707
ATS Pavia	5.470	5.591	5.551	5.743	5.710	5.833	5.935	5.960	5.859	5.926	5.951	481
ATS Valpadana	7.065	7.140	7.169	7.253	7.442	7.510	7.821	7.852	7.754	8.018	8.004	939
TOTALE Lombardia	58.547	59.882	60.506	60.954	61.848	62.216	63.019	63.791	63.480	64.431	64.933	6.386



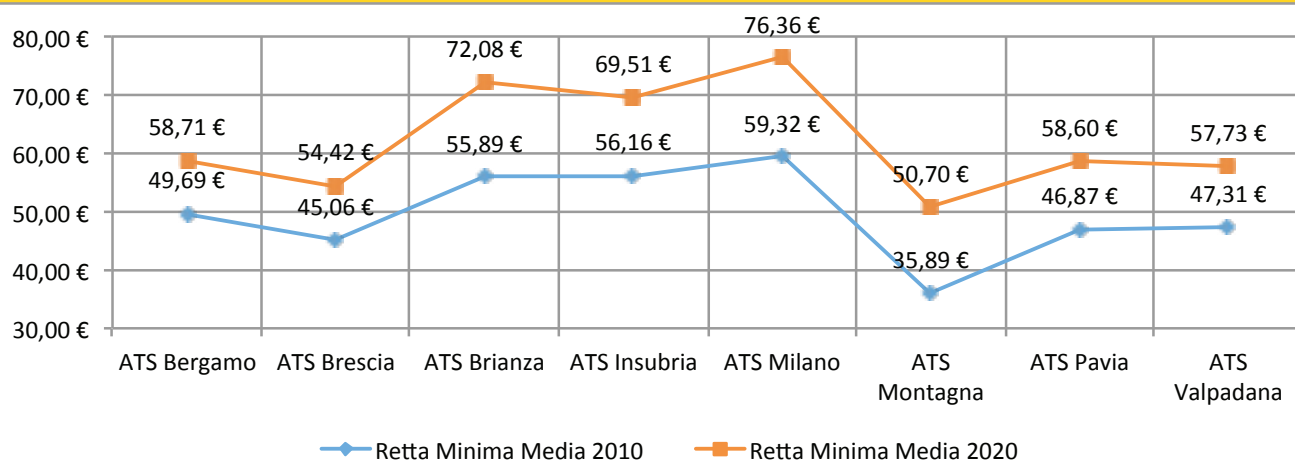
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

UN DECENNIO DI RSA

Dalla tabella e dal grafico seguente si può esaminare anche l'incremento delle rette minime medie giornaliere, pari al 25,73%, con una percentuale massima del 41,26% nell'Ats Montagna.

Tabella 27 EVOLUZIONE RETTE MINIME GIORNALIERE DAL 2010 AL 2020

	Retta Minima Media 2010	Retta Minima Media 2020	Differenza 2010-2020	Differenza in %
ATS Bergamo	49,69 €	58,71 €	9,02 €	18,15%
ATS Brescia	45,06 €	54,42 €	9,36 €	20,77%
ATS Brianza	55,89 €	72,08 €	16,19 €	28,97%
ATS Insubria	56,16 €	69,51 €	13,35 €	23,77%
ATS Milano	59,32 €	76,36 €	17,04 €	28,73%
ATS Montagna	35,89 €	50,70 €	14,81 €	41,26%
ATS Pavia	46,87 €	58,60 €	11,73 €	25,03%
ATS Valpadana	47,31 €	57,73 €	10,42 €	22,02%
Media Lombardia	49,52 €	62,26 €	12,74 €	25,73%



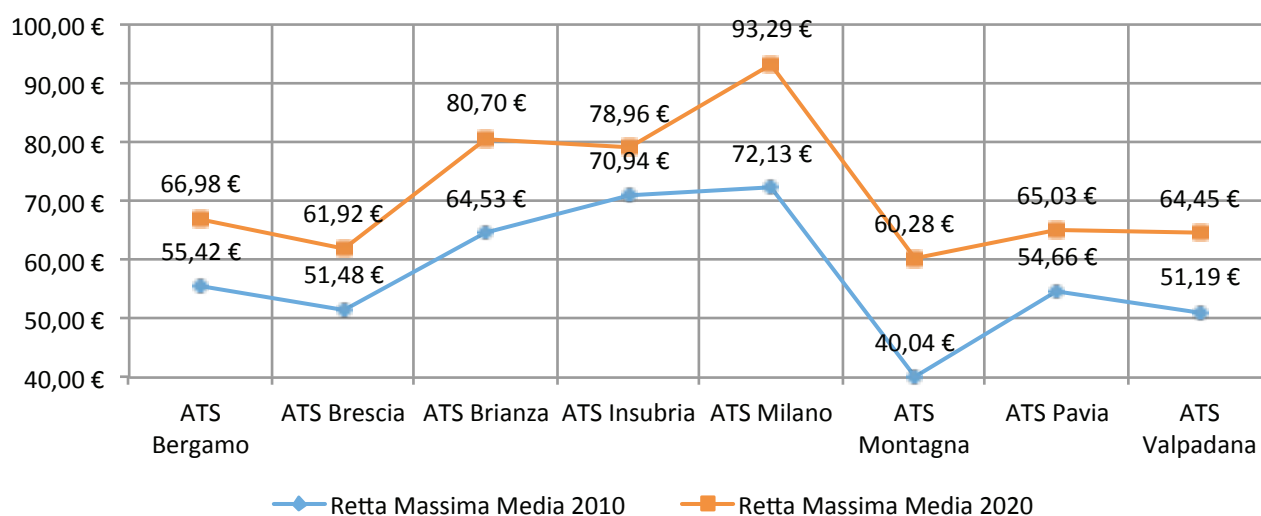
Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

FOCUS

Anche le rette medie massime giornaliere sono state aumentate mediamente del 24,16% con una percentuale massima (sempre nell'Ats Montagna) del 50,55%.

Tabella 28 EVOLUZIONE RETTE MASSIME GIORNALIERE DAL 2010 AL 2020

	Retta Massima Media 2010	Retta Massima Media 2020	Differenza 2010-2020	Differenza in %
ATS Bergamo	55,42 €	66,98 €	11,56 €	20,86%
ATS Brescia	51,48 €	61,92 €	10,44 €	20,28%
ATS Brianza	64,53 €	80,70 €	16,17 €	25,06%
ATS Insubria	70,94 €	78,96 €	8,02 €	11,31%
ATS Milano	72,13 €	93,29 €	21,16 €	29,34%
ATS Montagna	40,04 €	60,28 €	20,24 €	50,55%
ATS Pavia	54,66 €	65,03 €	10,37 €	18,97%
ATS Valpadana	51,19 €	64,45 €	13,26 €	25,90%
Media Lombardia	57,55 €	71,45 €	13,90 €	24,16%



Fonte: Osservatorio Rsa - Fnp Cisl Lombardia (2021)

UN DECENNIO DI RSA: 2010-2020 IN LOMBARDIA

+ 13,90€
di rette massime
(+24,16%)

+ 12,74€
di rette minime
(+25,73%)

+ 56
Rsa

+ 6.386
posti letto abilitati



CHI PAGA LA
RETTA
DELLE RSA?

