

La riduzione delle rette della RSA lombarde: un cerotto su una ferita?

Commento alla misura che prevede 10 milioni di euro per la riduzione delle rette in RSA

Regione Lombardia ha stanziato, per il 2017, 10 milioni di Euro destinati a ridurre le rette di anziani inseriti in RSA contrattualizzate. La soluzione scelta, tuttavia, è di carattere palliativo e non attua interventi strutturali in grado di intervenire alla radice del problema.

a cura di Cristiano Gori - domenica, gennaio 22, 2017

<http://www.lombardiasociale.it/2017/01/22/la-riduzione-delle-rette-della-rsa-lombarde-un-cerotto-su-una-ferita/>



La riduzione del super-ticket sanitario e delle rette della RSA in Regione Lombardia.

Con la [DGR 5954/2016](#) relativa alle regole di esercizio per il 2017, Regione Lombardia ha ufficializzato una decisione già resa nota agli inizi di dicembre^[1], lo stanziamento di 10 milioni di Euro destinati a ridurre le rette delle RSA. Questa somma, che fa parte di un “pacchetto” più sostanzioso la cui percentuale principale verrà utilizzata per abbassare il super ticket sanitario^[2], secondo la sopraccitata delibera permetterà di fornire “un aiuto ai soggetti ricoverati in RSA caratterizzati da particolare complessità assistenziale e permanenza prolungata presso la struttura, tramite la corresponsione di un voucher che riduca l’onere economico gravante sui soggetti stessi e sulle loro famiglie”.

La riduzione della retta esposta alle famiglie (ovvero della cosiddetta quota sociale che, insieme a quella sanitaria, forma la “somma complessiva di pagamento delle RSA” ^[3] entrerà in vigore dal 1/1/2017 e, a detta del legislatore, dovrebbe riguardare circa 11.000 ospiti, il 20 % delle persone inserite nel sistema delle 650 strutture residenziali lombarde. Il voucher, del valore di 1.000 euro, sarà corrisposto “secondo livelli di priorità” alle famiglie degli ospiti più fragili, problematici e gravi (incluse le persone affette da demenze), ricoverati in via continuativa nelle RSA contrattualizzate.

Un intervento palliativo

Alcune famiglie, quindi, si troveranno tra breve ad avere un consistente sgravio sulle somme da pagare alle strutture che ospitano i loro congiunti non autosufficienti. Tutto bene, dunque? Vediamo.

Il problema della crescente insostenibilità delle rette (e, più in generale, dei costi derivanti dalla non autosufficienza) è grave e mette in difficoltà molti nuclei, attivando talora a causarne l'impoverimento. Questo stato di cose [rischia di acuire le differenze](#) tra chi può pagare (ed è pertanto in grado di garantire al proprio caro un'assistenza consona al bisogno) e chi non può, con tutto quel che ne consegue (assistenza insufficiente o inadeguata, decisione di provvedere all'accudimento dell'anziano in famiglia anche a prezzo di rinuncia al lavoro o con alto stress psico-fisico, ricorso a RSA meno costose ma lontane e/o che offrono meno garanzie, ecc.).

E' quindi apprezzabile l'attenzione concreta che Regione Lombardia ha iniziato a rivolgere a questa spinosa questione; **ciò non toglie, però, che l'intervento deliberato abbia un carattere sostanzialmente palliativo, alla stregua di un cerotto applicato su una ferita che richiederebbe l'opera del chirurgo.**

Alcuni interrogativi

La modalità d'intervento scelta dai decisori, dunque, **suscita alcune perplessità e solleva alcuni interrogativi.**

- Attualmente non esistono pubblicazioni istituzionali sulle rette medie regionali [\[4\]](#). E' disponibile un sistema di monitoraggio delle rette minime-massime a cura dei sindacati [\[5\]](#), dal quale emergono differenze importanti nelle rette tra territorio a territorio, così come tra le varie strutture di uno stesso territorio. Secondo le fonti sindacali, tra il 2010 e il 2015 quasi la metà delle RSA ha realizzato incrementi significativi delle rette (oltre 5 €/die). Nell'ipotesi di applicazione della retta minima media che risulta da tale monitoraggio, si può stimare che il valore della quota regionale di compartecipazione a carico di famiglie/comuni (considerate le giornate erogate) si attesti su 1,3 miliardi. Il voucher di 10 milioni finanzierebbe lo 0,8% degli oneri a carico delle famiglie e/o dei Comuni. Rispetto al numero complessivo annuo di assistiti, 81.350 [\[6\]](#), beneficerebbero del voucher tra le 10 e le 11.000 persone, (pari al 13,5% degli utenti del 2013).
- Le previsioni regionali, invece, ritengono che i fondi stanziati permetteranno di sostenere una percentuale maggiore di ricoverati, all'incirca il 20 %. Senza entrare nel merito dei calcoli, tuttavia, anche posto che si verifichi quest'ipotesi più favorevole quattro famiglie su cinque non godranno di alcuno sgravio. In questa situazione, diventa cruciale stabilire come avverrà la selezione dei beneficiari del voucher. Ad esempio, si terrà conto anche delle loro condizioni economiche?
- Inoltre, **in che modo il voucher permetterà di migliorare l'equità di accesso a questi servizi?** Sarà utile a garantire che la possibilità a priori di inserire un anziano in RSA non venga influenzata dalle condizioni economiche familiari?

- In definitiva, il voucher produrrà cambiamenti nella selettività dell'accesso alle RSA? Se sì, in che modo? Vale la pena ricordare che in Lombardia, a differenza di altre Regioni, gli interessati possono rivolgersi direttamente alle RSA di loro scelta, senza alcuna valutazione del parte del sistema pubblico.
- E ancora: chi verrà incontro all'80% della famiglie che non potranno contare sul voucher regionale?
- Ultimo ma non meno importante: **cosa succederà una volta terminati i 10 milioni del fondo?** La situazione tornerà - per tutti - la stessa di prima?

La mancanza di interventi strutturali

In risposta all'ultimo interrogativo, infatti, va sottolineato un aspetto sostanziale. Lo stanziamento dei 10 milioni ha ottenuto il plauso delle organizzazioni sindacali, che lo considerano come la risposta ad una loro precisa richiesta, ed è logico supporre che susciterà anche l'apprezzamento delle famiglie (in particolare di quelle che riceveranno il ticket). Tuttavia quest'azione rischia di gettare fumo negli occhi distogliendo l'attenzione dal vero problema: **la mancanza di interventi strutturali, che incidono alla “radice” del problema e durano nel tempo.**

Il primo intervento di questa natura è rappresentato **dall'adeguamento della parte sanitaria della retta** riconosciuta ai gestori. Come più volte segnalato, nonostante l'utenza presa in carico dalle RSA presenti problemi sempre più complessi che possono richiedere assistenza sanitaria molto specializzata, la quota sanitaria è immutata da anni (fenomeno comune anche ad altre Regioni). Qualche numero per capirne di più: in Lombardia, una delle Regioni nelle quali l'assistenza residenziale è maggiormente sviluppata[7], si erogano quasi 21 milioni di giornate all'anno di assistenza agli anziani in RSA[8], con una spesa a carico del SSN di circa 873 milioni [9]. .

Nell'ultima legislatura regionale, l'offerta è stata ulteriormente incrementata con la creazione di 515 nuovi posti (Dgr 3996/2015)[10]. Non è stata invece potenziata l'intensità dell'intervento del SSN per assistito, che vede le tariffe di alcune classi ferme dal 2010 e altre dal 2008[11].

Il mancato adeguamento degli importi, oltre a causare non di rado in una riduzione dell'intensità assistenziale offerta dalle strutture (che tendono a livellarla verso il livello minimo richiesto dalla normativa), può portare alcuni gestori a scaricare sulle quote alberghiere a carico degli utenti (o dei Comuni, in caso di impossibilità dei diretti interessati e/o dei loro familiari) parte dei costi non coperti da una quota sanitaria “immobile” (si veda [articolo precedente](#)). Non a caso, come spiegato più sopra, nel quinquennio 2010-2015 un'alta percentuale di RSA lombarde ha aumentato le rette, innescando un circolo vizioso che aggrava ulteriormente le difficoltà delle famiglie (e dei Comuni) .

Ali anziani lombardi serve la garanzia dei Lea o un “aiuto”?

Vale la pena di ricordare che in Lombardia il problema è particolarmente spinoso anche in relazione alla legislazione nazionale sui Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e sulla ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie (d.P.C.M. 29 novembre 2001). In base alla normativa, l'intervento regionale deve coprire il 50% del costo giornaliero per ospite; tuttavia, benché la Regione abbia formalmente recepito i LEA statali, in Lombardia a seguito del **sistema di classificazione dei ricoverati per classi di gravità e del minutaggio assistenziale**, queste percentuali non vengono rispettate (si veda un [precedente articolo sul tema](#)).

Inoltre, il voucher viene definito dalla Regione come un “aiuto”. Di fronte a questa definizione, viene da chiedersi quale sia la visione di welfare e di livelli essenziali sottesa a tale intervento. **In sostanza, la garanzia dei Lea per gli anziani non autosufficienti è una responsabilità del sistema pubblico o una questione delle famiglie, alle quali il sistema pubblico dà- eventualmente - un sussidio?**

La regolazione delle rette

Un secondo intervento strutturale consiste nell'adottare **provvedimenti regolativi mirati anche a /porre un tetto alla parte sociale della retta**, strategia scelta da alcune Regioni[12]. Il mancato intervento di Regione Lombardia su questo fronte ha dato luogo, tra le altre cose, ad una situazione in cui – in parallelo alla libertà di scelta garantita al cittadino - è lo stesso Ente gestore a stabilire le proprie tariffe, in relazione ai vari costi dai quali deve rientrare (e/o al profitto che deve conseguire). Le notevoli differenze di rette tra territori danno vita, in qualche modo, a mercati “locali”. Tra i programmi della nuova legislatura rientrava la definizione dei **costi standard**, una metodologia che avrebbe potuto consentire di correlare l'andamento dei costi a parametri oggettivi (es. i diversi costi di produzione da territorio a territorio, le diverse tipologie di contratti di lavoro/regimi fiscali). Questa sarebbe stata una buona occasione anche per **definire oggettivamente il riparto degli oneri tra sanità e sociale e per regolare la quota a carico degli utenti**, ponendo fine alla variabilità da struttura a struttura e alla possibilità di continui incrementi (che oggi possono avvenire senza bisogno di essere giustificati da fattori predeterminati). Per varie ragioni, tuttavia, il percorso è stato completato e il voucher non sembra andare in questa direzione.

Quanto a remunerazione della quota sociale, quindi (ma non solo) il risultato è **un welfare regionale “a macchia di leopardo”, nel quale una famiglia può trovarsi a pagare rette sensibilmente diverse secondo la RSA nella quale è ricoverato il parente**. I Comuni non hanno modo di incidere in questa situazione: oltre alle famiglie stesse, però, sono proprio questi Enti (messi ulteriormente in crisi dai tagli del Fondo Sociale), a pagarne le maggiori conseguenze.

Azioni strutturali versus azioni palliative

I sopracitati provvedimenti, non essendo aleatori alla stregua di fondi stanziati di volta in volta (e a patto che la volontà politica e il bilancio lo rendano possibile), **interverebbero in modo più incisivo e duraturo non solo sull'insostenibilità delle rette (attuali e future), ma anche sull'eterogeneità del welfare lombardo.**

Inoltre porterebbero a **risultati migliori anche in termini di equità**, producendo effetti a favore della generalità degli ospiti ricoverati nelle RSA e non solo nei confronti di una percentuale di famiglie, sia pure identificate sulla base di determinati criteri.

Conclusioni

E' probabile che lo stanziamento dei 10 milioni destinati ai voucher per abbassare le rette delle RSA produca un consenso diffuso. Va inoltre interpretato come un primo segno di interesse dei decisori regionali nei confronti di una difficoltà molto sentita dalle famiglie.

Tuttavia, come spiegato sopra, esistono ottimi motivi per **auspicare l'adozione di interventi strutturali, che intervengano sulle vere criticità all'origine della situazione descritta, piuttosto che di provvedimenti "tampone", in grado solo di mettere toppe momentanee al problema.**

[1] Tale decisione consegue al fatto che nel settembre 2014, in occasione dell'avvio della riforma sanitaria, le organizzazioni sindacali Cgil-Cisl-Uil ottennero dal Presidente Maroni la [promessa di un intervento regionale per aiutare le famiglie a pagare le rette](#) .

[2] Lo stanziamento originario, annunciato a dicembre 2016, prevedeva un totale di 35 milioni di Euro, 25 dei quali destinati ad abbattere del 50% il super-ticket regionale, portandolo da un massimo di 30 euro a un massimo 15 euro per una platea di circa 1,5 milioni di persone. Il 21/12/2016 è poi stato approvato un emendamento alla legge di bilancio regionale che, innalzando lo stanziamento a 60 milioni di Euro, dispone la prosecuzione della riduzione del 50% del superticket anche per il biennio 2018/2019. Entrambe le misure, in vigore a partire dal 1 gennaio 2017, sono aggiuntive e integrative rispetto a tutte quelle già operanti in materia di esenzione dal pagamento di ticket e superticket.

[3] La quota sociale (detta anche quota assistenziale o alberghiera) rappresenta il corrispettivo delle prestazioni di natura non prettamente sanitaria erogate nelle RSA (vitto, alloggio, costo del personale socio-educativo, etc.); nel caso sia a carico dell'utente viene definita "retta", mentre viene chiamata "tariffa" se ricade, in tutto o in parte, sul Comune di residenza del ricoverato. La restante quota, quella

sanitaria, rappresenta il corrispettivo per tutte le prestazioni di natura prettamente sanitaria ed è a carico della Regione (SSR), che la corrisponde direttamente ai gestori.

[4] Fatti salvi i monitoraggi di alcune ATS (es.

<http://www.asl.milano.it/user/Default.aspx?MOD=STRRSA&SEZ=9&PAG=86>

http://www.asl.lecco.it/TEMPL_rsalist.asp?IDLivello1=59&IDLivello2=495

http://www.aslcremona.it/TEMPL_RSA_listaAttesa.asp?IDLivello1=58&IDLivello2=506&IDLivello3=371

[5] <http://www.spicgillombardia.it/wp-content/uploads/2016/02/TABELLA-RIASSUNTIVA-2015-SU-2010-RETTE-MASSIME-PER-PROVINCE.pdf>

[7] La Lombardia conta 3,8 utenti ricoverati ogni mille anziani ed è superata solo dal Veneto , con il 3,9%, e dalle P.A. di Trento e Bolzano con il 4,4 e 5,4%. (Fonte: Annuario Statistico SSN)

[8] Fonte Annuario Statistico SSN, anno 2013

[9] Fonte “ Regione Lombardia – DG Welfare, “La rete territoriale”, presentazione al 1 Forum Pa Lombardia, Nuovi modelli regionali di governo della cronicità e fragilità, 28-29 gennaio 2016.

[10] Da notare che tra i criteri scelti per l'attribuzione dei nuovi posti nell'ambito dello stesso territorio rientrava anche una premialità per le strutture con le rette più basse

[11] Le tariffe sanitarie in Lombardia a seconda delle classi variano tra i 29 e 49 € (52 per nuclei Alzheimer), con un valore medio stimabile in 42€ (Rapporto tra spesa e numero giornate riconosciute. Fonte: Dgr 3996/2015) . La quota sanitaria mediamente riconosciuta dalle altre regioni è 55,3€ (Pesaresi, F.,2016"Quanto costa l'RSA"). Da ricordare che in Lombardia le tariffe sanitarie delle RSA sono chiamate a finanziare anche fattori che, nelle altre regioni, sono sostenuti da altri canali (es. farmaci, MMG, presidi).

[12] Le altre regioni sono intervenute definendo, innanzi tutto, una riparto degli oneri allineato nella maggior parte dei casi alla previsione del 50% dei Lea o addirittura, superiore al 50%. Alcune regioni hanno definito anche le soglie di intervento per l'integrazione da parte dei comuni, in alcuni casi prevedendo appositi finanziamenti a supporto

(http://www.socialelazio.it/prtl_socialelazio/?vw=contenutiDettaglio&idarg=124&idargP=33)

In Emilia Romagna, ad es., 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 sia delle tariffe a carico del Fondo Regionale Non Autosufficienza che delle rette a carico degli utenti