30 gennaio 2012

Continua il dibattito intorno all'incremento tendenziale delle rette delle RSA. Dopo il contributo di Giovanni Gelmini, Fabrizio Giunco propone un'analisi dei principali elementi che stanno influenzando il sistema dei servizi residenziali lombardi

Rette RSA: siamo sicuri che il problema sia solo l'efficienza gestionale?

Fabrizio Giunco, coordina i servizi sanitari della Residenza San Pietro di Monza. Medico di famiglia fino al 2003 e specialista in gastroenterologia, ha collaborato con il Laboratorio di epidemiologia assistenziale del Consorzio Mario Negri Sud. È coordinatore di modulo del master "Cure palliative al termine della vita" dell'Università di Milano e componente del Comitato Etico della Fondazione Don Carlo Gnocchi. Ha pubblicato testi e ricerche originali sulla complessità assistenziale e i sistemi di cure domiciliari.

In Lombardia, il sistema delle RSA coinvolge 650 strutture, 60.000 anziani, altrettante famiglie e un numero di poco superiore di posti di lavoro. Le tariffe a carico delle persone sono in aumento e meritano una particolare attenzione. Si tratta di una tendenza che ha molte cause, che è bene valutare nel loro complesso, a partire dalle riforme e dalle misure che sono alla base della difficile situazione attuale.

La gran parte delle RSA attive in Lombardia è oggi in difficoltà economica, con gravi segni di disagio che coinvolgono soprattutto i gestori no-profit. E' uno scenario ben descritto da Guerrini nel volume "Come cambia il welfare lombardo", cui rimando per un'analisi più approfondita. Sembra diffuso il punto di vista per il quale le cause dell'aumento delle rette sono collegate al desiderio di profitto degli enti gestori e alla ridotta diffusione di buoni modelli organizzativi. Quindi, regole, limiti, controlli e, soprattutto, la grande madre di ogni soluzione: il management.

Mi permetto di dissentire, almeno in parte. Certo, esistono margini per migliorare le organizzazioni e cercare di ridurre qualche possibile spreco, ma esiste una realtà che non è più possibile disattendere: **la gran parte dei gestori di RSA sta ormai grattando il fondo del barile e quelli che soffrono di più sono i gestori "piccoli e vicini", il prodotto più tipico del tradizionale tessuto di solidarietà lombarda. Sembra tempo di spostare i riflettori verso altre direzioni.**

Cominciamo a dire che oggi, fra debito informativo, contabilità analitica, controllo di gestione, legge 626, legge 231, normativa del lavoro, privacy e quant'altro possa essere immaginato dalla fervida mente dell'onnipresente burocrazia italiana, **non meno del 30% delle risorse economiche che vanno al sistema RSA viene assorbito da costi amministrativi.** Si tratta di dinamiche in progressione, tipiche dei sistemi aziendalizzati, che hanno determinato una corrispondente riduzione delle risorse destinate all'effettiva erogazione dei servizi e crescenti difficoltà per le meno organizzate realtà no profit. Personalmente, comincio a pormi qualche domanda. L'enfasi verso i benefici promessi dai modelli aziendali e l'ipotesi per la quale certificazioni e qualità amministrativa sono sinonimo di qualità dei servizi meriterebbero una verifica oggettiva. Certamente, sono un buon affare per aziendalisti, società di revisione e produttori di software gestionali o sistemi di controllo. Giustificano anche gran parte del ruolo di programmazione, acquisto e controllo delle ASL lombarde. Resta da vedere se hanno prodotto una migliore qualità dei servizi e degli esiti delle cure. O se, in altre parole, la qualità ricercata è proporzionale alle risorse economiche assorbite. E se le risorse economiche sono limitate, siamo sicuri di poterci permettere modelli organizzativi così costosi? Forse, è opportuno trovare un nuovo equilibrio fra costi amministrativi e risorse destinate ai servizi. Anche perché, a ben vedere, è già documentabile qualche fallimento e la stessa letteratura comincia a essere critica verso i modelli troppo ispirati in senso gestionale. Un esempio fra i tanti possibili: DRG, SDO e aziendalizzazione degli ospedali sono stati introdotti per rendere i servizi sanitari più efficienti e controllabili. E' successo davvero? Con tutti gli strumenti a disposizione per governare e regolare, com'è che oggi la Lombardia ha più reparti di cardiocirurgia dell'intera Francia o che in alcune ASL la prevalenza degli interventi ai legamenti del ginocchio è il doppio di quelli dell'ASL adiacente? E' possibile che non sia il sistema socio-sanitario quello che richiede maggiori attenzioni e che gli strumenti di verifica e controllo, da soli, diano pochi risultati.

Rispetto alle rette alberghiere delle RSA e al fatto che esse stiano aumentando, la realtà è il prodotto di alcune scelte contingenti. La struttura delle tariffe delle RSA lombarde deriva dalla combinazione della retta a carico delle persone e del contributo collegato al sistema SOSIA, che dovrebbe remunerare i costi sanitari.

La normativa sui LEA vorrebbe che il costo complessivo dei ricoveri fosse ripartito al 50% fra sistema sanitario e cittadini. Il problema è che **le tariffe SOSIA sono ferme dal 2003; anzi, in realtà, sono state di recente ritoccate al ribasso, grazie al semplice taglio dei decimali**: ad esempio, i 39,10 euro della precedente classe 3 sono diventati i 39 euro dell'attuale classe B. Non solo, ma **le risorse destinate ai gestori sono state ulteriormente compromesse dall'introduzione dei budget aziendali**, che per il 2011 sono stati limitati al 98% di quanto "prodotto" nell'anno precedente, per essere poi riavvicinati al 100% con meccanismi non sempre chiari o facilmente applicabili. **Nel frattempo, l'incremento del costo della vita stimato dall'ISTAT è stato del 19,9%, il costo del personale dipendente è aumentato del 22,1% se ci si riferisce al contratto Uneba e del 19,1% se ci si riferisce a quello degli Enti locali; il costo della sola energia è aumentato del 35% e in misura proporzionale e più articolata quello delle altre forniture, dei prodotti, dei farmaci, dell'ossigeno**. Per buona misura, la Regione non pagherà più dal 2012 il premio di qualità e ha eliminato il contributo FSR per gli ospiti che verranno ricoverati in ospedale; solo quest'ultima voce potrebbe pesare per 0,30-0,50 euro al giorno sulla retta di ogni ospite.

Le conseguenze di questa evoluzione mi sembrano sottovalutate. In sintesi e senza nessuna pretesa di completezza:

- **le politiche nazionali e regionali sono orientate da tempo verso il trasferimento al cittadino di costi che non si può o non si vuole sostenere con i finanziamenti pubblici**. Questo avviene in modo più spesso indiretto e senza dare nell'occhio. Anche lo slogan "dall'offerta alla domanda" sottintende, accanto a aspetti condivisibili, il rischio di una riduzione delle risorse economiche destinate alla rete dei servizi socio-sanitari e un effettivo aumento dei costi per l'utente finale. Ad esempio, andrebbe osservato con attenzione il lavoro dei tecnici regionali e di un'agenzia di consulenza esterna rispetto alla riforma del sistema delle cure domiciliari. Nel nuovo modello, gli utenti saranno sottoposti a verifiche di tipo reddituale e patrimoniale, da cui potranno derivare limitazioni nella fruibilità di servizi – fino ad oggi ad accesso universalistico – o nuove modalità di compartecipazione alla spesa. Questa è una novità per i sistemi di cure primarie e non sembra venire messa in discussione da nessun attore del sistema;
- **negli ultimi dieci anni le tariffe sanitarie destinate alle RSA non sono state adeguate al costo reale della vita e dei servizi**. In questo scenario chi gestisce – che appartenga al sistema pubblico o a quello privato – può adottare solo due strategie per equilibrare la crescita del costo del lavoro, degli acquisti e delle forniture: ridurre i servizi o trasferire i costi sulle rette a carico degli utenti. Le organizzazioni storiche hanno seguito anche una terza via, quella di vendere i patrimoni accumulati in epoche migliori, che però non sono illimitati e che sono già stati depauperati dai programmi di adeguamento ai nuovi standard strutturali. Se la distanza fra le tariffe a carico del Fondo sanitario e il costo della vita continuerà ad ampliarsi, le tariffe "alberghiere" continueranno a crescere e il finanziamento di questi servizi sarà sempre più dipendente dalle risorse economiche dei cittadini. Si tratta di nuove tasse, implicite e non dichiarate?
- le tariffe sanitarie dovrebbero coprire i costi sanitari: ricordarlo sembra banale ma è il caso di soffermarsi su alcuni dettagli. **In Lombardia i costi di farmaci, presidi per incontinenza, presidi antidecubito, prodotti di medicazione, ossigeno terapeutico e, in alcune ASL, dei prodotti per la nutrizione artificiale, sono oggi a carico delle RSA**. Ciò è atipico se consideriamo che le RSA non sono ospedali ma strutture del territorio, in parte equivalenti al domicilio naturale delle persone, ma non è mai stato messo in discussione da nessuna organizzazione sociale e da nessun commentatore. In ogni caso, si tratta di costi sanitari che dovrebbero essere coperti dalle tariffe SOSIA, che in realtà coprono a malapena i costi di medici, infermieri e fisioterapisti, per non parlare della quota parte dei servizi assistenziali a rilevanza sanitaria. Come minimo questo regime è anticostituzionale; sicuramente ha poco a vedere con i LEA. Se questo principio non ritornerà all'attenzione della politica, nella pratica quotidiana reale continueremo a trovarci con un diritto costituzionale il cui riconoscimento è subordinato a più semplici operazioni contabili: aumentano i costi dei prodotti, aumentano le tariffe. Se le tariffe SOSIA restano ferme, aumenteranno quelle a carico delle persone. Anche queste sono tasse implicite? Non sarebbe meglio chiamarle ticket e quantificarle in misura più rigorosa?
- una sottolineatura rispetto agli standard regionali per le RSA. **I 901 minuti settimanali di assistenza per ospite previsti dagli standard di accreditamento non sono adeguati**. La maggior parte delle RSA sono attestate intorno ai 1200-1300, che sono ancora troppo bassi rispetto alla realtà e alle esigenze delle persone che vi sono accolte. Sarebbe tempo di operare perché questi standard venissero elevati, ma anche le tariffe sanitarie dovrebbero cambiare nella stessa direzione.

Altrimenti, non se ne esce: il sistema sanitario paga servizi di bassa qualità, chiede servizi di bassa qualità e otterrà servizi di bassa qualità. Anche in questo caso, per offrire agli anziani servizi migliori o semplicemente accettabili, la fonte più sicura resteranno le tasche delle famiglie. O gli stipendi di chi lavora, destinati a restare inaccettabilmente bassi;

- proprio il costo del lavoro merita un'ultima puntualizzazione: **i contratti degli operatori della maggior parte delle RSA sono oggi inadeguati rispetto al costo della vita reale.** I sindacati dei lavoratori chiedono giustamente una revisione dei trattamenti e i recenti rinnovi contrattuali hanno solo intaccato il problema, ma da dove ricavare le risorse per aumenti più sostanziali se non si vogliono toccare le tariffe sanitarie e si contestano gli aumenti di quelle alberghiere? E' bene ricordare che una crisi del sistema delle RSA coinvolgerà decine di migliaia di posti di lavoro. Già oggi si tratta di un ambito occupazionale meno tutelato e valorizzato di ieri, perché i gestori – quelli veri, non quelli virtuali – sono alle prese con bilanci che non stanno più in piedi. Le prospettive sono preoccupanti. Ricordo solo i principi della riforma del sistema delle cure domiciliari avviata nel 2003: mercato, libera scelta, voucher, erogatori accreditati, dismissione dei servizi ADI da parte delle ASL. Oltre alle ricadute sulla qualità e omogeneità dei servizi, analizzate criticamente dallo stesso programmatore regionale, le conseguenze sul mondo del lavoro sono state evidenti. Il sistema degli erogatori vede oggi la diffusione di contratti incerti, precariato, riduzione delle tutele, compensi discutibili. Lo stesso modello sembra pronto per essere esportato alle RSA: voucherizzazione, blocco dei budget, negoziazione, diversificazione fra accreditamento e contrattualizzazione, riduzione annunciata dei posti letto. Le conseguenze su 60.000 posti di lavoro saranno le stesse? Vogliamo cominciare a parlarne?

Una conclusione. Non è più tempo di visioni di parte, ideologie datate o pregiudizi. Il sistema dei servizi socio-sanitari in Italia e in Lombardia è sottodimensionato e sottofinanziato, sia sul versante domiciliare che su quello residenziale. In entrambi i comparti, quantità e qualità non sono neanche lontanamente paragonabili a quelli di tutti gli altri paesi europei. Ormai, competiamo solo con alcuni paesi dell'Europa dell'Est. E' ora di analizzare il sistema nel suo insieme e di comprendere i motivi di una crisi, ben descritti da Cristiano Gori in un suo recente articolo pubblicato sul Sole 24 Ore. Se la spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti corrisponde a meno dell'1% del PIL, e solo lo 0.40% del PIL va ai servizi residenziali, non esistono alternative: anche i servizi residenziali sono indispensabili e a pagarli saranno sempre più le famiglie, quelle di chi nelle RSA viene accolto o di chi in RSA lavora. E' ora di prendere una posizione decisa e comune. A mio avviso, la controparte vera in questa fase non sono i gestori, certamente non quelli che cercano semplicemente di chiudere l'anno senza dover chiudere anche le strutture e di mantenere un minimo di fedeltà al proprio impegno nei confronti di tutti.