

A che punto siamo sulla residenzialità per anziani? Tre Regioni a confronto con la Lombardia

di Rosemarie Tidoli

24 aprile 2013

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

L'offerta di residenzialità

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

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

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

Come si vede dalla tabella, tutte le Regioni tranne il Piemonte sembrano evidenziare una disponibilità e un ricorso ai servizi socio-sanitari domiciliari maggiori rispetto a quelli residenziali. Lo scarto tra i due servizi però è abbastanza lieve ed indica un sostanziale equilibrio tra residenzialità e domiciliarità. Fa eccezione l'Emilia Romagna dove gli utenti anziani seguiti in ADI sono quasi il quadruplo di quelli potenzialmente inseribili in RSA, a riprova di uno spiccato investimento e una forte propensione delle politiche regionali verso la domiciliarità.

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

Le rette

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

In Lombardia non sono stati realizzati interventi di questo tipo, con la conseguenza che il settore residenziale è, in questo momento, caratterizzato da una **grande disomogeneità nelle rette** (quota sociale o alberghiera) esposte dai gestori all'utenza e **nei servizi che vi sono inclusi**, con una tendenza di aumento delle stesse.

Infatti, in assenza di una regolazione delle rette da parte della Regione, nel periodo 2008 – 2010 la tendenza riscontrata da parte delle strutture – salvo alcune eccezioni – è stata quella di un aumento dei costi a carico delle famiglie.

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

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

Rispetto alla situazione lombarda è già stata segnalata l'ipotesi che sulla quota alberghiera vengano scaricati, da parte dei gestori, parte dei costi sanitari[1], con conseguenti ricadute sui cittadini e sui Comuni.

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

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

In Piemonte la Giunta regionale con la Dgr 45/2012 ha portato i livelli di assistenza da tre a sei[3]. Questo potrebbe verosimilmente comportare un abbassamento delle prestazioni erogate ai ricoverati nelle RSA e una parallela diminuzione della retta sostenuta dall'Asl. Inoltre, non vengono più riconosciuti i trasporti sanitari per le visite mediche esterne a quegli utenti non autosufficienti, ricoverati in posti letto in convenzione, che non usufruiscono di integrazione per il pagamento della quota alberghiera. In tal modo vi è il rischio concreto che alcuni ricoverati siano costretti a rinunciare alle visite specialistiche a causa dei gravosi oneri del trasporto in ambulanza, totalmente a loro carico.

Procedure di accesso e liste di attesa

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

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

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

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

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

Gli effetti del calo delle risorse disponibili

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

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

In particolare, in Piemonte viene ridotta l'intensità di personale, mentre in Lombardia si assiste a un tendenziale appiattimento sul minutaggio assistenziale standard previsto dalla normativa (901 minuti)^[4]. In precedenza, invece, molte strutture – al fine di garantire un'assistenza adeguata ai casi più gravi e impegnativi, in particolare alle persone affette da demenza – lo superavano abitualmente anche del 20%.

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

Considerazioni conclusive

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

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

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

1. Si riduce, di conseguenza, l'intensità dell'assistenza offerta (Lombardia, Piemonte), che rischia di diventare non adeguata ai bisogni.
2. Molte RSA mostrano difficoltà a restare sul mercato, vuoi per il mancato aggiornamento delle tariffe sanitarie da parte delle Regioni, vuoi per la situazione economica generale. Questo porta all'adozione di comportamenti diversi che in diverso modo rischiano di incidere sull'utenza.

3. I gestori tendono a scaricare sulle quote alberghiere (a carico degli utenti e/o dei Comuni) parte della quota sanitaria (Veneto, Lombardia). Questo crea un circolo vizioso, aggravando ulteriormente le difficoltà di famiglie e Comuni.
4. Le famiglie sono sempre più in difficoltà a sostenere le rette e di conseguenza cercano soluzioni alternative. La tendenza sembra essere quella di rinunciare al posto in RSA e ad accudire i congiunti – anche gravemente non autosufficienti o affetti da demenza - a casa, direttamente e/o tramite una badante. Il rischio è dunque quello di un'assistenza inadeguata per l'anziano e di sovraccarico psico-fisico per i caregivers[5].
5. L'accesso alle RSA (e ai servizi per la non autosufficienza in genere) è sempre più condizionato alle disponibilità economiche familiari, che diventano l'elemento più discriminante. Lo evidenziano particolarmente bene i referenti di Veneto e Emilia Romagna, ma il fenomeno si verifica ovunque. Questo sembra, inoltre, avvenire anche in quelle Regioni dove, a differenza della Lombardia, il legislatore interviene con un ruolo di regolazione e indirizzo in merito alla determinazione delle rette, all'accesso, ai criteri per le quote di partecipazione e a quelli per l'esenzione dal pagamento.

[1] su questo tema si vedano [il contributo](#) di Guerrini pubblicato a novembre 2012 e [l'ultimo contributo](#) dell'autrice sull'andamento delle rette delle RSA

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

[3] In Piemonte una persona può essere ricoverata in un posto letto in convenzione con l'ASL, dove questo Ente paga una quota sanitaria pari ad almeno il 50% della retta totale. mentre il resto è a carico dell'interessato. In caso di indigenza, questa quota viene sostenuta parzialmente o totalmente dal Comune di residenza, che però riserva l'integrazione di pagamento solo ai ricoverati dei posti in convenzione (che abbiano ovviamente una situazione reddituale al di sotto di una determinata soglia) .

In base ad una delibera del 2005 nelle RSA esistevano 3 profili/tipologie di posti con diverse intensità assistenziali, da garantire agli utenti in base al livello di gravità, che comportavano tariffe diverse. Il recente aumento a sei può comportare per alcuni livelli una diminuzione della somma a carico dell'ASL.

[4] Si veda [contributo di Ferri](#) pubblicato a novembre 2012

[5] Su questo si veda il [contributo dell'autrice](#) relativo all'analisi delle rette in Lombardia