I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

LE MISURE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
Tra lavoro di cura, residenzialità e cure intermedie

a cura di Valentina Ghetti

prefazione di Cristiano Gori

2015

Indice

Prefazione di Cristiano Gori 2

Introduzione 3

Qualche dato

Le persone con limitazioni funzionali: quante sono e cosa sappiamo di loro? 7

I servizi residenziali in Lombardia: tra dotazione ed equità territoriale 16

Lo stato dell'offerta di servizi domiciliari e a ciclo diurno in Lombardia 23

Lea sociosanitari e posizionamento della Lombardia 33

Non autosufficienza e lavoro di cura

La nuova legge sulle badanti: il cavallo berrà? 38

Il lavoro di cura in Lombardia 42

I temi del 2015: vendor rating, appropriatezza, cure intermedie

Le regole di sistema 2015 49

Il sistema Vendor Rating in socio sanità. Una trasposizione discutibile 54

Vendor rating nelle RSA: a che punto siamo? 58

Nuovi indicatori di appropriatezza nelle RSA: positività e criticità del sistema di valutazione 63

Indicatori di appropriatezza: il percorso di miglioramento della Dgr 1767/2014 68

La necessità di realizzare un efficace e qualitativo sistema di cure intermedie in Lombardia 72

Prefazione

di Cristiano Gori

Care Lettrici e Cari Lettori,

ci troviamo oggi all'avvio del quinto anno di attività del nostro sito di analisi e dibattito sul welfare sociale lombardo.

Tutti noi di Lombardiasociale.it – direzione, redazione e collaboratori – siamo contenti di ritrovarvi dopo la pausa estiva e di proporvi, come è ormai tradizione, un'occasione di rilettura dei principali materiali pubblicati sul sito negli scorsi mesi.

Apriamo quindi la nuova stagione con la pubblicazione dei Vademecum 2015, dossier tematici che raccolgono vari articoli pubblicati da settembre 2014 ad oggi e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

I nuovi Vademecum coprono quattro temi di particolare rilievo per il welfare sociale della nostra regione. Si tratta di "Le misure per gli anziani non autosufficienti tra lavoro di cura, residenzialità e cure intermedie", " Lo sviluppo dei servizi per la disabilità in Lombardia tra sistema d'offerta e modalità di intervento", "Il sostegno alla famiglia e alla genitorialità nel welfare lombardo" e uno speciale Vademecum che raccoglie alcune analisi relative all'attuazione degli obiettivi di riforma del welfare declinati con la dgr 116 alla scadenza dei due anni di legislatura, mostrando i principali risultati raggiunti e quelli ancora da declinare, che abbiamo voluto intitolare "La Giunta Maroni a metà percorso: obiettivi raggiunti e sfide aperte."

I risultati del nostro sito, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti, continuano ad essere positivi e fanno registrare una costante crescita. Ciò è per noi motivo di soddisfazione per i risultati positivi ottenuti e fattore di spinta ad intervenire sulle nostre aree di miglioramento. Crediamo in questo senso che i Vademecum siano una buona opportunità per far circolare ancora di più i nostri articoli, anche tra quanti hanno meno occasione per seguire il sito con continuità, e promuovere così la diffusione e l'allargamento del dibattito sul welfare sociale nella nostra regione.

Speriamo che i Vademecum possano servire a chi è – a qualunque titolo – impegnato nel welfare sociale lombardo e interessato al suo futuro. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, settembre 2015

Introduzione

di Valentina Ghetti

Il compendio presenta i principali articoli pubblicati nell'anno in corso riguardanti il tema della non autosufficienza.

Una prima parte illustra alcuni dati di riferimento, sia sul fenomeno e la domanda potenziale che sull'offerta di servizi presente sul territorio regionale. Una seconda ripropone analisi e commenti su alcuni dei principali temi toccati da questo ultimo anno di legislatura.

Qualche dato

Il primo articolo illustra le evidenze emerse dall'indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" - detta anche Multiscopo, mostrando l'incidenza della popolazione con limitazioni funzionali, la sua distribuzione per fasce d'età e una comparazione della situazione lombarda con altre regioni del nord del paese. Dati che mostrano un fenomeno, senza dubbio, di crescente rilievo nella nostra società e fortemente correlato alle classi di età più vecchie: in Lombardia il 27% degli ultra 75enni presentano limitazioni alla propria autonomia.

I successivi articoli propongono invece una fotografia del sistema d'offerta lombardo. A partire dai data base regionali sulle diverse unità d'offerta (raccolti nel sistema open data) viene mostrato lo stato attuale della dotazione di servizi residenziali, semiresidenziali e a ciclo diurno, analizzandone l'andamento nel corso dell'ultimo quinquennio e la capacità di copertura rispetto alla popolazione target. Ne esce una fotografia che mostra un sistema d'offerta in progressiva crescita, seppur ancora attraversato da alcune criticità strutturali su cui è fondato il welfare regionale (es. squilibrio residenzialità – domiciliarità; disomogeneità territoriale…).

L'ultimo articolo di questa sezione, fa un affondo specifico sui Lea sociosanitari (copertura ADI anziani ultra65 , n.posti equivalenti per assistenza residenziale anziani overi65), commentando i dati risultanti dall'ultima verifica effettuata dal Ministero della Salute, mostrando non solo il posizionamento regionale ma un'interessante comparazione tra la Lombardia e le altre Regioni.

Non autosufficienza e lavoro di cura

Questo anno di legislatura è stato attraversato dalla emanazione di una legge regionale che determina interventi in favore del lavoro di assistenza e cura degli assistenti famigliari. Una legge che pone riferimenti importanti per cominciare ad intraprendere un percorso di progressiva regolazione di questo mercato e di integrazione tra i diversi interventi in atto a livello territoriale.

Il primo articolo propone un commento alla legge, mostrandone gli aspetti più rilevanti dell'atto emanato dal Consiglio e, al contempo, nominando le condizioni necessarie per il suo effettivo successo: risorse congruenti all'entità del fenomeno; percorsi formativi adeguati alle possibilità reali delle persone che si occupano di cura; l'integrazione tra i diversi soggetti che intervengono su questo tema (servizi sociali dei comuni, patronati, cooperazione sociale, volontariato…).

Il secondo inquadra la legge all'interno del fenomeno fotografato dal lavoro di ricerca del Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. L'articolo ripropone i punti salienti del lavoro di ricerca, mostrando la dimensione del fenomeno (circa 400 mila anziani non autosufficienti in regione) e chi si prende cura di loro, su quali risorse le famiglie possono contare e di che cosa c'è più bisogno oggi.

I temi del 2015: vendor rating, appropriatezza e cure intermedie

Oltre alla già citata legge regionale sul lavoro di cura, l'anno è stato attraversato da altri temi che interessano l'area della non autosufficienza. Come di consueto a dettare l'agenda regionale e i lavori di regolazione del sistema di welfare regionale è stata la delibera delle regole di esercizio per l'anno 2015 che han posto alcuni temi all'attenzione del lavoro di analisi di LombardiaSociale.

Questa sezione di apre con una sintesi delle regole, così da inquadrare i temi di investimento della Giunta e prosegue poi con alcuni articoli di commento specifici. I primi due sull'ipotesi di introduzione di un sistema di vendor rating (letteralmente classificazione dei fornitori) per le RSA lombarde. Nel primo articolo viene spiegato il percorso proposto dall'Assessore Cantù e alcune prime perplessità identificate dai gestori; nel secondo viene illustrato il confronto avvenuto successivamente tra Regione e rappresentanze dei gestori, evidenziati i correttivi e le migliorie introdotte e nominate alcune attenzioni necessarie per l'applicazione del sistema.

Un ulteriore approfondimento riguarda l'introduzione degli indicatori di appropriatezza in ambito sociosanitario, stabiliti già nel 2014 e su cui nell'anno sono state avviate prime applicazioni sperimentali. Il primo contributo propone un commento con specifico riferimento alle RSA, mostrando positività riconosciute e alcune criticità di fondo. Il secondo precisa gli elementi generali di criticità del sistema

su cui si è focalizzato successivamente un lavoro di confronto e dibattito diretto tra gestori e regione.

Ultimo tema è riferito all'impegno che la Regione ha assunto nel ridisegnare l'ampio spettro di cure che si articolano nella fase post-ospedaliera, denominato *cure intermedie*. Qui si riporta un articolo di commento ad opera del sindacato che, richiamando l'assetto di revisione proposto dalla Regione, lo commenta e suggerisce alcuni elementi di attenzione.

Qualche dato

Le persone con limitazioni funzionali: quante sono e cosa sappiamo di loro?

di Laura Pelliccia

7 aprile 2015

Temi > Anziani, Disabilità, Istat

Quante sono le persone con limitazioni funzionali? Quali sono i dati specifici per la Lombardia? La recente diffusione dell'Indagine Istat Multiscopo permette di cogliere alcune interessanti informazioni sull'universo delle persone con limitata autonomia.

Si discute molto dell'avanzare del fenomeno della non autosufficienza ma non sempre è possibile supportare questo dibattito con evidenze, soprattutto a causa della frammentarietà e disomogeneità tra i vari territori dei dati di fonte amministrativa. Le statistiche sulle condizioni di salute possono costituire un utile supporto per osservare l'attuale livello di bisogno e come esso si modifica nel tempo. Quest'anno, dopo doversi anni di mancato aggiornamento (l'ultima edizione era datata 2004-2005), l'Indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"(detta anche Multiscopo), ha rilevato, nell'ambito delle generali condizioni di salute e dei relativi fattori di rischio/prevenzione, una serie di informazioni sulle persone con limitazioni funzionali. **Nelle precedenti edizioni, pur utilizzando la stessa metodologia di rilevazione[1], si parlava di disabilità**; **oggi**, per necessità di adeguamento alla definizione ICF dell'Oms – che non concepisce più la disabilità "*come riduzione di capacità determinata da malattia o menomazione, ma come la risultante di una interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali*"- **l'Istat fa riferimento al concetto di limitazioni funzionali**; nello specifico si tratta della popolazione che presenta difficoltà in alcune specifiche dimensioni (dimensione fisica, autonomia nelle funzioni quotidiane, dimensione comunicativa)[2]. Ripercorriamo i risultati di maggior interesse, premettendo che:

- si tratta di un'indagine di tipo campionario;
- si considerano le sole persone che vivono in famiglia dai 6 anni in su;

- la rilevazione si basa su una serie di domande a cui gli intervistati rispondono secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia.

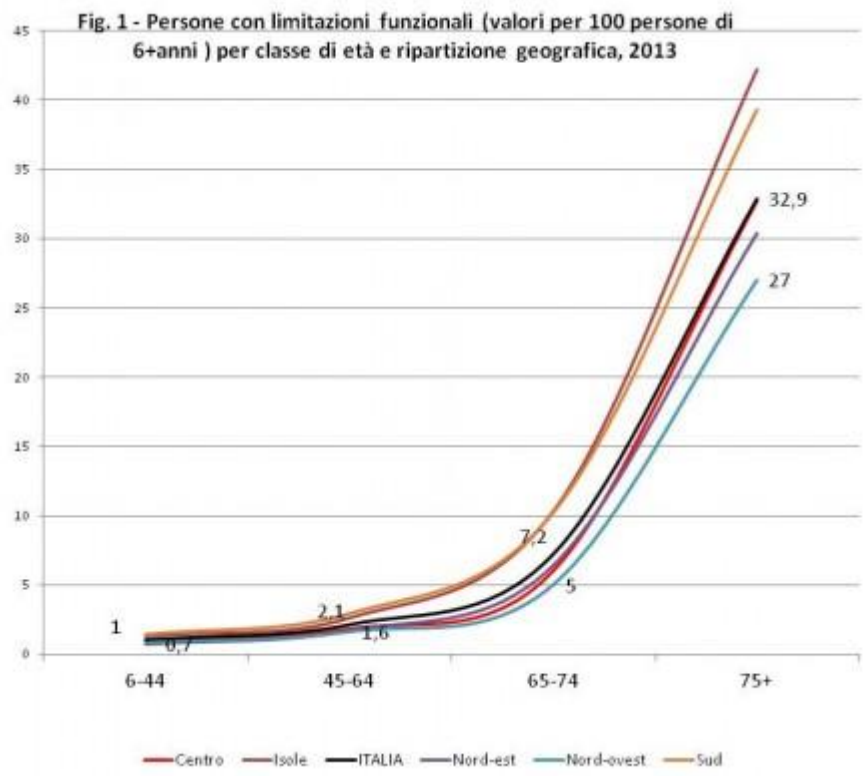
Ove la disponibilità di dati lo consente (non tutti i risultati sono disponibili con il dettaglio per regione), illustreremo i risultati specifici per la Lombardia; in alternativa si farà riferimento ai risultati emersi per l'Italia del Nord Ovest o alle tendenze su scala nazionale.

Quante sono le persone che sperimentano limitazioni?

Da un punto di vista numerico le persone con limitazioni funzionali al di sopra dei 6 anni che vivono in famiglia nelle regioni del Nord Ovest sono oggi 695.000, di cui 413.000 in Lombardia. A titolo di confronto nel 2004-2005 per la stessa regione, si stimavano 337.000 nelle stesse condizioni[3]. In Lombardia si è passati da un'incidenza sulla popolazione target della Multiscopo del 3,8%, all'attuale 4,5%, tendenza all'incremento che viene confermata anche dai dati nazionali (nel complesso delle regioni si passa dal 4,8 al 5,6%). E' un fenomeno, senza dubbio, che sta assumendo sempre maggior rilievo nella nostra società.

Quanto sono diffuse le limitazioni funzionali nelle varie fasce d'età

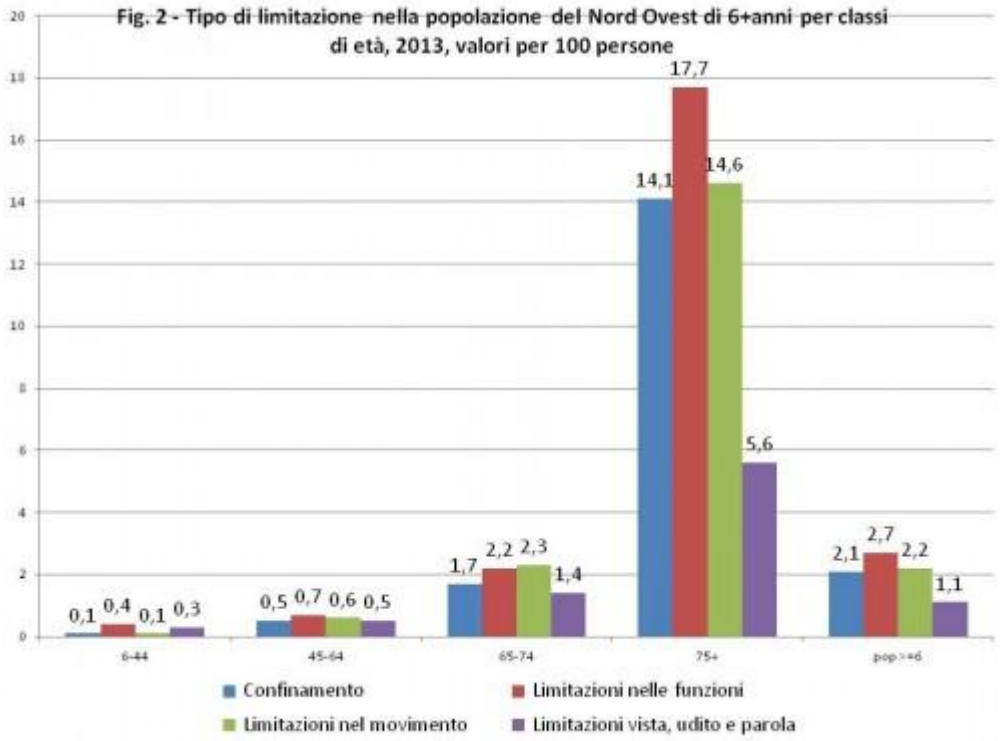
Al di là dei numeri complessivi, vale la pena riflettere sui fattori di questo aumento della numerosità. L'aspetto più significativo è senza dubbio quello **di una concentrazione della casistica di persone con limitazioni di autonomia che aumenta in maniera esponenziale nelle classi di età più vecchie (Fig. 1)**: nella nostra ripartizione territoriale si passa da un'incidenza dell''1,6% nella fascia 44-64 anni, al 5% nella fascia 65-74, al 27% degli anziani over 75 (in ogni caso il fenomeno è comune a tutte le ripartizioni territoriali). Dunque l'invecchiamento della popolazione incide sostanzialmente sull'avanzare di questo fenomeno, anche se occorre prudenza nel considerarlo l'unico fattore da cui dipendono le variazioni del livello di limitazione di autonomia. Purtroppo con i dati disponibili, non sono possibili confronti con il passato, isolando il fattore invecchiamento[4].



Quali tipi di limitazioni sono più diffuse?

Come premesso, a seconda della sfera di autonomia compromessa si possono individuare diversi tipi di limitazioni funzionali: il confinamento, le difficoltà nel movimento, le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (Adl), le difficoltà della comunicazione (udito/vista/parola). Si ricorda che uno stesso individuo può essere interessato da diversi tipi di limitazione, pertanto il tasso complessivo di persone con limitazione funzionali non si ottiene come somma dei tassi delle diverse tipologie.

Nelle regioni del Nord-Ovest (**Fig. 1**), nella popolazione al di sopra dei 6 anni, tra i 4 domini contemplati **la mancanza di autonomia più diffusa è quella nelle Adl (2,7%), seguita dalle limitazioni nel movimento (2,2%) e dal confinamento (2,1%)**. **A confronto le limitazioni comunicative rivestono un ruolo minoritario**. Questo ordine di importanza è determinato soprattutto dalla distribuzione che si riscontra nella fascia dei grandi anziani (al contrario nei più giovani rilevano quasi esclusivamente le limitazioni nelle funzioni e quelle sensoriali). I dati specifici sulla Lombardia dimostrano una diffusione delle varie limitazioni abbastanza analoga a quella delle regioni del Nord-Ovest[5]; l'unica peculiarità della regione è una presenza relativamente limitata, rispetto alle regioni limitrofe, della casistica delle limitazioni nel movimento.

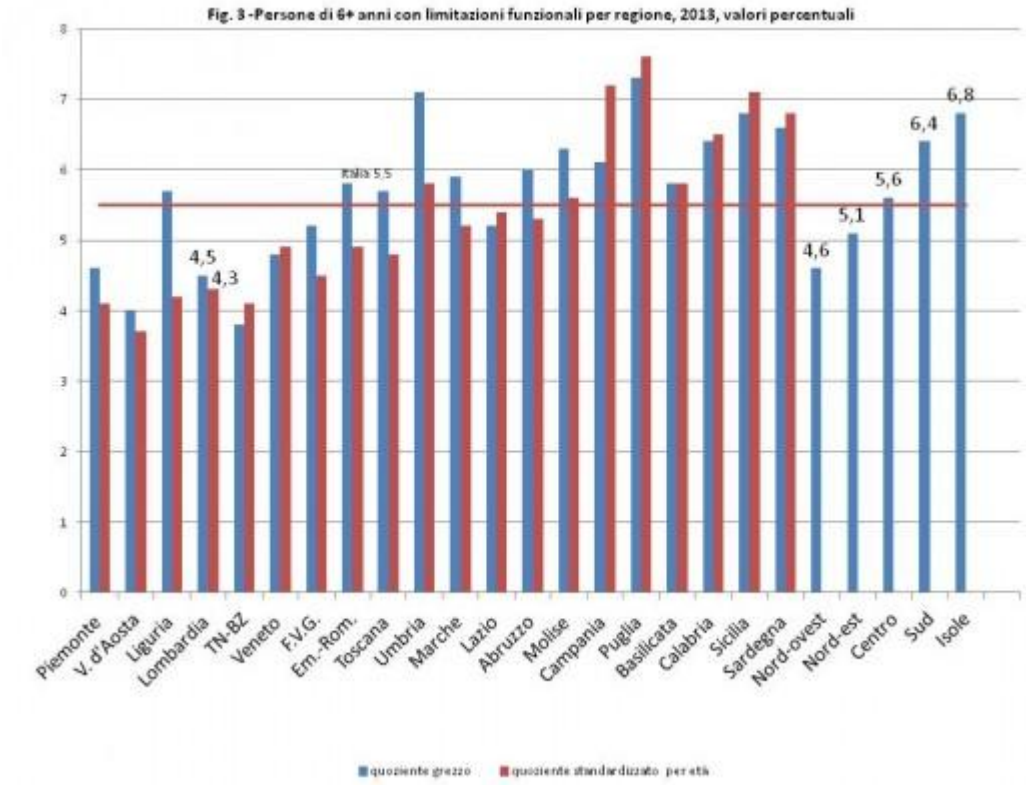


Come si posizionano le varie regioni?

E' interessante confrontare i dati sulle limitazioni della Lombardia con quelli delle altre regioni (**Fig. 3**). Un primo termine di confronto è quello della diffusione nella popolazione residente: premesso che si rileva una forte variabilità nel paese, da un minimo del 4,6% del Nord Ovest al massimo del 6,8% delle Isole, **la Lombardia con il 4,5% si colloca ben al di sotto della media nazionale, agli ultimi posti della distribuzione** (solo Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige presentano valori inferiori) e, in ogni caso, essa presenta valori piuttosto bassi rispetto alle realtà limitrofe. Questo primo tipo di confronti è importante per evidenziare l'entità del bisogno effettivo di ogni regione, quello a cui è chiamata a rispondere la programmazione (ad esempio per gli interventi di assistenza domiciliare); per quanto ovvio, il livello di bisogno è influenzato dalla struttura demografica di ogni territorio.

In alternativa, si può confrontare l'incidenza delle limitazioni funzionali nell'ipotesi che tutte le regioni abbiano la stessa struttura demografica (quozienti standardizzati per età), un indicatore di grande rilevanza dal punto di vista epidemiologico (**Fig. 3**). Quando si depurano i tassi grezzi dall'influenza della struttura demografica – si tenga conto che in genere è al Centro-Nord che incide di più la vecchiaia – le posizioni relative nella classifica della diffusione delle limitazioni funzionali si modificano (è emblematico, ad esempio il caso della Liguria che, depurata della sua nota alta presenza di anziani, passa dal dodicesimo posto calcolato sui tassi grezzi al diciassettesimo dei tassi standardizzati; all'opposto la Campania, quando si azzera il

vantaggio della popolazione relativamente giovane, diventa la seconda regione per prevalenza delle limitazioni funzionali). **Nel caso della Lombardia risulta che se la regione avesse la stessa struttura demografica del resto del paese, l'incidenza della disabilità negli assistiti in famiglia sarebbe leggermente ridimensionata (dal 4,5 al 4,3%); essa si conferma comunque un territorio convalori piuttosto contenuti nel panorama del Centro-Nord**.



Un focus sugli anziani

Rispetto a queste evidenze relative all'intera popolazione, è utile un focus sugli over 65enni, per isolare rispetto al fenomeno generale della non autosufficienza, la questione anziani (**tab. 1**)[6]. Anche in questo caso, tenendo sotto controllo la struttura demografica, il primato della maggior prevalenza di anziani con mancanza di autonomia va al Sud (di rilievo, in ogni caso nel Centro-Nord, il valore elevato dell'Umbria). **La Lombardia, con un tasso standardizzato del 15,7%, presenta una diffusione leggermente superiore alla media delle regioni del Nord Ovest**(tutte tra il 14 e il 16%) ma, in ogni caso, **si posiziona ben al di sotto delle regioni del Nord-Est** (tra il 15 e il 19%) **e del Centro Sud** (dove si arriva fino al 27%).

Tab. 1 – Persone di 65+anni con limitazioni funzionali, 2013, per regione, valori percentuali (quozienti standardizzati per età)

Piemonte	14,7	Marche	19,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	14,4	Lazio	19,4
Liguria	15,0	Abruzzo	19,2
Lombardia	15,7	Molise	20,6
Trentino – Alto Adige	15,3	Campania	25,2
Veneto	18,7	Puglia	26,9
Friuli-Venezia Giulia	17,4	Basilicata	19,7
Emilia-Romagna	17,9	Calabria	22,8
Toscana	17,6	Sicilia	25,5
Umbria	21,3	Sardegna	25,4
		ITALIA	**19,8**

La necessità di integrare questi dati

Ai fini dei ragionamenti sulla diffusione della non autosufficienza nei vari territori, è necessario ribadire che la Multiscopo cattura esclusivamente la popolazione che risiede in famiglia,**trascurando quella istituzionalizzata; quest'ultima casistica, sebbene minoritaria rispetto alla prima, può fare la differenza e, in ogni caso, incide in maniera diversa nelle singole regioni, a seconda dello sviluppo dell' assistenza residenziale.** Con riferimento all'universo degli anziani, ad esempio, a livello nazionale si stima che l'1,6% della popolazione sia accolta in presidi residenziali in quanto non autosufficiente[7], percentuale che in Lombardia raggiunge il 2,9% (pari a 59.418 unità). Per avere un'idea complessiva del fenomeno della non autosufficienza occorre considerare l'insieme delle due popolazioni (quella a domicilio e quella istituzionalizzata), ma è bene precisare che non vi è garanzia di uniformità tra il concetto di anziani con limitazioni funzionali a domicilio della Multiscopo e quello di non autosufficienza dell'Indagine sui presidi.

Ancora più complicata è la ricognizione complessiva sugli under 65, dal momento che la rilevazione sui presidi è in grado di fornire solo una stima degli adulti con disabilità e patologia psichiatrica della fascia 18-64 anni (0,16 per mille in Lombardia, pari a 9.636 unità).

L'indisponibilità di dati uniformi sulla disabilità-non autosufficienza costituisce un limite dei nostri sistemi statistici che oggi condiziona pesantemente la possibilità di effettuare una programmazione dei servizi basata sulle evidenze. Sarebbe importante investire su questo campo, attraverso un sistema nazionale metodologicamente robusto, che superi la frammentarietà oggi esistente.

Altre informazioni di rilievo che emergono dalla Multiscopo

Oltre ai risultati sopra esposti, la Multiscopo è importante perché permette di tracciare un quadro delle condizioni che sperimentano le persone con ridotta autonomia. Innanzi tutto essa evidenzia la **forte associazione tra la presenza di malattie croniche e l'esistenza di limitazioni funzionali** (**Tab. 2**): ad esempio, se il diabete interessa il 17,3% degli ultrasessantacinquenni, negli anziani con limitazioni funzionali l'incidenza arriva al 26,9%, nel caso delle bronchiti-enfisema polmonare, si passa dall'11,3 al 20,1%, per l'osteoporosi dal 25,8 al 47,2%. **L'alzheimer e le altre demenze senili interessano oggi il 4,3% degli anziani** (se ci si concentra sulle sole persone con limitazioni si arriva al 14,3%).

Un altro fenomeno di grande interesse che emerge dalla rilevazione è il **rapporto la tra presenza di persone con ridotta autonomia e le condizioni economiche familiari**: la percentuale di famiglie del Nord che ha giudicato le proprie risorse scarse o insufficienti è del 32,6% per i nuclei senza persone con limitazioni funzionali, nel caso invece di presenza nella famiglia di almeno un soggetto con ridotta autonomia la probabilità di avere criticità economiche sale al 47% (52,6% se il soggetto ha tra i 6-64 anni, 46% nel caso di persona anziana), **a riprova della elevata associazione** delle due condizioni di fragilità.

Quanto al **contesto familiare in cui vivono le persone con ridotta autonomia**, nel caso di giovani e adulti la situazione più frequente è quella di convivenza con i genitori (ad esempio, il 58,6% delle persone con ridotta autonomia della fascia 6-44 anni convive con entrambi i genitori); nella fascia 65-74 anni le persone con limitazioni vivono principalmente (40,1%) con il solo coniuge, ma non sono rari i casi di persone sole (24,2%); il fenomeno di anziani con limitazioni che vivono da soli si amplifica nella fascia degli ultra 75enni, interessando il 46,4% dei soggetti.

Oltre ai dati sulle limitazioni funzionali, la Multiscopo ha reso noti anche altri risultati su alcune questioni oggi cruciali per le politiche sanitarie, come quella della **multicronicità**: il 15,3% della popolazione nazionale è interessato da 3 o più malattie croniche, quoziente che arriva al 34% nella fascia 64-74 anni e al 51,4% negli over 75. Anche l'incidenza della multi cronicità aumenta in modo considerevole quando si considera la sola popolazione con limitazioni.

Tab. 2 – Persone di 6 anni e più per tipo di malattie croniche secondo la presenza di limitazioni funzionali e la classe di età, 2013, valori percentuali

TIPO DI MALATTIE	TOTALE popolazione				di cui popolazione CON LIMITAZIONI FUNZIONALI			
	Classi di età				Classi di età			
	6-44	45-64	65 e più	Totale	6-44	45-64	65 e più	Totale
Asma	3,8	3,8	6,4	4,4	4,9	7,9	10,1	9,4
Allergia	13,1	11,1	8,4	11,5	11,6	13,2	9,2	9,8
Celiachia	0,7	0,5	0,3	0,5	1,3	1,3	0,4	0,6
Diabete	0,8	6,0	17,3	6,0	3,0	16,0	26,9	23,6
Ipertensione	2,1	22,1	48,6	18,4	2,9	31,6	57,1	49,5
Infarto del miocardio	0,1	1,8	6,4	2,0	0,0	4,5	10,3	8,7
Angina pectoris	0,0	0,6	2,3	0,7	0,2	1,5	4,6	3,8
Altre malattie del cuore	0,8	3,2	12,9	4,2	4,7	8,7	23,0	19,8
Ictus	0,1	0,9	5,2	1,5	2,6	9,5	14,8	13,1
Artrosi, Artrite	1,7	18,6	50,4	17,6	4,5	32,5	70,8	60,7
Osteoporosi	0,2	6,0	25,8	7,7	1,5	13,4	47,2	39,5
Tumore maligno	0,3	1,9	4,5	1,7	1,3	8,3	6,7	6,4
Cefalea o emicrania ricorrente	9,6	14,5	11,2	11,4	11,6	20,6	16,5	16,5
Alzheimer, Demenze senili	0,0	0,1	4,3	1,0	0,0	2,5	17,4	14,3
Parkinsonismo	0,0	0,1	1,7	0,4	0,3	1,2	6,2	5,1
Depressione	1,6	5,2	10,4	4,6	9,6	25,2	23,6	22,5
Ansietà cronica grave	1,1	3,6	7,5	3,3	6,9	18,1	16,3	15,7
Disturbi del comportamento alimentare	0,4	0,6	0,6	0,5	3,0	4,0	1,3	1,7
Cirrosi epatica	0,1	0,3	0,7	0,3	0,3	2,2	1,0	1,0
Malattie della toroide	2,4	7,7	8,6	5,4	4,5	11,4	9,8	9,5
Insufficienza renale cronica	0,2	0,9	4,4	1,3	0,3	4,9	10,4	8,9
Bronchite cronica, enfisema	1,0	3,3	11,3	4,0	2,6	9,8	20,1	17,4
Altra malattia o condizione patologica	1,9	4,0	4,0	3,0	11,5	12,9	4,7	6,2

[1] Si somministra una batteria di indicatori predisposta sulla base dell'ICIDH che include anche la misurazione delle Adl

[2] Si definisce *persona con limitazioni funzionali* quella che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni

temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, eccetera).

[3] Tasso grezzo rilevato dalla Multiscopo 2004-2005 x popolazione al 01/01/2005.

[4] Nella precedente indagine 2004-2005 erano stati confrontati i dati sulla diffusione della disabilità con quelli del 1999, nell'ipotesi di costanza della struttura demografica della popolazione tra le due epoche. L'esercizio non è stato ripetuto nel 2013.

[5] In Lombardia, nella popolazione al di sopra dei 6 anni, il confinamento incide per il 2,1%, le limitazioni nelle funzioni per il 2,6%, quelle nel movimento per il 2%, quelle comunicative per l'1%.

[6] Purtroppo, per gli anziani, non sono stati pubblicati i dati grezzi per regione (che sarebbero stati molto indicativi del bisogno di assistenza di ogni territorio), ma solo quelli relativi alla popolazione standardizzata.

[7] Istat, i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari anno 2012, numero di anziani non autosufficienti presenti nelle singole strutture al 31/12/2012. In questa rilevazione si considerano non autosufficienti le *"Persone di età superiore a 65 anni che sono dichiarati non autosufficienti a seguito di valutazione multidimensionale da parte di un'equipe multidisciplinare",*senza che sia definito una scala/questionario uniforme su base nazionale.

Dati e ricerche

I servizi residenziali in Lombardia: tra dotazione ed equità territoriale

Ricognizione sul sistema d'offerta per la residenzialità. Analisi dei dati disponibili su Open data regionale

di Valentina Ghetti

8 maggio 2015

Temi > Anziani, Disabilità, Famiglia e minori, RSA, RSD, Tutela

A quanto ammonta l'offerta residenziale in Lombardia? Quante strutture e quanti posti? Quale evoluzione ha subito in questi ultimi anni? Come è distribuita territorialmente l'offerta e che livello di copertura del bisogno garantisce? Inizia, con questo approfondimento sulla residenzialità, una ricognizione sullo stato dell'offerta del welfare sociale lombardo.

Con questo approfondimento cominciamo un percorso di analisi dello stato dell'offerta di servizi socio sanitari e socio assistenziali in regione Lombardia. Un approfondimento che propone l'analisi di dati pubblici, raccolti e periodicamente aggiornati dalla Regione all'interno del sistema Open data.

Questa fotografia si propone di offrire ai lettori un aggiornamento di quanto rilevato in occasione della valutazione della IX legislatura (Come cambia il welfare lombardo), osservando l'evoluzione vissuta dal welfare regionale nell'arco degli ultimi 5 anni.

Questa ricognizione prende avvio dai servizi di tipo residenziale rivolti alle persone anziane, disabili e minori e proseguirà nei prossimi mesi con l'analisi delle altre tipologie di offerta, a ciclo diurno e domiciliari.

Anziani non autosufficienti: RSA e alloggi protetti

Le RSA contano in Lombardia quasi **62mila posti autorizzati** (61.942), **di cui il 96,2% accreditati**, confermando la nostra regione come il territorio in cui si concentra oltre un terzo dell'offerta di posti dell'intero paese.

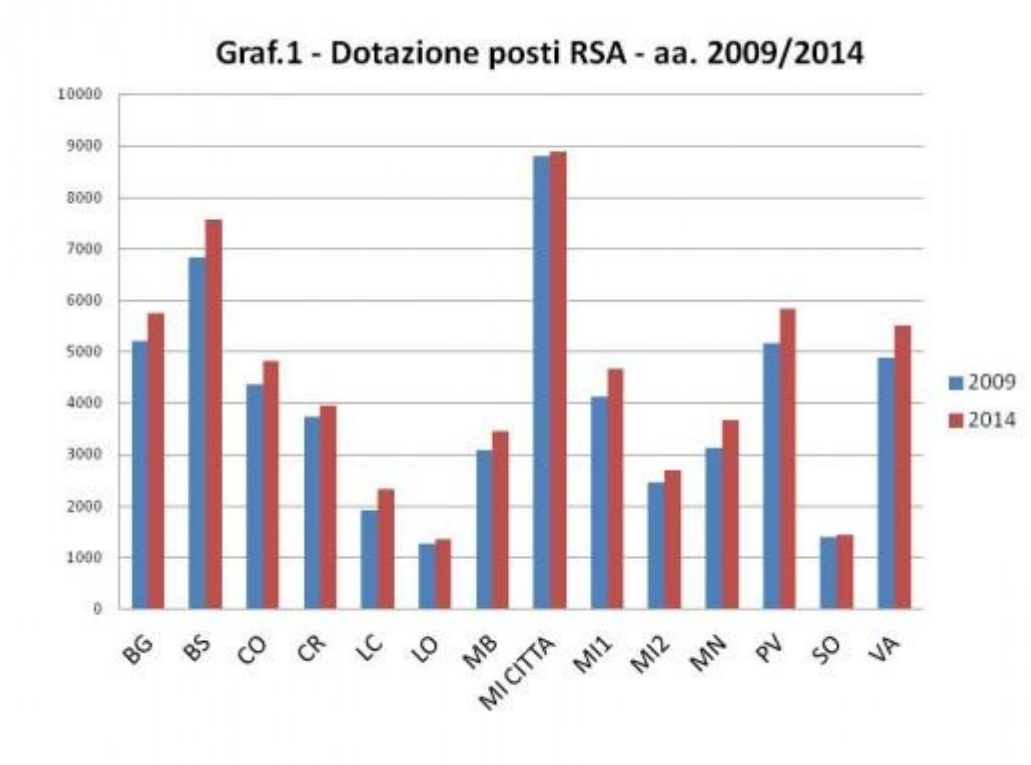
Un'offerta **aumentata negli ultimi 5 anni di quasi 10 punti percentuali, con una crescita superiore a quella del quinquennio precedente**, e che ha interessato maggiormente le province di Mantova (+21%) e Lecco (+16%) – cfr Graf.1.

Una crescita che tuttavia **non è riuscita stare al passo con l'incremento della popolazione anziana del territorio lombardo. Il tasso di copertura della popolazione ultra 75enne è infatti sceso**: nel 2009 era complessivamente 6,2, oggi invece è pari a 5,9.
Non è stato dunque mantenuto il tasso di incremento immaginato qualche anno fa, quando veniva richiamato l'obiettivo di raggiungere il 7% della popolazione anziana del territorio (dgr 4574/2012 e PSR 2002-2004).

Nelle ultime regole di sistema viene indicato il tasso di copertura dei posti Rsa sulla **popolazione anziana** NON AUTOSUFFICIENTE**, dichiarando una presenza media di posti ogni 2,1 anziani**. Un tasso di copertura del bisogno dunque decisamente superiore se si circoscrive la platea dei beneficiari potenziali agli anziani che presentano limitazioni della propria autonomia. Seppur sia un dato di rilievo, è da segnalare come non sia affatto chiaro il calcolo di tale stima: non esiste infatti una definizione ufficiale ed univoca sulla non autosufficienza e i documenti regionali non consentono di chiarire pienamente questo aspetto.

Rispetto all'incremento degli ultimi anni, è interessante notare come **l'aumento della dotazione di posti letto riguardi in misura maggiore le province già dotate di livelli di copertura sopra la media** – Cremona e Pavia – che vedono dunque crescere ulteriormente il proprio tasso di copertura.
Le province che la Regione ha recentemente indicato come destinatarie dei prossimi incrementi (si veda la delibera delle regole 2015) – Monza e Brianza, Bergamo, Milano e Varese – sono quelle che, nonostante il potenziamento, si posizionano ancora sotto la media regionale (Tab.1).

Ai posti nelle RSA si aggiungo poi altri circa 1.000 posti in alloggi protetti: 59 strutture sul territorio lombardo, per 949 posti letto.



Tab.1 – % posti letto RSA autorizzati su popolazione +75 – aa. 2009/2014

	p.l.% +75 aa (2009)	p.l.% +75 aa (2014)
Bg	6,1	5,7
Bs	6,1	6,3
Co	8,9	7,8
Cr	8,1	9,5
Lc	9,9	6,5
Lo	6,2	6,1
Mb	4,5	4,0
Mi citta	4,9	4,4
Mi1	5,5	5,0
Mi2	5,6	5,2
Mn	6,4	7,6
Pv	7,1	8,7
So	8,5	7,3
Va	8,2	5,8
Tot	6,2	5,9

Sul fronte dei soggetti gestori, in questi anni è **ulteriormente diminuita la presenza del pubblico**, già dimezzata dopo il 2003 a seguito della legge di riforma delle Ipab. Nel

2010 la gestione pubblica pesava l'11,5% mentre oggi tale percentuale è scesa di ulteriori due punti percentuali (9,4%).

Sostanzialmente stabile il privato, che si conferma per oltre il 75% di tipo non profit (in prevalenza Fondazioni). All'interno di questa categoria, gli enti ecclesiastici sono la tipologia giuridica che è cresciuta maggiormente.

La presenza del privato profit nella gestione di RSA rimane di fatto invariata – 16,5% – con uno spostamento verso le srl rispetto ad altre forme giuridiche.

Tab.2 – Natura giuridica degli enti gestori delle RSA – 2014

	2014	**%**	**2010**	**%**	**2004**	**%**	**2001**	**%**
Ipab					2	0,3	239	46,1
Asp	18	2,6	20	3,1	24	4,2	1	0,2
Asl	1	0,1	2	0,3	3	0,5	2	0,4
Azienda speciale	14	2,0	17	2,6	5	0,9	3	0,6
Comunale	29	4,2	30	4,6	54	9,4	59	11,4
Consorzio di ee.ll.	3	0,4	1	0,2	2	0,3	2	0,4
Spa socio pubblico			4	0,6	2	0,3		
Totale pubblico	**65**	**9,4**	**74**	**11,4**	**90**	**15,6**	**306**	**59,1**
Ente ecclesiastico	64	9,3	46	7,1	79	13,7	83	16,0
Ente morale	10	1,4	27	4,2	9	1,6	7	1,4
Fondazione	313	45,4	286	44,0	271	47,0	47	9,1
Associazione	17	2,5	21	3,2	16	2,8	11	2,1
Cooperativa	107	15,5	95	14,6	62	10,8	37	7,1
Totale privato non profit	*511*	*74,1*	*475*	*73,1*	*437*	*75,9*	*185*	*35,7*
Impresa individuale	1	0,1	5	0,8	1	0,2		0,0
Srl	96	13,9	81	12,5	48	8,3	27	5,2
Spa sas	16	2,3	19	2,9		0,0		0,0
Altro	1	0,1		0,0		0,0		0,0
Totale privato for profit	*114*	*16,5*	*105*	*16,2*	*49*	*8,5*	*27*	*5,2*
Totale privato	**625**	**90,6**	**580**	**89,2**	**486**	**84,4**	**212**	**40,9**

Persone con disabilità: RSD e CSS

Seppur, in termini assoluti, si tratti di numeri molto più contenuti rispetto alle RSA, anche i servizi a ciclo residenziale per la disabilità hanno visto un progressivo incremento.

Una crescita particolarmente significativa, dettata dalla **specifica volontà di questa Giunta, che sul potenziamento dell'offerta rivolta alle persone con disabilità ha investito gran parte dell'azione regionale nel primo anno di legislatura** (si veda articolo precedente).

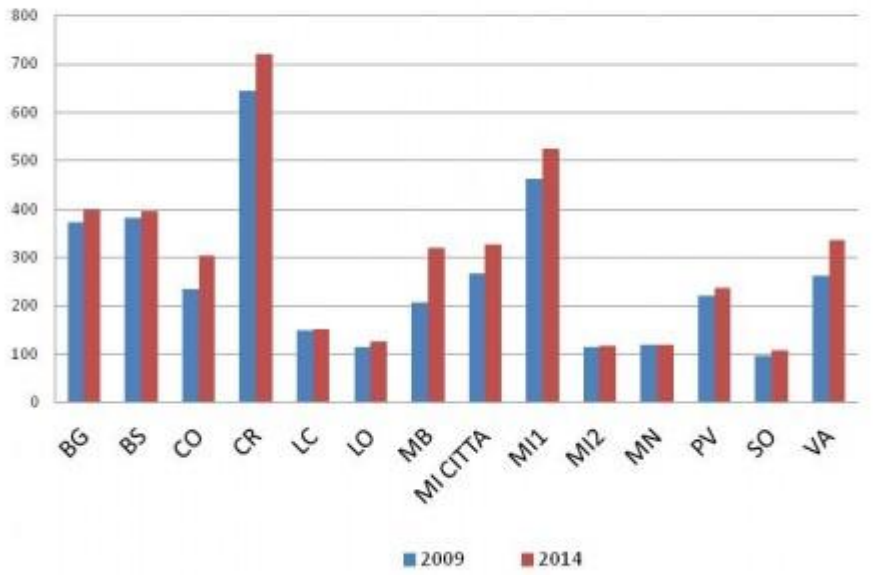
Le RSD sul territorio lombardo sono complessivamente 92 per circa 4.200 posti, aumentati del 15% dal 2009 ad oggi.

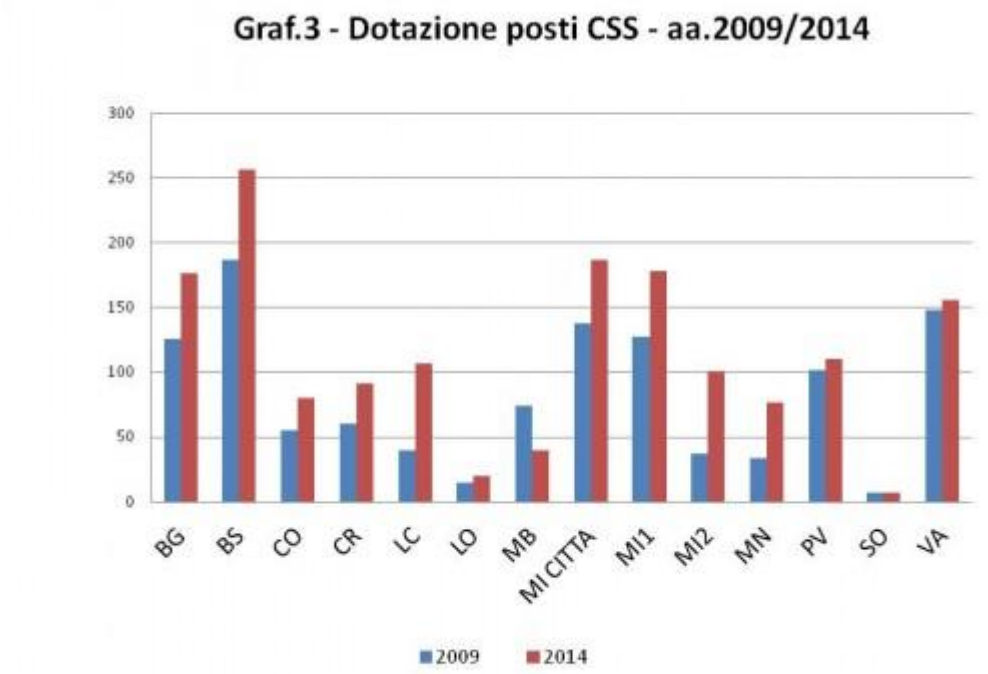
Gli incrementi maggiori hanno riguardato le province di Monza e Brianza, Como e Varese, mentre le province con la maggior concentrazione di offerta sono Milano e Cremona – Graf.2.

Un particolare potenziamento ha riguardato poi i posti delle CSS, cresciuti in cinque anni di circa il 38%, passando da 1.150 posti del 2009 ai quasi 1.590 del 2014 – Graf.3.

Un investimento complessivo sulla disabilità che dunque sembra aver avuto differenti velocità, più elevata sulle CSS, ovvero quelle tipologie a carattere meno intensivo e dunque decisamente meno impegnative anche dal punto di vista finanziario.

Graf.2 - Dotazione posti RSD - aa. 2009/2014





Minori: le comunità

Sono **oltre 4mila i posti invece dedicati ai minori sotto tutela (4.089)**, di cui per oltre due terzi comunità educative e la restante quota divisa tra alloggi per l'autonomia (15%) e comunità di tipo familiare (7%).

Tutte queste tipologie di offerta hanno visto incrementi, anche di un certo rilievo: **il dato degli alloggi per l'autonomia nell'arco degli ultimi 7 anni è triplicato, e anche la dotazione di posti in comunità di tipo familiare è più che raddoppiata**.

Sappiamo che la collocazione geografica di queste unità d'offerta non risponde direttamente ad alcun principio di fabbisogno, poiché spesso per esigenze di tutela vengono privilegiati allontanamenti dai contesti di provenienza e favoriti collocamenti fuori territorio. Tuttavia è interessante notare come la **distribuzione geografica dei posti residenziali per minori sia per oltre il 40% ubicata in provincia di Milano**, seguita dai territori di Pavia e Varese, che però superano di poco il 10% dell'offerta totale.

Tab.3 – Distribuzione territoriale unità d'offerta residenziali per minori – anno 2014

	Comunità alloggio		**Alloggi per autonomia**		**Comunità familiari**		**Totale strutture residenziali per minori**		
	n.strutt.	posti aut.	n.strutt.	posti aut.	n.strutt.	posti aut.	n.strutt.	posti aut.	***%***
Bg	12	104	4	13	5	29	21	146	*3,6*
Bs	25	225	10	26	4	22	39	273	*6,7*
Co	25	218	4	18	8	52	37	288	*7,0*
Cr	15	150	3	9	13	64	31	223	*5,5*
Lc	16	137	11	30	1	6	28	173	*4,2*
Lo	1	10	4	14			5	24	*0,6*
Mb	21	189	1	4	3	13	25	206	*5,0*
Mi città	108	869	105	317	8	47	221	1233	*30,2*
Mi1	25	224	15	51	4	18	44	293	*7,2*
Mi2	15	112	15	59			30	171	*4,2*
Mn	10	86			3	17	13	103	*2,5*
Pv	46	387	22	59	7	34	75	480	*11,7*
So	6	53	2	6			8	59	*1,4*
Va	44	379	10	22	3	16	57	417	*10,2*
Tot	**369**	**3143**	**206**	**628**	**59**	**318**	**634**	**4089**	***100,0***

Dati e ricerche

Lo stato dell'offerta di servizi domiciliari e a ciclo diurno in Lombardia

Ricognizione regionale sul sistema dei servizi. Un'analisi dei dati disponibili.

di **Valentina Ghetti**

13 luglio 2015

Temi > ADI, Anziani, CDD, Disabilità, Famiglia e minori, Prima infanzia

Completiamo la ricognizione sul sistema d'offerta del welfare lombardo e della sua evoluzione degli ultimi anni. Alla precedente fotografia sui servizi residenziali, l'articolo affianca il dato riferito alle diverse tipologie di offerta domiciliari e a ciclo diurno. Un'offerta anche questa generalmente in crescita, seppur con andamenti e differenziazioni territoriali importanti.

Proseguiamo il percorso di analisi sullo stato dell'offerta di servizi sociosanitari e socio-assistenziali in regione Lombardia. Un approfondimento che si basa sull'analisi di dati pubblici, prevalentemente riferiti al sistema regionale Open data e ai siti istituzionali delle singole ASL, integrati da alcuni dati derivanti indagini Istat. Un nuovo aggiornamento che completa il quadro dei servizi a ciclo diurno e domiciliare, e illustra l'evoluzione vissuta dal welfare regionale nell'arco degli ultimi 5 anni (cfr – Come cambia il welfare lombardo).

I servizi domiciliari

Assistenza domiciliare integrata – ADI

L'offerta di servizi domiciliari di tipo socio-sanitario ha vissuto un incremento considerevole negli ultimi anni. Nel 2008 nelle 15 Asl lombarde si contavano 239 operatori ADI, oggi il dato è quasi raddoppiato: 422 gestori (+77%)[1], che testimoniano il consolidamento del modello di gestione del servizio mediante accreditamento e voucherizzazione, avviato nel 2003 dall'allora Giunta Formigoni.

Gli incrementi sono generalizzati e toccano tutto il territorio regionale, seppur con intensità differenti. Si va dal caso di Pavia, che contava già un numero considerevole di

gestori e dove l'incremento 2008-2014 è stato di una sola unità, a quello dell'Asl di Lodi, passata da 3 operatori a 20 in 6 anni.

E' da notare come il mercato dell'offerta, nella realtà, sia più contenuto, poiché sono diversi i gestori che operano in più Asl, e che dunque risultano conteggiati più volte. "Ripulendo" il dato, gli accreditati risultano effettivamente 214[2], ciascun ente gestore opera dunque mediamente almeno all'interno di due Asl. Osservando il dettaglio, e mettendo a confronto gli albi degli enti accreditati delle singole Asl, si risconta una situazione piuttosto variegata: in ogni Asl accanto ad alcuni grossi gestori che hanno una diffusione a livello regionale, vi sono mediamente 3-4 soggetti, molto radicati territorialmente (tipicamente Fondazioni locali, piccole cooperative), che operano unicamente nel territorio della singola Asl, talvolta anche all'interno di un solo distretto.

Sarebbe interessante osservare se a tale incremento sia corrisposta anche un'espansione nell'uso del servizio da parte della popolazione anziana, come suggerirebbero le regole di mercato. I dati ufficiali[3] sembrano smentire una piena correlazione tra andamento dell'offerta e quello della domanda accolta. Come illustrato in un precedente articolo, l'incremento dell'utenza negli ultimi anni "*riguarda unicamente tre Asl su quindici (Mantova, Città di Milano e Milano 2)*" mentre nei restanti territori la dinamica pare inversa. Tuttavia un incremento dell'offerta come quello evidenziato – quasi raddoppiato come detto – suggerisce una certa cautela e ripropone con forza la necessità di avere a disposizione, a livello regionale, dati certi e fruibili anche su questo fronte, aspetto purtroppo ancora assente dalla sospensione della pubblicazione del Bilancio sociale regionale (si veda un precedente articolo).

Tab.1 – Numero di soggetti gestori accreditati ADI

	2008	%	2014	%	delta 2008-2014
BG	29	12,1%	42	10,0%	44,8%
BS	19	7,9%	33	7,8%	73,7%
CO	17	7,1%	28	6,6%	64,7%
CR	18	7,5%	30	7,1%	66,67%
LC	4	1,7%	9	2,1%	125,00%
LO	3	1,3%	20	4,7%	566,7%
MB	14	5,9%	30	7,1%	114,3%
MI1	35	14,6%	54	12,8%	54,3%
MI2	5	2,1%	25	5,9%	400,0%
MI CITTA'	13	5,4%	42	10,0%	223,1%
MN	13	5,4%	22	5,2%	69,2%

PV	37	15,5%	38	9,0%	2,7%
SO	7	2,9%	9	2,1%	28,6%
VA	17	7,1%	28	6,6%	64,7%
VCS	8	3,3%	12	2,8%	50,0%
	239	100,0%	422	100,0%	76,6%

Fonte: Open data

L'assistenza domiciliare socio-assisitenziale: SAD, SADH E ADM

Purtroppo **sull'assistenza domiciliare erogata dai comuni, di tipo sociale dunque, non abbiamo dati certi di rilevo regionale, né sul numero di erogatori nè sul loro sviluppo nel tempo**[4]. L'esperienza diretta ci parla di un incremento, anche nel comparto socio-assistenziale, della gestione associata tra comuni mediante l'applicazione dell'istituto dell'accreditamento e la voucherizzazione dei servizi, sia quelli rivolti agli anziani (sad) che alle persone con disabilità (sadh) e ai minori (adm)[5]. Pertanto supponiamo un trend di crescita anche del mercato degli erogatori di servizi domiciliari di questo tipo, sebbene non siamo in grado di stimarne l'entità, che crediamo però certamente inferiore a quella in area socio-sanitaria.

Un dato *proxy* ci viene dalla rilevazione Istat, ferma però al 2011[6], da cui si evince che il grado di copertura territoriale di questi servizi (ovvero il n. di comuni che erogano il servizio sul totale dei comuni lombardi) è cresciuto nel tempo, approssimandosi a coprire la totalità del territorio regionale. Quanta di questa crescita sia accompagnata dalla scelta di una gestione esternalizzata, e nello specifico mediante accreditamento (scelta che moltiplica le presenze di gestori rispetto all'appalto), non ci è dato saperlo con precisione.

In relazione all'utenza, i dati parlano sostanzialmente di una stabilizzazione, con la sola eccezione dell'assistenza domiciliari disabili, che dal 2005 al 2011 ha visto l'incremento di oltre 1 punto percentuale.

Tab.2 – Indice di copertura territoriale dei servizi e presa in carico dell'utenza

	2005		2008		2011	
	Copertura territ.	Presa in carico	Copertura territ.	Presa in carico	Copertura territ.	Presa in carico
SAD	90,3	1,6	92,1	1,7	94,2	1,6
ADM	70,9	0,1	80,3	0,2	94,2	0,2
ADH	75,7	5,2	80,1	6,7	88,7	6,7

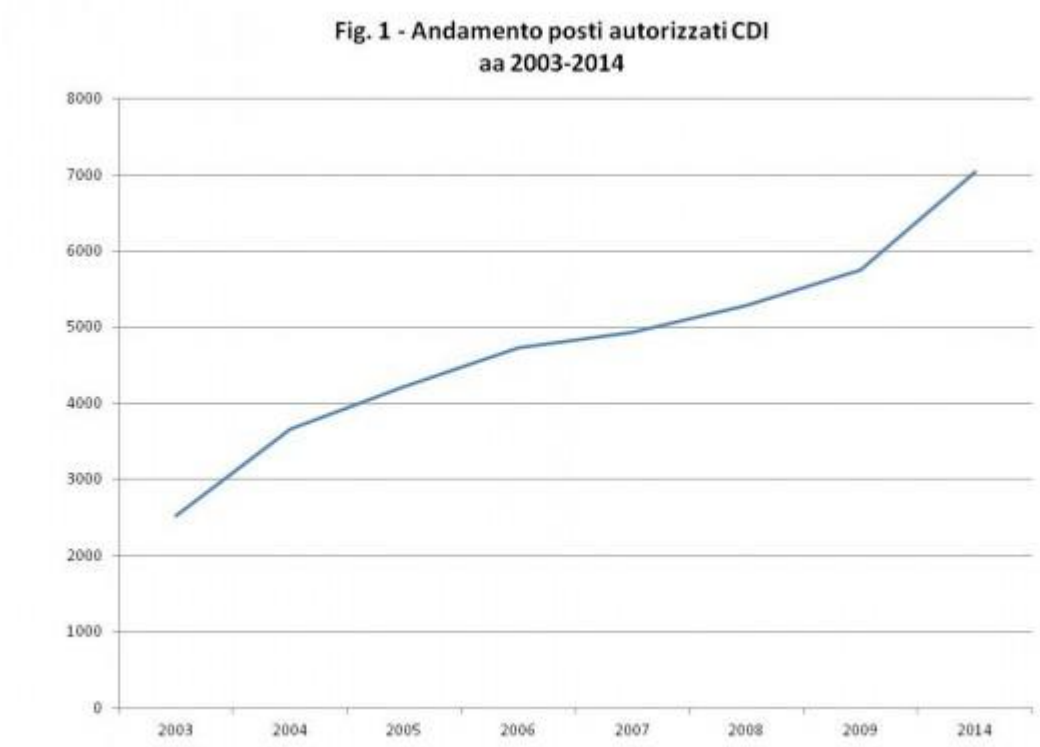
Fonte: dati Istat 2011

I servizi a ciclo diurno

I centri diurni per anziani – CDI e Centri Anziani

Sono oltre 7.400 in Lombardia i posti per anziani all'interno di centri diurni integrati, di cui il 95% risultano accreditati, a questi si aggiungono quasi 5.400 posti in strutture a carattere sociale (5.372) – centri diurni anziani – per un totale di 398 strutture a ciclo diurno rivolte alla popolazione over65, con oltre 12.000 posti a disposizione.

Una dotazione che, nel comparto sociosanitario, è cresciuta costantemente, aumentando di oltre un terzo negli ultimi 5 anni, passando da poco più di 5.000 posti agli oltre 7.000 appena nominati.



Un'offerta di servizi distribuita su tutto il territorio regionale, che vede una concentrazione maggiore dei CDI nella provincia di Milano, in cui sono dislocati il 26% dei posti disponibili, e le province di Bergamo e Brescia, mentre le restanti assorbono percentuali che vanno dall'1 al 9%. L'offerta sociale vede una prevalenza sensibile di posti disponibili nell'area del varesotto, seguita dalle province di Milano e Brescia.

Nonostante si tratti di una rete importante e in espansione, in termini di copertura della popolazione anziana residente, i servizi diurni mostrano indici inferiori rispetto alle strutture residenziali e ai servizi domiciliari. **Mediamente i CDI riescono a servire poco più di 3 anziani su mille, con l'eccezione di Cremona dove questo dato sale a oltre 7 anziani**. **Per i centri anziani la copertura è ancora inferiore, poco più di 2**

anziani su mille, con le eccezioni questa volta di Varese, area per cui il dato si quadruplica (8 anziani su 1000) e Brescia (4 su 1000).

Tab.3 – I centri diurni integrati in Lombardia

	N. strutture	N. posti autorizzati	N. posti accreditati	Distrib. %	p.l. % +65 aa 2014
BG	31	816	758	11,0	0,4
BS	54	1.056	1026	14,2	0,5*
CO	15	338	338	4,5	0,3
CR	24	601	571	8,1	0,7
LC	8	206	160	2,8	0,3
LO	5	140	140	1,9	0,3
MB	22	614	584	8,3	0,3
MI CITTA	*35*	977	914	13,1	0,3*
MI1	*23*	702	642	9,4	-
MI2	*11*	247	247	3,3	-
MN	*25*	413	393	5,6	0,4
PV	*27*	677	637	9,1	0,5
SO	*6*	126	121	1,7	0,3
VA	*16*	377	368	5,1	0,2
VCS	9	140	135	1,9	-
TOT	**311**	**7.430**	**7034**	**100,0**	**0,3**

Fonte Open Data – *Dato provinciale – include più Asl

Tab.4 – I centri diurni anziani in Lombardia

	N. strutture	N. posti autorizzati	Distrib. %	p.l. % +65 aa 2014
BG	3	140	2,6	0,07
BS	12	825	15,4	0,33*
CO	2	250	4,7	0,20
CR	3	278	5,2	0,34
LC	5	175	3,3	0,24
LO	3	145	2,7	0,32
MB	4	410	7,6	0,23
MI CITTA'	1	90	1,7	0,01*
MI1	9	747	13,9	-
MI2	7	168	3,1	-
MN	4	120	2,2	0,13

PV	3	69	1,3	0,05
SO			0,0	0,00
VA	23	1.570	29,2	0,80
VCS	8	385	7,2	-
TOT	**87**	**5.372**	**100,0**	**0,25**

Fonte: Open data – *Dato provinciale – include più Asl

I servizi per la disabilità: SFA, CSE e CDD

Dal 2008 ad oggi anche **la dotazione di posti diurni per le persone con disabilità è cresciuta considerevolmente, potenziando l'offerta di circa il 60%: da meno di 8.000 posti nel 2008 ad oltre 12.700 nel 2014**.

La responsabilità di tale incremento è prevalentemente imputabile all'aumento di posti nei **CSE**, cresciuti di 6 volte, che **oggi contano un'offerta pari a 3.956 posti autorizzati; in misura minore è determinata dagli SFA (+30% per 2087 posti)**. I **CDD** invece, cresciuti molto in passato a seguito della ridefinizione normativa che portò alla trasformazione di molti posti CSE,**vedono oggi stabilizzata la propria crescita (+18%), arrivando a contare un'offerta sul territori regionale di oltre 6.700 posti autorizzati (di cui il 98% accreditati**).

Tab.5 – Dotazione servizi diurni per disabili – a.a. 2008-2014

	Posti 2008	Posti 2014	Incremento %
CDD	5.773	6.792	+17,7
CSE	556	3.953	+611,0
SFA	1.618	2.087	+29,0

Fonte: Open data

L'incremento più consistente, quello dei CSE, è certamente dovuto alle ridefinizioni normative intervenute in questi anni, che hanno più chiaramente differenziato il profilo di utenza e di servizio, trasformando molti vecchi SFA in nuovi CSE (si veda precedente articolo sul tema).

In riferimento alla distribuzione territoriale, si osserva una certa differenziazione tra i due servizi di tipo socio assistenziale: una concentrazione di posti SFA decisamente al di sopra della media nelle province di Bergamo e Brescia, mentre per i CSE risultano Milano, Como e Varese le aree con maggior dotazione.

Nei CDD la crescita ha riguardato in misura maggiore le province di Milano, Pavia e Varese, dove l'incremento è stato di oltre un terzo.

Un ulteriore dato che è possibile ricavare dai data base regionali su questa unità d'offerta (CDD) è riferita alla tipologia dei soggetti gestori: **si tratta prevalentemente di enti privati (66%) e di cui l'81% è onlus**.

Fig. 2 – I CSE – aa 2008-2014

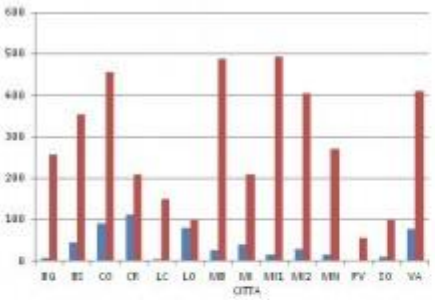


Fig. 3 – gli SFA – aa 2008-2014

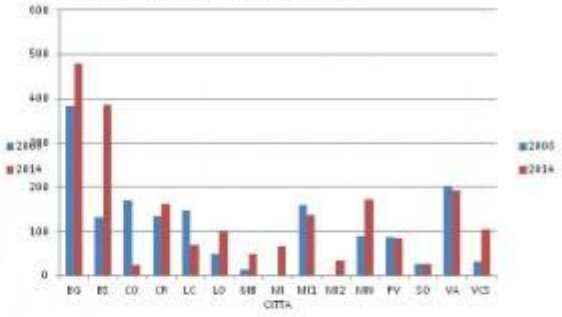
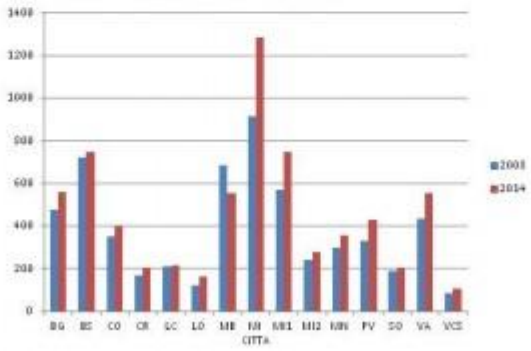


Fig. 4 – I CDD – aa 2008-2014



I servizi per minori: cag e crd

In riferimento ai servizi ricreativi ed aggregativi per minori, pur non riuscendo a ricostruirne il trend, pare interessante offrire il quadro dello stato attuale dell'offerta.

In Lombardia si contano **216 centri di aggregazione giovanile e quasi 1.700 centri ricreativi diurni**, **per un totale di quasi 200mila posti**: oltre 12.800 nei CAG, prevalentemente concentrati nelle province di Milano e Brescia e oltre 178mila posti, di cui la metà nelle province di Bergamo, Milano e Brescia.

Tab. 6 – I servizi per minori – Cag e Crd

	Centro di aggregazione giovanile CAG			Centri ricreativi diurni CRD		
	Strutture	Posti	% Posti	Strutture	Posti	% Posti
BG	13	323	2,5	485	60.475	33,9
BS	62	3.764	29,4	290	31.607	17,7
CO	10	505	3,9	56	4.353	2,4
CR	9	690	5,4	44	3.224	1,8
LC	7	516	4,0	40	3.159	1,8

LO	3	360	2,8	93	8.147	4,6
MB	12	725	5,7	75	6.993	3,9
MI CITTA	33	2.698	21,0	171	23.117	12,9
MI1	10	759	5,9	136	14.940	8,4
MI2	17	695	5,4	41	4.546	2,5
MN	16	716	5,6	148	7.775	4,4
PV	4	145	1,1	57	4.375	2,5
SO	5	294	2,3	7	430	0,2
VA	12	465	3,6	29	3.257	1,8
VCS	3	165	1,3	24	2.170	1,2
TOT	216	12.820	100,0	1696	178.568	100,0

Fonte: Open Data

I servizi per la prima infanzia

Chiudono la fotografia i servizi dedicati alla prima infanzia.

Sempre analizzando i dati di fonte regionale (Open data), al 2014 risultano presenti in Lombardia oltre **2.500 strutture tra servizi di asilo nido e servizi integrativi (Micronido, Nido famiglia e Centri prima infanzia) per un totale di oltre 64.800 posti, pari al 20,6% della popolazione sotto i tre anni**.

La concentrazione prevalente è nell'area metropolitana della provincia di Milano, e nelle province che contano città capoluogo di provincia di maggiori dimensioni (Brescia, Bergamo e Varese).

Rispetto all'indice di copertura della popolazione target, i dati presentano variazioni (anche significative) a seconda delle fonti (si veda l'articolo di dettaglio sull'ultimo Monitoraggio ministeriale del Piano Nidi), ma l'aspetto rilevante da osservare è come tutti i conteggi concordino sui notevoli incrementi avuti in questi anni, anche grazie ad alcune specifiche politiche, nonostante i quali però non si è riusciti a raggiungere l'obiettivo europeo (33% entro 2010), per altro analogamente – seppur con situazioni diversificate- ad altre regioni comparabili.

Dal 2008 ad oggi i posti complessivi per la prima infanzia sono cresciuto del 50%, con punte di rilevo come i centri per la prima infanzia, che sono triplicati. Un andamento decisamente differente riguarda i nidi famiglia che, negli ultimi 6 anni, vedono invece un decremento del 10%. Questi ultimi certamente sono servizi che, per loro costituzione, sono più soggetti a cicli di vita piuttosto brevi (spesso gestiti da mamme nell'arco di vita dei primi tre anni del proprio figlio), ma probabilmente sono anche

unità d'offerta strutturalmente più fragili, che hanno maggiormente risentito della crisi economica[8].

Tab.7 – I servizi prima infanzia – aa. 2008-2014

	2008		2014			
	strutture	posti	strutture	posti	delta % 2008-2014	% copertura pop. 0-2 anni – 2014
Asili nido	1.234	39.181	1.818	58.485	+49,3	18,2
Micronidi	187	1.804	305	2.931	+62,5	2,4
Centri prima infanzia	28	405	94	1.910	+371,6	
Nidi famiglia	315	1.728	304	1.549	-10,5	
Totale	1764	43.118	2521	64.875	+50,5	20,6

Tab.8- Distribuzione territoriale posti asili nido e servizi integrativi – 2014

	n. posti asilo nido	%	n. posti servizi integrativi	%
BG	4.882	8,3	497	7,8
BS	4.918	8,4	404	6,3
CO	2.683	4,6	537	8,4
CR	1.713	2,9	243	3,8
LC	1.283	2,2	576	9,0
LO	1.020	1,7	90	1,4
MB	5.371	9,2	358	5,6
MI CITTA	15.442	26,4	1.317	20,6
MI1	6.106	10,4	664	10,4
MI2	4.618	7,9	515	8,1
MN	2.170	3,7	244	3,8
PV	2.951	5,0	296	4,6
SO	539	0,9	91	1,4
VA	4.473	7,6	490	7,7
VCS	316	0,5	68	1,1
totale	58.485	100	6.390	100,0

Fonte: Open Data

[1] Il dato è stato ricostruito analizzando gli elenchi dei gestori accreditati pubblicizzato all'interno dei siti istituzionali delle 15 Asl, depurando conteggi plurimi per operatori attivi in diversi distretti della stessa Asl.

[2] Il dato è riferito all'elenco registrato su Open Data regionale. I 239 gestori del 2008 sono conteggiati analogamente al dato del 2014, ovvero moltiplicando il gestore per il numero delle sedi Asl in cui opera. Non abbiamo a disposizione purtroppo il dato analogo riferibile agli "accreditati unici".

[3] Su Open data non ci sono dati riferiti all'utenza, per questo siamo ricorsi al precedente articolo, che considerava le rilevazioni Istat aa 2010-2012, dunque fonti diverse.

[4] La Regione è impegnata in questi mesi a promuovere un nuovo sistema di registrazione delle anagrafiche dei servizi socio assistenziali, su modello di quanto applicato per l'offerta sociosanitaria.

[5] Cfr "I Piani di zona in Lombardia. Le sfide della programmazione sociale" a cura di Pesenti L e DeAmbrogio U., Ed. Guerini e associati, Milano 2011

[6] L'aggiornamento dei dati è abitualmente comunicato dall'Istat a luglio di ogni anno, purtroppo nel momento in cui scriviamo questo articolo non sono ancora disponibili i dati al 2012.

[7] In particolare il Piano nidi ministeriale

[8] cfr "La mappa dei rischi per la prima infanzia" in "Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive" di Gori C., Ghetti V., Rusmini G., Tidoli R., Carocci 2014

Lea sociosanitari e posizionamento della Lombardia

I risultati del monitoraggio nazionale per ADI e residenzialità - anno 2012

A cura di Diletta Cicoletti

18 dicembre 2014

Temi > Anziani, Disabilità, LEA

Sono pubblicati i dati del monitoraggio LEA aggiornati al 2012. Sulla base di questi proviamo a seguire i trend già proposti in precedenti contributi, approfondendo il confronto tra la Lombardia e le altre Regioni del Centro Nord.

Il monitoraggio LEA del Ministero della Salute mette in luce alcuni dati interessanti sull'ADI e sull'assistenza residenziale lombarda, soprattutto se letti in rapporto ai dati delle regioni comparabili (area centro nord), e aggiorna la mappatura LEA a livello nazionale, mostrando alcuni trend significativi. Nel confronto Lombardia – Regioni di Centro Nord (escludendo le province autonome e le Regioni a statuto speciale) emerge un trend in lieve calo per quanto riguarda l'indicatore *anziani over65 anni utenti ADI*, calo reso più evidente dal trend di decisa crescita dell'ADI in Emilia Romagna.

Con i dati aggiornati al 2012 e con la possibilità di verificare effettivamente il risultato della prima fase di "riforma dell'ADI" di Regione Lombardia, abbiamo la conferma della lieve flessione del numero di anziani assistiti al domicilio in ADI. Si registra dunque una lieve flessione: **3,97% di anziani 65 anni e oltre trattati in ADI invece dei 4,14% del 2011 e dei 4,27% del 2010**(Tab.1).

Tab. 1 – Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (sul totale degli anziani residenti)

Regione	2010	2011	2012
Piemonte	2,16	2,00	2,12
Lombardia	4,27	4,14	3,97
Veneto	5,55	5,44	5,54
Liguria	3,46	3,76	3,51
Emilia Romagna	11,60	10,62	11,94
Toscana	2,31	2,36	2,00

Umbria	7,67	7,21	5,23
Marche	3,53	3,34	3,00

Fonte: Ministero della Salute – DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio II – Elaborazione SIS Modello FLS21

L'assistenza residenziale, che per anni ha visto un primato e un trend in crescita per Regione Lombardia, nel 2012 avvia un andamento in controtendenza rispetto ai precedenti due anni (Tab.2). I dati non mostrano un calo eclatante, ma forse possono essere letti come un segnale. Sappiamo infatti che i cambiamenti occorsi negli ultimi anni (si vedano in proposito i Vademecumdi LombardiaSociale.it) hanno in parte modificato gli assetti della residenzialità regionale, spostando le priorità da una residenzialità sociosanitaria ad elevata intensità, ad una residenzialità legata ai percorsi riabilitativi e infine ad una residenzialità più legata a percorsi assistenziali sociali (con l'apertura alla residenzialità leggera). Il 2012 sembra dunque l'anno di un primo cambiamento che suggerisce attenzione per i futuri approfondimenti.

Tab. 2 – Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Regione	2010	2011	2012
Piemonte	14,73	16,09	16,16
Lombardia	28,12	28,26	28,56
Veneto	25,28	25,44	25,05
Liguria	13,10	13,86	13,41
Emilia Romagna	15,41	16,54	15,44
Toscana	11,92	11,72	12,31
Umbria	6,83	7,14	9,50
Marche	3,87	4,01	4,08

Fonte: Ministero della Salute – DG Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio II – Elaborazione SIS Modello STS24

Il sistema di indicatori e verifiche: alcuni elementi interessanti

Il sistema di indicatori e verifiche, di cui si è già detto in un precedente articolo, è uno strumento puntuale di rilevazione che per il 2012 disegna la mappa delle Regioni adempienti rispetto ai LEA, marcando la differenza tra i posizionamenti dei diversi territori.

Osservando i dati, la situazione lombarda è valutata come adempiente rispetto ai LEA con un punteggio totale di **22** per **l'assistenza domiciliare e residenziale**. Nel

dettaglio **troviamo un basso punteggio sulla valutazione multidimensionale del disabile, dove viene assegnato un solo punto**, mentre normali punteggi per gli altri indicatori: **9 punti per l'offerta assistenziale, 9 punti per la ripartizione degli oneri e 3 punti per la fornitura dati posti letto**[1].

In verità l'indicatore sulla valutazione multidimensionale è carente in tutte le regioni comparabili, ma forse per la Lombardia è maggiormente evidente se si pensa allo sforzo riformatore che si vorrebbe compiere proprio nella direzione di un sistema di valutazione multidimensionale a carattere regionale. Tale indicatore da il segno di una strada che potrebbe rivelarsi particolarmente ardua, dato il punto di partenza in cui ci troviamo. Un punto di partenza dovuto, come argomentato in molti contributi, dal fatto che il tema è entrato nell'agenda regionale solo dal 2012 in poi.

E' da segnalare poi una specifica valutazione che riguarda la Lombardia che sottolinea una difficoltà incontrata in tema di valutazione della "ripartizione degli oneri" in chiave LEA. Si dice espressamente: *dalla documentazione trasmessa dalla Regione non si evinceva chiaramente quale fosse la partecipazione alla spesa degli utenti disabili nelle strutture riabilitative residenziali. L'indicazione di una retta media giornaliera a carico della famiglia sembrava in contraddizione con l'affermazione secondo cui la riabilitazione (specialistica, geriatrica e di mantenimento) è a totale carico del Fondo Sanitario Regionale. La quota di partecipazione per anziani cronici non autosufficienti in regime residenziale di lungoassistenza/mantenimento (€ 55 sul totale di € 84 = 65%) si discostava significativamente dalla quota fissata dal DPCM LEA (ovvero 50%).*

A seguito di questa nota la Regione ha provveduto ad inviare ulteriore documentazione specificando l'iter di un profondo processo di riforma soprattutto per l'assistenza extraospedaliera per la non autosufficienza, inviando un aggiornamento tariffario applicato in regime di residenzialità e semiresidenzialità e sulla relativa quota di compartecipazione applicata. Questo ha per ora risolto le incongruenze rilevate rispetto al DPCM LEA, fatta eccezione per i trattamenti socio-residenziali ad ex ricoverati in OP (a totale carico del SSR) e che comunque riguarda un numero assai contenuto di pazienti, destinato a ridursi progressivamente[2].

Questa vicenda ripropone la questione della scarsa informazione e trasparenza a cui abbiamo richiamato più volte e che persiste ancora oggi (si vedano articoli precedenti). Recentemente abbiamo infatti sottolineano il fatto che non siano stati ancora divulgati risultati di ricerche commissionate dalla Regione su temi particolarmente sensibili, ad esempio proprio in merito ai costi dei servizi sociosanitari.

Tab. 3– Valutazione sintetica 2012: adempienza rispetto al "Mantenimento dell'erogazione dei LEA" Misura S, ADI e Assistenza residenziale

Regioni comparabile – Area Centro-Nord	Valutazione Multidimensionale del disabile	Offerta assistenziale	Ripartizione degli oneri	Fornitura dati posti letto	**Punteggio Totale**
Veneto	1	9	9	4	**23**
Marche	1	9	9	4	**23**
Liguria	1	9	9	4	**23**
Lombardia	1	9	9	3	**22**
Emilia Romagna	1	9	8	4	**22**
Umbria	1	7	9	4	**21**
Piemonte	1	9	6	4	**20**
Toscana	1	8	0	4	**13**

Fonte – Ministero della Salute, Direzione generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI

Non autosufficienza e lavoro di cura

La nuova legge sulle badanti: il cavallo berrà?

di Sergio Pasquinelli

9 giugno 2015

Temi > Anziani, Badanti

La Regione Lombardia ha appena varato la legge regionale sul lavoro di cura. Perché è una legge importante e quali sono le condizioni del suo successo? L'articolo propone un commento, da parte di chi si occupa da anni del tema e ha appena curato un rapporto di ricerca che fotografa la situazione lombarda sull'assistenza familiare.

E così arrivò la "legge Borghetti", dal nome del suo primo firmatario e principale promotore. È la nuova legge lombarda sulle assistenti familiari, n. 15/2015 . Il provvedimento prevede l'istituzione di **Sportelli per l'assistenza familiare**, di **Registri territoriali degli assistenti familiari** a livello di Ambiti territoriali, l'attivazione di **Corsi di formazione** per le assistenti familiari (la Lombardia ha già definito un percorso sette anni fa) e i**nterventi di sostegno economico** per le famiglie che assumono assistenti iscritte ai Registri.

Si tratta di un dispositivo importante, con il quale il mercato oggi molto deregolato delle assistenti familiari viene finalmente collegato alla rete del welfare sociale e con cui sportelli e registri – che in realtà già diversi territori negli anni hanno attivato in autonomia – troveranno un riferimento regionale omogeneo.

La Regione è tenuta a favorire l'istituzione degli sportelli, in rete con il sistema socio-sanitario e con l'offerta di servizi sociali predisposta dai Comuni in forma singola o associata. E' tenuta a promuovere corsi di formazione e aggiornamento professionale; a programmare annualmente le forme di sostegno economico a favore di chi usufruisce delle prestazioni di una badante. Regione Lombardia in particolare è tenuta ad emanare, entro sei mesi, delle **Linee guida per l'istituzione degli Sportelli e dei Registri territoriali** che gli sportelli dovranno tenere, d'intesa con i Piani di zona.

I Comuni, o meglio gli Ambiti territoriali, "possono" istituire gli Sportelli: la legge non è perentoria perché la volontà pare essere quella di non assegnare risorse a questo importante servizio[1]. Invoca tuttavia una collaborazione con il terzo settore, le organizzazioni sindacali e i loro patronati, e le Asl.

La legge assegna per il 2015 una somma pari a 700.000 euro. Per gli anni successivi gli stanziamenti verranno definiti di volta in volta. Risorse interamente destinate al sostegno delle famiglie, secondo regole che dovranno essere definite.

Con questa legge la Lombardia si sposta da una posizione decisamente arretrata ad una avanzata rispetto ad altre regioni. Viene infatti adottato un approccio di sistema apprezzabile, poco presente altrove, cercando di legare tra loro interventi diversi: di formazione, di sportello per l'incontro tra domanda e offerta, di accreditamento delle competenze attraverso i registri, di sostegno economico diretto.

Lavoro di squadra

Anche nel "*Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia"* (curato da chi scrive per Maggioli editore, 2015) è emerso quanto sia un coordinamento tra azioni diverse l'unica strada per battere il mercato sommerso e il modello imperante *"un anziano – una badante".* Un modello solitario, incapace di creare quelle connessioni che questa legge prefigura. Recenti interventi su cui in questa regione si sta investendo[2], come il lavoro somministrato, trovano riscontri solo se non si propongono in modo isolato ma in una logica di sistema, come rappresenta la figura che segue.

Il lavoro integrato nella regolazione del mercato privato di cura

Fonte: S. Pasquinelli (a cura di), *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Maggioli, 2015.

Un altro ambito oggetto di recenti sperimentazioni – tra cui una in fase di avvio del Comune di Milano – riguarda il lavoro condiviso, nel caso in particolare della "badante di condominio". Quella della badante di condominio, come la *baby sitter* condivisa, è una figura evocativa che riassume riferimenti ricorrenti: superare l'individualismo, ricostruire legami, riconnettere risorse. Eppure le evidenze non sono incoraggianti: non è detto che la stessa lavoratrice vada bene per bisogni che possono essere molto diversi e occorre un coordinamento non semplice, il cui costo aggiuntivo le famiglie sono poco disposte a sostenere.

Diverso se questa proposta si collega a sportelli rivolti all'assistenza familiare, a registri, a sostegni economici diretti. Se fa parte cioè di un pacchetto di possibilità collegate tra loro e da cui le famiglie si sentono appoggiate. Da questo punto di vista la nuova legge offre riferimenti univoci.

Una buona legge dunque. Ma basta una legge per qualificare un mercato che non accenna a ridursi e che conta in Lombardia quasi 160.000 assistenti familiari, due terzi delle quali appartenenti al mercato sommerso?

Una legge aiuta ma non è sufficiente. Importanti saranno i provvedimenti attuativi previsti: soprattutto le linee guida riguardanti gli sportelli domanda/offerta e i registri territoriali delle assistenti accreditate. Queste daranno finalmente un termine di riferimento alle varie iniziative di questo tipo sviluppatesi in ordine sparso. E già questo sarà comunque un risultato importante.

Rimane l'interrogativo sull'efficacia di questo provvedimento.

Funzionerà?

Credo che questa legge sarà incisiva a tre condizioni.

Primo. Le risorse stanziate dovranno essere congruenti con le dimensioni del fenomeno. Gli anziani non autosufficienti che vivono a casa propria sono 340.000 in Lombardia e aumentano al ritmo di 6-7.000 all'anno. Le famiglie sostengono per le badanti in questa regione qualcosa come 1,6 miliardi di euro l'anno. Per la sola indennità di accompagnamento a favore degli ultra 65enni l'Inps spende qui 1,2 miliardi di euro annui. **Questa legge stanzia per quest'anno 700.000 euro: un *seed fund* simbolico. Totalmente rivolto alle famiglie, questo stanziamento ne potrà soddisfare poche centinaia**. Se il finanziamento rimarrà su queste dimensioni, sarà come cercare di catturare un cinghiale con una cerbottana.

Ma l'aspetto cruciale è finanziare l'organizzazione dei servizi: in particolare gli sportelli. Questa legge funzionerà se riuscirà a costruire un'affidabile rete di sportelli territoriali,

che sono i luoghi reali di prossimità al bisogno. Per questo occorrono risorse dedicate a questo servizio cruciale.

Secondo. Per la formazione delle assistenti familiari, che dovrebbe appoggiarsi sul sistema delle Doti, Regione Lombardia ha già definito nel 2008 un percorso di base di 160 ore più un corso di secondo livello di 100 ore. La nostra esperienza (*Qualificare.info*) ci dice che **iter formativi così lunghi attirano poco le assistenti familiari, soprattutto se straniere**, le quali vivono la formazione più come un mancato guadagno che come una opportunità. **Auspichiamo percorsi più brevi, per moduli, e che Regione Lombardia si doti di un sistema di formalizzazione e certificazione delle competenze, come hanno fatto altre regioni** (per esempio l'Emilia Romagna). Infatti, molte badanti fanno questo mestiere da tempo e hanno solo bisogno di un sistema che certifichi le competenze informalmente acquisite.

Terzo. Gli sportelli per l'assistenza familiare devono costruirsi in collaborazione con chi fa già "sportello" da anni: i servizi sociali dei Comuni, i patronati, la cooperazione sociale, il volontariato.**Occorre un lavoro di squadra tra questi attori: non è cosa da poco**. Quanti sportelli badanti si sono dimostrati sterili perché scollegati con il territorio? E dovranno essere attrattivi. Come? Offrendo non solo abbinamenti ("la badante giusta") ma anche altro: consulenza contrattuale, gestione dei conflitti, sostituzioni per ferie e malattie, tutoring domiciliare, formazione dei*caregiver*, trasporti, prenotazione di visite, piccole manutenzioni e così via.

Solo venendo incontro a queste condizioni questa legge vincerà la sfida di qualificare e sostenere il lavoro privato di cura, superando il rischio di "un cavallo che non beve" per le convenienze e i vantaggi di un sistema deregolato.

---

[1] In verità la legge 15/2015, all'articolo 11, stabilisce che lo stanziamento vada a sostenere anche attività di sportello e i registri.

[2] Su lavoro somministrato e badante di condominio con Giselda Rusmini abbiamo svolto un approfondimento raccogliendo le evidenze disponibili. Si veda il quarto capitolo del *Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, Maggioli Editore, 2015.

Il lavoro di cura in Lombardia

Dati dal Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia

di Sergio Pasquinelli

13 luglio 2015

Temi > Anziani, Badanti

Sono quattrocentomila gli anziani non autosufficienti in Lombardia. Chi si prende cura di loro? Su quali risorse le famiglie possono oggi contare? Di che cosa c'è più bisogno? Dopo un anno di lavoro è nato il "Primo Rapporto sul lavoro di cura in Lombardia" per dare risposta a queste domande.

Frutto di un percorso promosso da IRS e realizzato in partnership con 15 soggetti del terzo settore e della società civile[1], il Rapporto analizza a tutto tondo la realtà del lavoro di cura a favore degli anziani non autosufficienti in Lombardia, con uno sguardo ai cambiamenti in atto, le opportunità e le sfide, e con indicazioni riguardanti lo sviluppo della rete dei servizi territoriali.

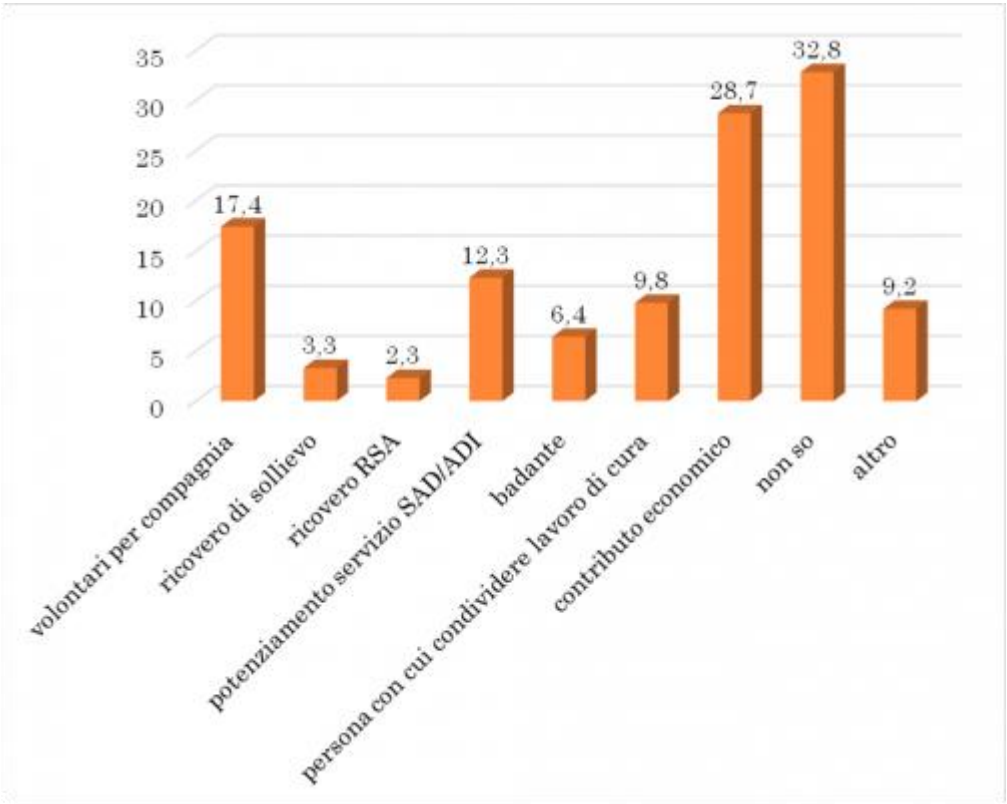
Vengono qui ripresi alcuni elementi conclusivi e propositivi in merito a due punti emersi come particolarmente rilevanti: la distanza tra i bisogni delle famiglie e il sistema dei servizi e i sostegni di tipo domiciliare.

Il lavoro "muto"

Abbia realizzato una indagine su 512 famiglie lombarde con anziani non autosufficienti, in cui è stata esplorata la figura dei caregiver familiari: chi e quanti sono, come si organizzano, i loro bisogni, l'uso e l'interesse nei confronti dei servizi. Emerge una sorta di identikit del caregiver: età media 59 anni, donna in tre quarti dei casi, figlia o figlio dell'anziano in sei casi su dieci, con a sua volta figli conviventi in un quarto dei casi, configurando così la consistenza dalla cosiddetta "sandwich generation", presa dalla cura di due generazioni diverse. L'attività di cura assorbe molto tempo, occupa spesso giorni interi consecutivi, offrendo poche possibilità di stacco per il caregiver.

Quali sono i bisogni maggiormente avvertiti dal caregiver di un anziano non autosufficiente? Dall'indagine sulle famiglie emerge la difficoltà a identificare di cosa si ha davvero bisogno, forse la difficoltà a riconoscersi nel ruolo di caregiver, cioè di colui che dedica stabilmente una parte importante del proprio tempo alla cura.

I bisogni percepiti dal caregiver (valori %)



Un terzo delle famiglie non si esprime: per questo abbiamo parlato di un lavoro "muto", afasico. Una caratteristica che viene ulteriormente rinforzata quando abbiamo approfondito il tema chiedendo : "*Per meglio gestire il lavoro di cura sarebbe interessato a un sostegno psicologico, una formazione, partecipare a un gruppo di mutuo aiuto o altro ancora?".* Ebbene, quattro quinti delle famiglie non sa cosa rispondere o dichiara di non avere bisogno di nulla.

Abbiamo inoltre indagato l'uso e l'interesse verso alcuni servizi fra i più comunemente offerti agli anziani non autosufficienti. La tabella che segue presenta i risultati per i servizi più utilizzati.

I sei servizi sociali e sociosanitari più utilizzati (valori % di riga)

	Usa/ha usato	**Mai usato ma è interessato**	**Mai usato e non interessa**
Assistenza infermieristica a domicilio della Asl (ADI)	30,2	16,2	52,0
Attività riabilitative ambulatoriali presso l'Asl	15,8	17,2	65,0

Assistenza domiciliare del Comune (SAD)	14,1	22,9	60,5
Servizio trasporti e accompagnamento fuori casa	12	23,6	62,9
Assistenza sociale del Comune/Segretariato	8	16,8	70,5
Pasti caldi a domicilio	4,3	6,4	82,0

Colpisce lo scarso uso tra una popolazione che non è quella di tutti gli anziani, ma degli anziani non autosufficienti medio-gravi (quattro quinti del campione percepisce l'indennità di accompagnamento): i servizi di assistenza domiciliare (SAD e ADI) sono usati da meno di tre non autosufficienti su dieci. Sorprende, in chi non li ha mai utilizzati, lo scarso interesse a farlo.

Perché la maggioranza delle famiglie non usa e non è interessata a fruire degli aiuti che la rete dei servizi offre loro? Per motivi che sono una miscela di disinformazione, pregiudizio, scarsa disponibilità a intraprendere una trafila burocratica vissuta come complicata e onerosa.

Famiglie e sistema dei servizi: dalla ricerca emergono due mondi distanti tra loro anche nelle opinioni: solo 3 *caregiver* su 100 ritiene che la responsabilità della cura di un anziano non autosufficiente sia principalmente dello Stato. Nel Nord Europa lo ritiene il 74% delle famiglie.

Le famiglie che si prendono cura risultano dunque poco abituate a esprimersi, propense al welfare fai-da-te, al passaparola come fonte primaria di informazione su ciò che il contesto offre in termini di aiuti possibili. Una realtà più rassegnata che rivendicativa, distante dal sistema dei servizi, interessata casomai ad avere più soldi, possibilmente senza vincoli. L'interesse maggiore è verso un aiuto "monetizzato" che dia la possibilità di un uso libero, il meno possibile vincolato delle somme ricevute.

I prossimi anni vedranno sempre più donne (*caregiver* potenziali) partecipare al mondo del lavoro, famiglie di dimensioni ridotte, anziani con redditi da pensione via via decrescenti, più anziani soli. Serve un potenziamento delle risposte, in una regione che vede aumentare il numero di ultra 65enni a un ritmo di circa 40-50.000 all'anno. Occorre un welfare che si faccia "prossimo" alle famiglie, che lo diventi nei fatti, che superi la richiesta fredda e distante di avere più soldi. Migliorando la capacità di spiegare alle famiglie di cosa hanno diritto, di cosa possono disporre, e di quali aiuti il territorio offre loro.

Un welfare prossimo alle famiglie

Se l'uso limitato dei servizi è anzitutto dovuto a una scarsa informazione, occorre potenziare su tutto il territorio regionale, a livello di Ambiti territoriali, una maggiore

informazione sui servizi, su come accedervi, su ciò che offrono, sulle alternative a disposizione degli anziani e delle famiglie.

Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comunichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi che "si fanno vicini alle famiglie". Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile e intercettata dal bisogno potenziale.

Questi luoghi sono punti di primo accesso e devono integrare, valorizzandole, le diverse offerte informative già esistenti nei territori. Serve per questo un grande lavoro di connessione, di collaborazione, e di ricomposizione su due assi: tra pubblico, privato sociale e parti sociali (pensiamo alle associazioni, i sindacati, la cooperazione sociale, il mondo ecclesiale) e tra comparti diversi del pubblico: sociale, sociosanitario e sanità (Comuni, Asl, Ospedali).

Gli *Sportelli Unici per il Welfare,* ancora poco operativi, vanno estesi su tutto il territorio regionale, andando nella direzione di una informazione e un primo accesso con simili caratteristiche (d.g.r. 1185/2013). Sviluppando e integrando risposte diverse: sociali, sociosanitarie e sanitarie e valorizzando le competenze di soggetti pubblici e privati, già attivi nell'offrire informazioni, collegandole tra loro.

Il sostegno alla domiciliarità: servizi di nicchia

In Lombardia i SAD sono usufruiti da 32.000 anziani annualmente, l'ADI da circa 80.000. Meno di un non autosufficiente su dieci nel primo caso e meno di uno su quattro nel secondo. Si tratta di tassi di fruizione nel primo caso in linea con i – molto bassi – tassi dell'Italia del Nord (1,6% degli anziani), nel secondo caso al di sotto (3,9 versus 5,1). Si tratta di servizi che offrono una assistenza limitata in termini di intensità (SAD: 3-4 ore settimanali in media) e durata (ADI: mediamente due-tre mesi).

Oggi i SAD sono servizi in sofferenza: stretti da sistemi di compartecipazione ai costi esigenti nei confronti delle famiglie, una intensità assistenziale limitata, e la concorrenza delle assistenti familiari. Esiste un'ampia quota di anziani non abbastanza "povera" per trovare convenienti i SAD e non abbastanza "fragile" per accedere all'ADI. Sono questi gli anziani, e sono tanti, più estranei al sistema dei servizi.

L'indagine condotta conferma un uso limitato dei servizi domiciliari. Tuttavia, mostra anche un 23% di anziani che, pur non avendo mai usato SAD, sarebbero interessati a usufruirne, un 16% che esprime interesse nei confronti dell'Adi e un 24% nei confronti di un servizio di trasporto e accompagnamento fuori casa.

Le ultime misure introdotte da Regione Lombardia a favore della permanenza degli anziani al proprio domicilio – la misura B2 e le misure di "Rsa aperta" – tendono ad ampliare l'utenza e la gamma delle prestazioni offerte, anche per "aiutare chi aiuta". Si

tratta di aiuti significativi in termini economici per le famiglie che vi accedono. Queste misure hanno finora evidenziato limitato un numero di beneficiari ma è prematuro esprimere valutazioni e importante seguirne l'andamento.

Permane una complessiva frammentazione degli interventi domiciliari (SAD, ADI, nuove misure), scarsamente integrati e che faticano a ricomporsi in termini chiari e omogenei.

Verso sostegni al domicilio 2.0

Occorre andare verso una offerta integrata di sostegni a domicilio: sociali e sociosanitari. Che governi in chiave unificata i vari interventi. La ricomposizione dei servizi, indicata come priorità da Regione Lombardia, è cruciale nel sostegno della domiciliarità. In modo particolare tra SAD, ADI, la misura B2 del Programma Operativo Regionale per il Fondo Nazionale non Autosufficienze e la misura di Rsa aperta (d.g.r. 2941/2014).

I servizi domiciliari sociali, che negli anni hanno progressivamente ridotto la propria incisività, vanno rilanciati. Due direzioni risultano importanti. Primo, il sostegno ai *caregiver* con attività di orientamento, formazione e tutoring, in raccordo con i soggetti del privato sociale. Secondo, lo sviluppo dell'offerta di servizi complementari accreditati, non previsti oggi dai SAD e anche intercettando la domanda pagante, "solvente", delle famiglie.

Una domiciliarità 2.0 è una rete che valorizza i servizi più consolidati, li connette con interventi e progetti innovativi, che fa sintesi in termini di governo di sistema, tra il quadro dei bisogni e quello delle risposte. E' una rete che mette in relazione aiuti diversi: assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, pratiche burocratiche. Secondo il modello "*One stop shop*". E' una rete che si adatta a bisogni diversi, che richiedono forte specializzazione ma anche aiuti semplici e a bassa complessità. Progetti e innovazioni sono in corso in diversi territori lombardi: vanno messi in relazione tra loro, fatti conoscere negli apprendimenti che hanno raggiunto.

Il Rapporto può essere acquistato **presso Maggioli Editore**

[1] Sono stati Partner istituzionali: Acli Lombardia; Alleanza delle Cooperative Italiane; Anteas Lombardia; Auser Lombardia; Caritas Delegazione Regione Lombardia; Fnp

Pensionati / Inas – Cisl Lombardia; Gruppo Cooperativo CGM; Inca – Cgil Lombardia; Legautonomie Cremona; Spi – Cgil Lombardia; Uil Pensionati Milano e Lombardia. Partner operativi: Cooperativa Il Melograno; Cooperativa Punto Service; Cooperativa Solidarietà; Consorzio CS&L. Ente patrocinatore: Anci Lombardia.

Il Rapporto è stato curato da Sergio Pasquinelli, direttore di ricerca IRS, e scritto insieme a Elenka Brenna, Carla Dessi, Daniela Mesini, Giselda Rusmini, Marcella Sala,

I temi del 2015:
vendor rating, appropriatezza, cure intermedie

Le regole di sistema 2015

Dgr n. X/2989 del 23 dicembre 2014 – Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015

di Valentina Ghetti

12 gennaio 2015

Temi > Programmazione e governance, Regole di sistema

L'antivigilia di Natale la Giunta ha approvato le nuove regole di sistema. Per i servizi sociosanitari, ed in particolare per le RSA, ci sono importanti novità. Inizia il percorso di adozione dei costi standard, si apre la contrattualizzazione di nuovi posti e soprattutto si avvia l'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione, che supera la logica della spesa storica a favore un sistema basato sulle performance delle strutture – Vendor rating.

L'allegato C) della dgr approvata il 23 dicembre scorso, come di consueto, è dedicato alle regole in ambito sociosanitario. Si ripropongono qui di seguito solo alcune delle numerose indicazioni contenute nella delibera, rimandando pertanto ad una lettura delle sezioni di specifico interesse.

Meno risorse e molte incertezze

Un primo dato di un certo rilievo è la dichiarazione di apertura dell'allegato: **il sistema sociosanitario lombardo dovrà contare su 15 milioni in meno**, quota identificata quale ricaduta sull'Assessorato alla famiglia della situazione di incertezza sulle risorse economiche derivanti dal livello nazionale. Questo potrebbe quindi significare che l'andamento di crescita riscontrato in questi ultimi anni potrebbe ricevere una brusca battuta d'arresto (si veda articolo dedicato).

Si citano inoltre altre incertezze con cui il legislatore (e i territori) dovrà fare i conti: il possibile aggiornamento dei LEA dal livello nazionale e le possibili future ricadute della riforma sociosanitaria delineata nel Libro Bianco, sulla cui applicazione però non si hanno ancora notizie precise.

Obiettivi del sistema sociosanitario

Pur in questo quadro di incertezza la Giunta conferma le principali piste di lavoro per il prossimo anno:

- definizione del volume di attività da contrattualizzare, con particolare riferimento agli indici di fabbisogno espressi dai diversi territori
- adeguamento ai LEA, avvicinandosi all'adozione dei costi standard
- messa a sistema delle azioni innovative e sperimentali dando priorità alle cure palliative e alle tossicodipendenze
- conferma del fondo a sostegno della famiglia, proseguendo il rafforzamento della presa in carico integrata e lo sviluppo del budget di cura

Risposta integrata al bisogno

Si conferma la **centralità della presa in carico integrata** in riferimento alla quale si identificano alcuni "strumenti" cardine del sistema per il suo perseguimento:

- il **budget di cura**, come modello da perseguire (si veda articolo dedicato al tema), di cui si indica la buona sperimentazioni avvenuta con la misura B1 riferita al Fondo non autosufficienza, in favore di disabilità gravissime in condizioni di dipendenza vitale (si veda unarticolo di commento dedicato)
- i **centri multi servizi**, quali modalità organizzative innovative, particolarmente funzionali all'integrazione.

Valutazione multidimensionale

Si conferma l'approccio multidimensionale alla valutazione e il completamento del percorso di revisione di alcuni strumenti di valutazione:

- dal 1° gennaio è assunta la **"Suite InterRAI" quale scala di valutazione regionale per l'**ADI, abbandonando definitivamente le ipotesi del precedente esecutivo riferite alla sperimentazione della FIM (si veda il Vademecum di LS dedicato alle politiche per la domiciliarità)
- e dal 1° luglio entra in vigore un **nuovo modello di valutazione dei bisogni per le**dipendenze, di cui si riporta il dettaglio in appendice

Le regole non dicono invece nulla sulla **valutazione multidimensionale** per i minori con disabilità **e per disabilità adulte**, indicate allo studio nel 2014 dalle regole precedenti.

Le sperimentazioni

Fondo Famiglia – Si confermano tutte le misure finanziate dal Fondo (residenzialità leggera, residenzialità per minori con gravissima disabilità, rsa aperta, presa in carico ambulatoriale di persone affette da GAP e comunità per minori). Per i dati puntuali circa i risultati raggiunti nel 2014 (6.000 valutazioni e 5.800 persone prese in carico) rimandiamo alla dgr specifica che ne determina lo sviluppo per il nuovo anno (dgr 2942 del 19 dicembre 2014).

Autismo – Viene ripresa la prima dgr della nuova legislatura, quella in riferimento all'autismo, anche in questo caso prospettandone una prosecuzione, anche a fronte dei dati di monitoraggio raccolti (1.092 persone prese in carico grazie alla misura, di cui oltre l'80% minori).

Unità d'offerta innovative – Si richiamano le prefigurazioni di messa a sistema delle diverse unità d'offerta sperimentalmente avviate dalla precedente Giunta (riabilitazione per minori disabili, nuove unità in tema di dipendenze, assistenza post acuta, residenzialità leggera/assistita, residenzialità per minori con gravissime disabilità e Consultori). Si fa riferimento a quanto contenuto nella dgr 2022/2014 che ha posto il nuovo termine per la messa a sistema definitiva a marzo 2015.

Sviluppo dell'offerta

Il 2014 è stato l'anno in cui l'attenzione prioritaria si è concentrata sull'incremento della dotazione sull'area disabilità, con l'accreditamento a messa a contratto di tutti posti disponibili in regione e con la possibilità del passaggio di posti da RSA a RSD. Tale potenziamento ha portato ad investire 9 milioni di euro in più su quest'area e un incremento della dotazione regionale di posti letto (box 1).

Obiettivo di sviluppo per il nuovo anno saranno invece le RSA, della cui situazione regionale la dgr offre una descrizione sintetica (box 2).

In riferimento allo sviluppo dell'offerta, la delibera **interrompe il blocco degli accreditamenti disposto lo scorso anno**, riaprendo la possibilità ai soggetti gestori, autorizzati o abilitati all'esercizio, di accreditarsi.

Box 1 – L'offerta per la disabilità in Lombardia
RSD 3.984 posti letto (2014 +174 nuovi posti e + 5 nuove strutture)CDD 6.305 posti letto (2014 + 187 nuovi posti e + 9 nuove strutture)
CSS 1.373 posti letto (2014 + 124 nuovi posti e + 13 nuove strutture)

Box 2 – Le RSA lombarde
quasi 62mila posti autorizzati (61.893); di cui quasi 60mila accreditati (59.702) e 57mila a contratto (57.434);
2,1 posti letto ogni 10 anziani +75 non autosufficienti
22.508 persone in lista d'attesa
98,16% indice di saturazione dei posti a contratto
Milano (città, 1 e 2), Bergamo, Monza e Brianza e Varese i territori con offerta inferiore alla media regionale
l'orientamento delle persone alla scelta della struttura è dato prevalentemente dalla vicinanza con la residenza, propria o dei famigliari

Le novità per le RSA

Vendor rating - Le RSA saranno la prima unità d'offerta con cui si avvierà il superamento della logica di budgettizzazione basata sulla spesa storica, per passare ad un nuovo sistema centrato sul modello del vender rating. Tale modello consiste **nella classificazione di ciascuna RSA all'interno di 5 livelli (C, B, A,AA, AAA) sulla base di un set di indicatori** riferiti al minutaggio assistenziale, al mix professionale, alla retta media e alla saturazione, calcolati sulle rendicontazione 2014 (si veda Box 3).

Alle strutture che risulteranno in classe C e B verranno ridotte risorse storicamente assegnate, nella misura del 2% e del 4%. Le risorse decurtate saranno messe prioritariamente a disposizione di strutture della stessa Asl che ottengono classificazioni AA o AAA e situate in territori in cui la dotazione di posti letto risulta inferiore alla media regionale o strutture virtuose in linea con la copertura regionale.

Il modello entrerà a regime nel 2016 pertanto i budget del 2015 per questa unità d'offerta vengono stabiliti solo fino al primo semestre sulla base dello storico, riadattati per i mesi successivi, secondo i risultati ottenuti nel rating. Si ribadisce che il modello operativo e gli indicatori saranno condivisi con la rappresentanza dei gestori.

Box 3 – Gli indicatori del Vendor Rating
Minutaggio assistenziale: differenza tra minutaggi totali rendicontati ai fini dello standard gestionale e i 901 minuti previsti dall'accreditamento
Mix professionale: rapporto tra totale delle ore rese da personale sanitario rispetto al totale delle ore
Retta media: differenza retta media della struttura e retta media dell'ASL di appartenenza
Saturazione: rapporto tra le giornate di produzione effettive e il numero di giornate teoriche calcolate sui posti attivi

Incremento posti - Si prevedono per il 2015 **risorse economiche aggiuntive**, non meglio specificate, **per potenziare l'offerta RSA, a beneficio delle province oggi**

carenti. Saranno dunque messi a contratto posti aggiuntivi, prioritariamente di strutture con i migliori rating.

Verso i costi standard - Tema su cui già dal precedente esecutivo la Regione è impegnata in una serie di approfondimenti. Le regole 2015 sembrano porre il primo tassello per l'applicazione dei costi standard, definendo il **pacchetto base RSA** e con esso declinando **le prestazioni minime che tutte le RSA devono offrire**, sulla base del quale seguiranno anche le determinazione del relativo costo standard. Si tratta di prestazioni in parte obbligatorie per l'accreditamento a cui però ne sono state aggiunte altre, possedute dalla maggior parte delle RSA.

Le regole, come di consueto, danno indicazioni specifiche in tema di vigilanza e controllo e budgettizzazione delle unità d'offerta, diverse dalle RSA, su cui però rimandiamo alla lettura delle sezioni dedicate nella dgr.

Il sistema Vendor Rating in socio sanità. Una trasposizione discutibile

Un contributo di Antonio Monteleone - Presidente di Agespi Lombardia

A cura di Rosemarie Tidoli

26 gennaio 2015

Temi > Anziani, Regole di sistema, RSA, Vendor rating

Le nuove regole di esercizio introducono per le RSA una novità importante: il sistema di vendor rating, un tema di fondamentale interesse per i gestori. Di cosa si tratta, da dove viene, quanto è corretto applicarlo in ambito sociosanitario? Questi sono alcuni degli aspetti su cui il commento di AGeSPI mira a fare chiarezza.

Che significa “vendor rating”?

La traduzione italiana è “classificazione del venditore”. Consiste in una procedura utilizzata nelle industrie manifatturiere e nelle aziende dei servizi, al fine di vagliare e monitorare le prestazioni degli appaltatori e delle ditte fornitrici, nonché il valore dei prodotti acquistati.

Si tratta di **una classifica gerarchica, variabile da scarso a eccellente, graduata con i livelli ritenuti opportuni, che rappresenta la sintesi di un insieme di criteri intesi a stimare qualità e affidabilità del servizio/prodotto. E’ una procedura motivata dalla necessità degli acquirenti di conoscere determinate caratteristiche di un prodotto e di un servizio in anticipo e non in base a indicatori *after-the-fact*, a posteriori, ovvero quando, una volta effettuato l’acquisto, non c’è nessuna o solo poche possibilità di porvi rimedio**.

Quando e perché è nata tale pratica?

La pratica di dare un “voto” al vendor è una diretta conseguenza della diffusa attenzione al tema del just-in-time(JIT), che risale alla prima industrializzazione delle officine di costruzione, in particolare nel settore automobilistico; è stata sviluppata con

successo in Giappone, tramite il Toyota Production System, e da qui si è affermata in tutto il mondo. Tale filosofia industrialeintende ottimizzare non tanto la produzione quanto le fasi a monte, il che impone una grande solidità della supply-chain (la filiera dei fornitori) e una forte relazione acquirente-fornitore; in caso contrario sfuma la tempestività o viene meno un fondamentale set di attributi positivi, quali attendibilità, prontezza di consegna e capacità di risposta alle attese (RAS: Reliability, Availability and Serviceability) cui è legata la reputazione dell'azienda finale.

Un ultimo aspetto, in questo sintetico richiamo alla storia e all'implementazione del *vendor rating*, è la sottolineatura, fatta da tutte le scuole di management, circa il fatto che si tratta di una*business partnership* della filiera e che **selezionare il miglior fornitore implica molto di più dello scorrere una lista di prezzi. La scelta migliore, infatti, si compie in base a un range di fattori** prioritari quali la stabilità finanziaria, l'attrattività di alcune specifiche per l'utente-cliente e, in senso complessivo, a tutto quanto rientra nel concetto multifattoriale di qualità.

Si può ritenere corretta la trasposizione della procedura in ambito sociosanitario e in concreto nelle RSA?

Fermo restando che le RSA non sono catene di montaggio e i pazienti non sono prodotti bensì utenti di un servizio multi professionale ad alta sensibilità sociale, è possibile rispondere a questa domanda tramite alcune argomentazioni di ordine giuridico e manageriale.

Gli erogatori di servizi sociosanitari nell'ordinamento italiano non sono *vendor* bensì "concessionari", le Regioni non sono *buyer* in senso proprio e non si rileva alcuna *business partnership* tra Regione e concessionari. Infatti, nel caso di servizi ritenuti fondamentali per il cittadino e rientranti nei LEA, le Regioni si riservano di gestirli direttamente (e in questo caso, se si accettasse la trasposizione, si configurerebbe la situazione paradossale di una P.A. nello stesso tempo *vendor* e *buyer*) o tramite concessione, nella quale la controprestazione a favore del concessionario consiste unicamente nel diritto di gestire il servizio e di ricavarne un utile. Quindi con la concessione si va sempre ad ampliare la sfera giuridica del concessionario, divenuto titolare di una nuova situazione legale che origina nella concessione stessa.

Per arrivare a tale nuova condizione – cioè l'essere concessionari – nella nostra fattispecie (e non solo) occorre superare due livelli valutativi e sottoscrivere l'impegno di sottoporsi a continui controlli. Ciò significa che il Servizio Sanitario Regionale, innanzitutto, garantisce la qualità delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari vincolando le prime all'assegnazione dell'**autorizzazione all'esercizio**[1] ed i secondi all'abilitazione professionale. All'autorizzazione di solito segue l'**accreditamento**[2],

l'atto con cui la Regione, a garanzia degli utenti, verifica il possesso di standard qualitativi, organizzativi e strutturali di strutture e professionisti, equiparando al pubblico le strutture ed i professionisti del privato, sia esso *profit* o *no profit*.

Inoltre, in riferimento al **piano dei controlli** le deliberazioni regionali stabiliscono che: «*Le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dalla normativa regionale vigente (le leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale. La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.*»[3].

Esiste la possibilità di verificare ex post se il lavoro di cura e assistenza è stato svolto secondo buone prassi?

La risposta è indubbiamente affermativa. Infatti, un compito precipuo, sul piano operativo, delle funzioni di vigilanza e controllo è l'accertamento dell'applicazione completa e omogenea dei**nuovi indicatori di appropriatezza delle prestazioni assistenziali** di cui alla DGR n. 1765/2014. **Gran parte di questi sono indicatori *after-the-fact*, ossia documentano se il lavoro è stato svolto bene o meno bene.**

Stato e Regione attraverso il lavoro legislativo non solo definiscono responsabilità, qualifiche e compiti delle organizzazioni che lavorano per conto loro, ma normano spazi e tecnologie e finanche il processo con l'obiettivo di rispondere al bisogno.

Non a caso, la Regione ha recentemente affermato che il sistema dei controlli va inteso come "sistema uniforme ed esplicito di rating degli erogatori a garanzia degli utenti".[4]

In altri termini, **il fatto di appartenere alla rete d'offerta del sistema sociosanitario regionale, in quanto concessionari, e di dover mantenere tale *status,* implica l'essere già sottoposti a un lavoro di rating intenso e costante nel tempo**, con la possibilità di ricevere richiami e sanzioni.

Qual è dunque l'opinione di AGeSPI Lombardia riguardoal "vendor rating" in sociosanità?

Riteniamo che **serva con urgenza una semplificazione normativa e occorra invece stare molto attenti alle aggiunte superflue**, soprattutto se tali misure offrono il fianco

a perplessità sul piano giuridico e su quello scientifico. La qualità, infatti, può essere considerata tale solo se nasce dal rapporto incessante tra buone prassi sociosanitarie ed efficienza.

AGeSPI Lombardia, sulla scia del positivo lavoro fatto fino a dicembre 2014 con tutto il team della Direzione Generale dell'Assessorato Famiglia, fa comunque molto affidamento sulla ripresa di un vero dialogo, rispettoso e costruttivo, tra Regione ed Enti Erogatori, che già ha dato buoni frutti l'anno scorso.

---

[1] Si veda art. 8 ter d.lgs n. 502/92

[2] Si veda art. 8 quater D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.

[3] Si veda l'allegato C della DGR 2989/14

[4]Laura Lanfredini, Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità, Regione Lombardia. Intervento tenuto il 18/12/2014 presso la LIUC in occasione dell'incontro dell'Osservatorio settoriale RSA su "Trend di settore e indicatori di appropriatezza".

Vendor rating nelle RSA: a che punto siamo?

Intervista ad Emanuele Gollini – Confcooperative Lombardia e direttore RSA Villa Azzurra (MN)

A cura di Valentina Ghetti

31 marzo 2015

Temi > Regole di sistema, RSA

La delibera delle regole 2015 ha esplicitato l'intenzione della Regione di superare la budgettizzazione dei posti RSA su base storica per orientarsi, già dal 2015, verso un sistema fondato sulla valutazione della qualità delle strutture, attraverso l'applicazione di un sistema di Vendor Rating. Cosa è accaduta a seguito della approvazione della dgr e a che punto siamo sul percorso di attuazione del sistema di Rating per le Rsa? Il referente di Confcooperative Lombardia del gruppo tecnico istituito dalla Regione, spiega ai lettori di LS il percorso che si è intrapreso, su cosa si sta concretamente lavorando e quali variazioni si auspicano nell'attuazione del sistema.

Nella delibera delle regole di sistema la Regione ha previsto l'introduzione, per le RSA, di un sistema di Vendor rating, ipotizzando già tempi di applicazione e indicatori di valutazione. Come e' stato accolto dai gestori di RSA? [1]

Il tema era già nell'aria da tempo, se ne era accennato lo scorso luglio durante il confronto sul libro bianco per lo sviluppo del sistema sociosanitario e l'ipotesi di valutazione del fornitore mediante applicazione di un modello "simil Vendor Rating" era nominato anche nel documento della commissione dei cosiddetti saggi, presieduta da Veronesi. Aveva dunque già destato attenzione tra gli addetti ai lavori e Federsolidarietà' regionale si era già attivata per comprendere cosa potesse significare e che ricadute potesse avere sul sistema dei servizi residenziali.

Nonostante fosse un tema preannunciato, ce lo siamo però ritrovati – a due giorni dall' approvazione prevista in Giunta – nella dgr delle regole, declinato in modo già dettagliato, con tanto di indicatori e tempi di applicazione. Inoltre la Regione,

nonostante avesse dichiarato di voler seguire un percorso partecipato, chiedeva ai gestori, in tempi stretti, l'invio di osservazioni via e-mail.

In questi termini la comparsa del Vendor Rating sulla scena dei servizi socio-sanitari è stata dunque una sorpresa, poiché non c'era stato alcun coinvolgimento preliminare nel merito, soprattutto sugli aspetti tecnico-applicativi, inoltre le modalità prefigurate di gestione dell'interlocuzione sembravano decisamente molto lontane da un confronto realmente partecipato.

Quali sono stati gli elementi maggiormente criticati dell'approccio proposto dalla Regione?

I primi rilievi, come detto, sono stati di metodo chiedendo, in modo compatto da parte di tutte le organizzazioni di rappresentanza dei gestori di RSA (Confcooperative, Uneba, Arlea, Aris-Aiop, Agespi – Anaste, Fondazione Don Gnocchi – Istituto Sacra Famiglia) l'avvio di un confronto puntuale attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro.
A questo si sono aggiunti anche rilievi di merito in particolare riferiti ad alcuni aspetti nodali:

- la logica penalizzante e punitiva, applicata da subito senza alcuna gradualità connessa tra l'altro all'accezione di sistema orientato a disincentivare comportamenti inappropriati per soggetti gestori in ogni caso in possesso dei requisiti prescritti
- l'applicazione del sistema prevista da delibera già dal secondo semestre, senza alcun tempo sufficiente di sperimentazione e di valutazione degli impatti
- la declinazione di alcuni indicatori, che si riteneva avessero necessità di approfondimento e di ri-taratura. Un esempio per tutti, in riferimento al M.O.L. (Margine Operativo Lordo), poi ridefinito in indicatore di performance gestionale, - per come era prefigurato – si rischiava di non tenere in debita considerazione elementi rilevanti quali la differenza tra enti proprietari o con immobili in locazione, non soggetti ad ammortamento, o ancora la differenza tra grossi enti gestori, magari con unità d'offerta in altre regioni e con possibilità di comprimere alcuni costi, e piccole realtà.

Ma quel che più preoccupava, e ancora rappresenta il vero punto nodale, è la funzione cui dovrebbe assolvere il sistema che si intende introdurre: guidare l'acquisto dei posti letto delle strutture sulla base della classazione di merito che ne scaturirebbe.

Cosa è accaduto dunque a seguito di questi rilievi?

L'Assessore ha accolto la richiesta di istituire un tavolo operativo, composto da referenti tecnici degli enti gestori e della stessa Regione, che in tempi stretti – entro il 30 marzo – pervenisse ad una proposta operativa sull'applicazione del sistema. E' stata così siglata un'intesa in cui la Regione ha recepito alcune delle richieste dei gestori ovvero:

- la decorrenza differita al 2016, assumendo il 2015 come anno di sperimentazione, in una prospettiva prevalentemente premiante
- la conduzione di una sperimentazione per due trimestri del 2015, con l'impegno a restituire mensilmente i risultati, per arrivare nel terzo trimestre alla validazione definitiva del sistema di indicatori su cui deve basarsi la valutazione
- la stessa attivazione del tavolo tecnico, che da lì a poco ha dunque iniziato a lavorare in modo serrato

Su quali aspetti si sta focalizzando il confronto e su cosa la Regione sembra essere disposta a rivedere l'impostazione iniziale?

Il confronto è attualmente in corso e sta arrivando alle battute finali. La discussione avviata a livello tecnico ha portato all'elaborazione di una proposta da parte della rappresentanza dei gestori, che indica una differente direzione su diversi aspetti. La proposta oggi è al vaglio della Regione, che proprio in questi giorni dovrebbe esprimersi.

Il primo elemento che abbiamo posto è per noi il più rilevante e propone che **l'applicazione del Vendor Rating sia unicamente premiale e non preveda alcuna decurtazione dei budget assegnati**, così da garantire la necessaria gradualità nella messa a regime del nuovo sistema.

Questa ovviamente è una proposta che la Direzione regionale si è riservata di valutare poiché modifica sostanzialmente l'ipotesi presentata dalla DGR, che doveva essere gestita sostanzialmente iso risorse (le premialità per le strutture con classi superiori venivano infatti garantite dalle decurtazioni effettuate – dal 2 al 4% del budget – a quelle con Rating inferiori). L'ipotesi avanzata richiederebbe invece la previsione di risorse aggiuntive.

L'altro elemento su cui si sono fatte proposte è relativo al **sistema di indicatori da considerare per la valutazione, ri-tarati, ma soprattutto ampliati, allargando il perimetro di valutazione a dimensioni non presenti nella dgr**, che invece i gestori reputano importanti per pesare la qualità garantita dalle strutture. Solo per fare qualche esempio chiarificatore, sono stati proposti indicatori riferiti a:

- la formazione garantita, ulteriore rispetto a quella obbligatoria (sicurezza nei luoghi di lavoro, primo soccorso aziendale, antincendio)
- la propensione della Rsa alla diversificazione dei servizi
- le caratteristiche della struttura abitativa
- l'appropriatezza delle prestazioni, sia come qualità formale del processo di presa in carico – derivante da indicatori generali della scheda di appropriatezza – che come qualità della personalizzazione.

Si è proposto poi un ragionamento differente in riferimento all'indicatore riferito al mix professionale, che a nostro avviso rischiava di premiare, e dunque orientare, una progressiva sanitarizzazione delle strutture. La proposta suggerisce da una parte di tenere comunque in debita considerazione il maggior carico assistenziale di tipo infermieristico in relazione alle condizioni degli assistiti (attraverso la garanzia della presenza dell'infermiere nelle 24ore) e dall'altra proporre una rivalutazione del personale non sanitario (ad esempio valorizzando positivamente la presenza di figure professionali rendicontabili pur se non ricomprese negli standard, come gli assistenti sociali, gli psicologi, i terapisti occupazionali…).
Infine abbiamo proposto l'introduzione di un indicatore, con funzioni di correttivo, che possa contribuire a determinare il valore del rating in relazione alla presenza territoriale della struttura. E' molto diversa la realtà di Rsa in zone montane o isolate, vocate quindi a rispondere a più necessità, rispetto a strutture ubicate in centri urbani.

Non ci siamo spinti anche alla pesatura dei diversi indicatori, ma abbiamo sottoposto alla Regione un ampio ventaglio di elementi su cui basare la valutazione. A seconda di quello che verrà accolto ragioneremo sulle calibrature da fare. C'è da tenere presente inoltre che l'assunzione di alcuni degli indicatori proposti impone di necessità una revisione degli attuali strumenti di rendicontazione – la scheda struttura in particolare– e dunque richiederà alcuni passaggi ulteriori prima della sua applicazione.

Dunque il sistema di rating partirà ma con tutta probabilità con qualche rilevante modifica rispetto alle previsioni iniziali. Come giudica complessivamente questa vicenda e di cosa si ritiene maggiormente soddisfatto?

Sul piano dell'organizzazione e del percorso che si è intrapreso, la valutazione è positiva, adesso bisogna attendere l'esito generato.

Il fatto di essere riusciti a trovare un'intesa con l'Assessorato per la definizione condivisa del sistema di valutazione è di per sé un dato molto positivo, soprattutto se si considera che il punto di partenza era molto diverso. **La dgr presentava un percorso rigido e già blindato in alcune tappe precise: riaprire spazi di discussione è stato**

certamente il primo elemento di successo. A questo si aggiunge il fatto di aver portato a considerare elementi prima non presenti nell'impostazione della valutazione e, non da meno, rivedere la struttura dei tempi e avere l'accordo per monitoraggi mensili.

Infine, fatto forse più rilevante, che tutte **le organizzazioni di rappresentanza si siano presentate compattamente ad avanzare le medesime richieste**. Un fronte comune che la Regione non ha potuto non accogliere e che ha portato a trovare spazi di discussione e confronto di dettaglio tecnico.

---

[1] Intervista realizzata in collaborazione con Confcooperative Lombardia. Il contributo verrà pubblicato anche sul Notiziario della federazione.

Punti di vista

Nuovi indicatori di appropriatezza nelle RSA: positività e criticità del sistema di valutazione

Un contributo di Giambattista Guerrini - Fondazione Brescia Solidale e SIGG Lombardia

A cura di Rosemarie Tidoli

27 gennaio 2015

Temi > Anziani, Regole di sistema, RSA

Le regole di sistema 2015 rinviano al secondo semestre 2015 l'applicazione definitiva degli indicatori di appropriatezza previsti nella Dgr 1765/2014. Dopo un primo profilo tracciato " a caldo" sull'impianto complessivo della normativa subito dopo la sua emanazione, LS propone un approfondimento focalizzato in particolare sulle strutture residenziali.

Il percorso di miglioramento dei servizi socio-sanitari lombardi: obiettivi, luci ed ombre

La definizione da parte della Regione Lombardia degli indicatori di appropriatezza in ambito socio-sanitario ad opera della Dgr 1765 dell'8.5.2014 è – come già evidenziato in un precedente contributo - un'ulteriore tappa di un percorso orientato al miglioramento complessivo della qualità dei servizi socio-sanitari. Avviato all'inizio del millennio con la definizione dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali per l'accreditamento dei servizi, questo percorso si è andato sviluppando – in particolare in quest'ultima legislatura regionale – con **una produzione normativa coerente e sempre più definita (ma anche sempre più vincolante per gli Enti Gestori).**

Gli obiettivi sono senz'altro condivisibili: oltre a qualificare globalmente la rete dei servizi socio-sanitari (e in particolare, per le RSA, un sistema di residenze che vale da solo oltre un quarto dei posti letto disponibili su tutto il territorio nazionale) per aumentarne la capacità di rispondere ai bisogni dei nuovi anziani, **è evidente ed esplicitata la volontà della Regione di orientare il sistema ad una più attenta ed "appropriata" selezione dell'utenza, promuovendo in prospettiva un più stretto**

rapporto tra tipologia/entità dei bisogni da una parte, modalità/intensità della risposta dall'altra (e, si spera, remunerazione degli Enti gestori). Al cittadino utente dei servizi e destinatario delle politiche socio-sanitarie, la Regione vuole garantire una risposta ai bisogni omogeneamente ispirata su tutto il territorio regionale ai principi della "medicina dell'evidenza" e delle buone pratiche assistenziali, ma anche la possibilità concreta di scegliere le unità di offerta che più rispondono ai criteri di qualità. Un passo ulteriore in quest'ultima direzione, verso un vero e proprio *rating* delle strutture socio-sanitarie, viene compiuto dalla Regione con la delibera delle regole per il 2015: ma sui suoi contenuti e sull'impatto che essa potrà avere sul sistema delle RSA lombarde sarà necessario ritornare con una riflessione più approfondita.

Prima di addentrarsi nell'illustrazione dei contenuti della Dgr 1765 si impongono alcune osservazioni critiche.

Il percorso di miglioramento della qualità intrapreso dalla Regione ha indubbiamente conseguito risultati positivi, aumentando nei servizi – e in particolare nel sistema delle RSA, cui d'ora in poi mi riferirò – l'economicità e l'efficienza degli interventi erogati, l'attenzione al rapporto costo/qualità, l'eliminazione di tutte le spese non necessarie. **Ma a questa aumentata richiesta di qualità e di efficienza la Regione non ha affiancato un adeguato incremento delle risorse economiche, di fatto ridotte dall'aumento del costo della vita e da molteplici interventi regionali di contenimento del budget.** Di conseguenza, dopo una fase di razionalizzazione delle spese ormai in buona parte compiuta, nell'impossibilità di gravare ulteriormente sui cittadini con l'aumento delle rette (il cui costo, d'altra parte, da tempo viene indicato dalla Regione come uno dei parametri di valutazione della qualità e fa parte del pacchetto di indicatori proposto per il *vendor rating* delle RSA), nel pieno di una crisi economica che si avvia a toccare il 7° anno consecutivo, **agli Enti Gestori non è restato che aggredire il capitolo di spesa più significativo per tutti i servizi alla persona, quello del personale. Ciò ha portato alla riduzione dei livelli assistenziali garantiti e alla compressione di salari già scarsamente remunerativi in rapporto alla complessità del lavoro di cura: scelte – obbligate – che non sembrano facilmente sposarsi con il perseguito aumento della qualità.**

Gli indicatori di appropriatezza: criteri di fondo e generali

I criteri di fondo che devono ispirare i servizi socio-sanitari – e che devono essere chiaramente documentati da ogni unità operativa e verificati dalle ASL nei loro controlli di appropriatezza – erano già contenuti nella precedente produzione normativa regionale (LR 3/2008, Dgr 3540/2012, Dgr 1185 e 4980 del 2013, le delibere delle regole per il 2013 ed il 2014). Essi sono:

- la personalizzazione dei programmi di assistenza (Progetto individuale e Piano di Assistenza Individuale) ed il coinvolgimento dei familiari
- il coinvolgimento nel piano di assistenza delle diverse figure professionali (multidisciplinarietà dell'intervento)
- l'individuazione, nei PAI, di obiettivi realistici e possibilmente misurabili e perciò di indicatori che consentano la valutazione degli esiti
- la congruenza tra la documentazione presente nel FaSAS e il debito informativo ("corretta classificazione della fragilità degli utenti")
- la coerenza tra gli interventi previsti nel progetto assistenziale e gli interventi effettivamente rintracciabili sul diario assistenziale
- l'aggiornamento periodico dei protocolli assistenziali, che tenga conto dell'evoluzione dell'elaborazione scientifica.

In particolare la Dgr 4980/2013, nel proporre in via sperimentale alcuni indicatori di appropriatezza, chiede in modo esplicito che la "storia" dell'ospite sia rintracciabile in due tipi di diario: il "*diario degli eventi*", in cui sono riportati "tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico" (valutazioni e rivalutazioni, cambiamenti delle condizioni cliniche, funzionali, ecc., prescrizioni mediche, …) ed il "*diario degli interventi*" che deve invece raccogliere l'annotazione degli interventi effettivamente erogati, in attuazione di quanto previsto dal PAI (o deve riportare, in alternativa, le motivazioni per le quali tali interventi non hanno potuto essere erogati).

La Dgr 1765/2014 nel riprendere questi criteri di fondo:

- individua (allegato 2) sia alcuni indicatori di appropriatezza generali, validi per tutte le unità di offerta, che quelli specifici per i singoli servizi
- per ognuno precisa il campione cui si riferisce la verifica, le modalità per calcolare il rispetto dell'indicatore, la fonte della verifica (in genere il FaSAS) e gli elementi documentali che comprovano l'appropriatezza
- precisa (allegato 1) l'approccio metodologico seguito nella costruzione degli indicatori di appropriatezza, riferito al processo assistenziale nell'ambito del sistema socio-sanitario (secondo lo schema circolare: valutazione – definizione della progettualità – pianificazione degli interventi sulla base degli obiettivi – attuazione, monitoraggio e verifica degli esiti – rivalutazione)
- offre (allegato 3) "una serie di definizioni e precisazioni relative ad argomenti specifici" contenuti nelle tabelle degli indicatori generali e specifici: si tratta di una sistematizzazione di aspetti in parte già chiariti dalla precedente normativa, in parte fonte di incertezza e di divergenze tra i gestori e le ASL, che li hanno interpretati disomogeneamente. Pur nel dichiarato rispetto della "piena

autonomia e responsabilità professionale in capo all'equipe sanitaria o multi professionale che opera presso le unità di offerta in merito alla scelta degli interventi/prestazioni sociosanitari erogati agli utenti", le precisazioni proposte nell'allegato rappresentano per i gestori un utile "minimum data set" di riferimento.

- definisce gli indicatori individuati "elementi minimi di base cui non è possibile prescindere nell'ambito del processo assistenziale" , stabilendone l'applicazione obbligatoria per ogni utente e individuando una soglia di tolleranza del 5% (prevedendo l'accettabilità dell'indicatore nei casi in cui la scelta di non applicarlo sia adeguatamente motivata e registrata nel FaSAS).

L'obiettivo di questo impianto normativo è, da una parte, quello di **vincolare tutti i gestori ad assicurare alcuni processi operativi che la Regione ritiene debbano costituire uno standard minimo di qualità, dall'altra quello di favorire "l'omogeneità di comportamento delle ASL" nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociosanitarie.**

Gli indicatori di appropriatezza per le RSA: aspetti positivi e criticità

Gli indicatori individuati e le modalità della loro verifica si presentano indubbiamente più adeguati e coerenti rispetto al primo set di indicatori proposto dalla Dgr 4980/2013 (sono, d'altra parte, il frutto della sperimentazione di quest'ultima delibera). In particolare sono ben definiti i dati che l'equipe di vigilanza deve riscontrare all'interno del FaSAS.

Per quanto riguarda gli indicatori specifici per le RSA – che fanno riferimento alle principale aree di bisogno / appropriatezza dei residenti – appare importante l'attenzione alla valutazione ed al trattamento del dolore, così come alla valutazione, alla prevenzione ed al trattamento delle condizioni di nutrizione e di idratazione degli ospiti. Significativo è anche il richiamo a documentare la messa in campo di interventi preventivi (non rappresentati dalla sola contenzione) nel caso di ospiti a rischio di cadute o di pratiche alternative alla contenzione.

Eccessivamente rigida, rispetto alla precedente delibera che prevedeva dei *range* tendenziali di accettabilità differenziati per ogni indicatore, appare peraltro l'obbligatorietà al 100% del rispetto dei requisiti, con un margine di tolleranza globale del solo 5%.

Molto impegnativo è inoltre l'obbligo della costante registrazione di tutti gli interventi, solo in parte mitigato, "per quanto riguarda le prestazioni routinarie di assistenza tutelare (interventi eseguiti da ASA/OSS) … e le attività educative/animative di gruppo" dall'obbligo di "dare evidenza unicamente delle prestazioni non effettuate o la cui

esecuzione è risultata difforme … da quanto previsto nella Pianificazione degli interventi".

Ne**ll'impianto complessivo della normativa, quindi, accanto agli sforzi del tutto condivisibili di promuovere un *framework* di buone pratiche assistenziali, sembrano permanere due limiti significativi:**

- da una parte **il cedimento ad una logica "prestazionale**", che – nell'oggettiva difficoltà di individuare in una realtà come la RSA risultati (*outcome*) quantificabili della cura – concentra l'attenzione sui singoli interventi;
- dall'altra **un'impostazione formale** che se, com'è auspicabile, non risponde ad una pura volontà sanzionatoria, è **fortemente connotata da una logica difensiva ed insieme la sollecita: quasi che il primo obiettivo diventi, per gli Enti Gestori, quello di tutelarsi nei confronti della Regione da una parte, dal rischio del contenzioso con gli utenti dall'altra.**

Entrambe queste logiche difficilmente configurano un reale stimolo al miglioramento della qualità. Nei servizi alla persona (e soprattutto in quelli che si fanno carico di persone ad elevato livello di fragilità) la qualità nasce infatti dalla costante capacità di coniugare la "medicina dell'evidenza" con l'attenzione a dimensioni più difficilmente documentabili e misurabili, quali la flessibilità dei programmi, il clima delle relazioni (con gli ospiti, con i familiari, all'interno del gruppo di lavoro), il rispetto della dignità della persona e la promozione della sua reale partecipazione al proprio progetto di cura e di vita.

Indicatori di appropriatezza: il percorso di miglioramento della Dgr 1767/2014

Un contributo di Antonio Monteleone - Presidente di Agespi Lombardia

A cura di Rosemarie Tidoli

3 giugno 2015

Temi > Anziani, Appropriatezza, Regole di sistema, RSA

Le regole di sistema 2015 hanno rinviato al secondo semestre 2015 l'applicazione definitiva degli indicatori di appropriatezza previsti dalla Dgr 1765/2014. Dopo il primo anno di applicazione, l'approssimarsi di tale scadenza e la necessità di operare degli aggiustamenti ha indotto le Associazioni degli Enti Erogatori socio-sanitari di diritto privato a chiedere alla Regione dei momenti di confronto. Ne è scaturita la costituzione di un tavolo tecnico congiunto, formato da rappresentanti di Regione Lombardia, delle ASL e delle Associazioni, con l'obiettivo di giungere in modo condiviso ad alcune ri-tarature della normativa.

Qual è stato l'esito degli incontri con la Regione per rivedere il sistema di indicatori di appropriatezza ?

Sono stati svolti due incontri: il primo di natura più "politica" che ha avuto luogo con l'Assessore Cantù il 14/5 maggio u.s., e l'altro di natura tecnica, che si è svolto il 22/5 con il Dirigente SC. Vigilanza e Accreditamento dell'Assessorato Famiglia. Tutti i presenti ad entrambi gli incontri si sono detti convinti dell'importanza e dell'ineludibilità del tema dell'appropriatezza e hanno espresso apprezzamenti sia per il metodo sia per il "clima" umano. Il dibattito con l'Assessore Cantù e la sua Direzione Generale nonché con il dottor Lopez dell'ASL MI 1 (che ha fatto e presentato uno studio statistico sui primi risultati di applicazione della DGR) è stato cordiale e, quel che più conta, c'è stato un **atteggiamento coerente con quell'operatività partecipativa già messa in atto nella fase precedente la stesura della delibera**. Ciò che è in gioco, infatti, è il comune obiettivo di attestare, di fronte ai cittadini lombardi e non solo, l'alto livello di qualità raggiunto e costantemente mantenuto dai servizi sociosanitari.

Ciò ha portato alla volontà di individuare, per il tramite di un tavolo tecnico congiunto, miglioramenti che tengano conto dell'esperienza raccolta dagli erogatori e dalle ASL in questo primo anno d'applicazione.

Quali sono i rilievi da voi esposti?

I punti critici riguardano più aspetti: quelli sanzionatori e quelli connessi allo svolgimento dei sopralluoghi nonché la concreta declinazione della *checklist*.

Partiamo dal basso. Circa l'agire concreto delle équipe di controllo e la *checklist* implementata, a nostro parere occorre discutere di quanto segue:

a) L'assenza, imposta da talune équipe di controllo, di un delegato della Direzione di struttura o di un rappresentante del team degli operatori interni.

Non si tratta tanto di affermare la pretesa di una verifica "partecipata" quanto piuttosto di ribadire il contenuto dell'allegato 1, punto 5 della DGR 1765 (link a precedente articolo del maggio 2014) , che – com'è noto – ".. *richiama la piena autonomia e la responsabilità professionale in capo all'équipe sanitaria o multi professionale che opera presso le unità d'offerta in merito alla scelta degli interventi/prestazioni sociosanitari erogati agli utenti."* Tale autonomia e responsabilità richiedono che nel corso dei sopralluoghi debba essere presente il coordinatore dell'équipe sanitario-assistenziale, il quale ovviamente potrà rivolgersi per eventuali chiarimenti all'operatore dello specifico settore dove sono state riscontrate carenze. Ovviamente, l'apporto collaborativo non dovrà condizionare il doveroso esercizio di vigilanza da parte dell'ASL.

b) Tempi particolarmente lunghi dei sopralluoghi, che in alcuni casi hanno raggiunto anche i quattro giorni di durata.

Questo inconveniente si può evitare individuando modalità di semplificazione analoghe a quelle del settore sanitario. Rispetto alla sanità, vi sono ragioni sufficienti per una maggiore snellezza dei controlli, il cui esercizio non può mai tramutarsi in un insostenibile (e a volte inutile) aggravio.

I due punti appena esposti rimandano a quello che deve essere il senso ultimo della DGR, condiviso da tutti, Regione e Associazioni: una proficua collaborazione tra controllati e controllori per il miglioramento della qualità della singola UdO e dell'intera rete.

c) Disomogeneità procedurali o differenti modalità di calcolo delle diverse équipe di controllo, anche all'interno di una stessa ASL.

d) Presenza di un certo rigorismo formale a scapito dell'obiettivo comune di migliorare il sistema secondo lo spirito della DGR.

e) Le osservazioni di carattere clinico dovrebbero essere affidate ad un medico e non ad altra figura dell'équipe di controllo.

f) La complessità generale (e alcune incongruenze) del sistema d'indicatori induce ad una eccessiva burocratizzazione.

La realtà non potrà mai essere ridotta a schemi astratti, sia pure concepiti correttamente sulla base di acquisizioni condivise in letteratura, sui quali formulare un giudizio rivolto alla molteplice varietà dei casi concreti. Per essere più chiari, l'avere previsto 901 minuti settimana per ospite nelle UdO accreditate (che scendono a 750 minuti per quelle solo autorizzate), vuol dire che la maggior parte di tale tempo va dedicata all'effettiva assistenza e cura, e solo la parte residuale è rivolta agli aspetti amministrativi, nonostante ne venga riconosciuta l'importanza. Da ciò deriva la necessità di rivedere l'impianto e i contenuti degli indicatori generali e di quelli specifici.

g) Criteri chiari, trasparenti e visibili nella pianificazione e attuazione dei controlli.

Il rigoroso rispetto della DGR che stabilisce "*I controlli di appropriatezza sono effettuati dalle ASL in coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale e sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo in cui si trovino (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate)*", evita che possano verificarsi disparità di trattamento nei controlli.

In merito all'assetto sanzionatorio, cosa auspicate che venga ritoccato?

Sarebbe opportuno che alla sanzione pecuniaria fosse sostituita un'altra modalità parimenti sanzionatoria, ad esempio quella di un *audit* interno i cui risultati e rimedi siano presentati all'ASL in tempi adeguati. L'auto-verifica interna alla UdO è, infatti, in grado di evidenziare meglio le ragioni degli errori e delle inadempienze nonché le cause, che possono essere imputabili a singoli operatori o a schemi organizzativi inadatti, e può implementare azioni correttive ben contestualizzate in ambiti circoscritti. D'altra parte, alla Regione più che l'aspetto sanzionatorio interessa la realizzazione ottimale di un servizio, svolto in conformità alle norme e ai criteri indicati.

Si potrebbe fare ricorso alla sanzione pecuniaria solo nel caso in cui la struttura prosegua nella inosservanza. Una tale soluzione rispecchierebbe un atteggiamento proattivo, pedagogico e "*friendly*" della Pubblica Amministrazione, in sintonia con il

clima culturale di miglioramento continuo, che non può prescindere dall'apporto di competenze distinte ma reciproche.

Alcuni aspetti della disciplina regionale risultano di difficile definizione. Quali sono le vostre perplessità?

Le difficoltà di inquadrare correttamente certi aspetti sorgono dall'impossibilità di ricorrere a figure giuridiche consuete per disciplinare fenomeni che sfuggono a una precisa catalogazione. Per esempio, appare complessa e non ancora risolta (sul piano etico e legale) la problematica del consenso alla contenzione fisica nei casi di tutela della sicurezza del paziente per lunghi periodi. Per di più emerge, in concreto, la frequente assenza di un amministratore di sostegno per l'impossibilità di reperirlo, dovuta alla carenza di una rete primaria di relazioni o a resistenze degli stessi famigliari. Altrettanto problematica è la nomina, riscontrata in alcuni casi da parte del giudice tutelare, di un amministratore di sostegno che ha il solo compito di provvedere al patrimonio ma non ha obbligo per la cura.

Il lavoro di convocazione dell'AdS o di avvio del procedimento per la sua nomina è molto impegnativo, per la quantità di tempo richiesta e per le difficoltà intrinseche, e ricade impropriamente sul personale della struttura. Questi compiti sarebbero invece più consoni ai servizi sociali dei comuni e agli Uffici di Protezione Giuridica istituiti dalla Regione in applicazione alla legge 6/2004.

Anche gli indicatori e i compiti delle équipe di controllo sono di difficile catalogazione, se si tiene conto dell'oggetto prevalentemente clinico dei controlli. Al momento non si può certo dire con certezza quale sia il tipo di controllo effettuato: meramente amministrativo, medico-legale o altro? Gli indicatori sono semplici raccomandazioni o hanno valore prescrittivo? Se hanno valore prescrittivo, come si concilia tale asserzione con l'autonomia dell'équipe sanitario-assistenziale?

Infine, in presenza alla specifica previsione della DGR 1765/14 , "*la responsabilità della presa in carico e le conseguenti strategie di intervento sono in capo all'équipe multidisciplinare dell'Ente Erogatore che, valutata la situazione dell'utente, definisce gli interventi necessari alla soddisfazione del bisogno*", sorge il pressante interrogativo su come preservare la responsabilità dell'équipe multidisciplinare dell'ente erogatore a fronte di un controllo, che a volte compromette anche la *privacy* degli ospiti.

La necessità di realizzare un efficace e qualitativo sistema di cure intermedie in Lombardia

Contributo di Claudio Dossi - segretario SPI-CGIL Lombardia

A cura di Rosemarie Tidoli

25 giugno 2015

Temi > Anziani, Cure intermedie

Tra le organizzazioni sindacali e i vertici regionali è in atto da mesi un negoziato sulla riforma del sistema socio-sanitario lombardo. Il sistema di cure intermedie è uno degli obiettivi individuati come prioritari per la riforma in un accordo stipulato a settembre 2014. L'articolo che segue espone l'opinione di un rappresentante delle organizzazioni sindacali, che – dopo un'analisi del contesto e del possibile ruolo degli ospedali – evidenzia alcune criticità ravvisabili nel sistema di cure intermedie.

Il contesto generale del welfare

Nel sistema di welfare nazionale é in corso una profonda trasformazione. Soprattutto per le voci di spesa più significative, come quella sanitaria, sempre più si cerca d'introdurre nuovi sistemi di cura, in particolare nella fase post acuta. Il fine è quello di mantenere buoni standard di assistenza sostenendo minori costi, concetto che in Lombardia viene coniugato con lo slogan "passare dalla cura al prendersi cura".

Tutto questo sta avvenendo a fronte di risorse sempre minori e in un quadro di notevole riduzione dei posti ospedalieri, che nel giro di 3 anni dovranno essere portati al 3 per mille per abitante per le acuzie e allo 0,7 per mille per la riabilitazione. Per raggiungere tali obiettivi occorre attivare un processo di riforma dell'intera rete socio sanitaria, partendo da forti integrazioni tra reparti e servizi ospedalieri e tra l'ospedale e le cure territoriali.

I cardini della riforma del sistema socio-sanitario lombardo

Le organizzazioni sindacali Spi Cgil, Fnp Cisl,Uilp Uil assieme alle confederazioni hanno avviato da tempo con Regione Lombardia un negoziato sulla riforma del

sistema socio sanitario regionale. Il 26 settembre 2014 è stato sottoscritto con il Presidente Maroni un accordo che ha tracciato i cardini della riforma, i cui **obiettivi prioritari** sono:

- il mantenimento di un sistema sociosanitario di qualità (come l'attuale) nella fase di cura per acuti
- la definizione di un percorso di presa in carico a tutela delle persone fragili
- la valutazione multidimensionale dei bisogni dei cittadini fatta da un organismo pubblico a garanzia dell'accesso universalistico delle prestazioni
- **la creazione di un sistema di cure intermedie per la continuazione della cura nella fase post acuta e a sostegno della fase di cure domiciliari.**

Perché tutto ciò abbia continuità è necessario un potenziamento dei servizi domiciliari, ADI e SAD, nei confronti dei pazienti non autosufficienti.

Il ruolo degli ospedali

Per la realizzazione dei vari obiettivi individuati si rende necessario definire e distinguere meglio alcune funzioni, a partire da quelle degli ospedali. L'ospedale infatti dovrà – a nostro avviso- specializzarsi sempre più nella risposta ai bisogni di cura di tipo medico o chirurgico, nella fase acuta e nei confronti delle persone con rilevante compromissione funzionale. In alternativa dovrà gestire quelle patologie che – seppur programmabili – richiedono un contesto organizzativo e tecnologico complesso, garantendo che quelle che necessitano di interventi più articolati possano contare sulla continuità della cura sia all'interno dell'ospedale che nella rete ospedaliera.

Inoltre l'ospedale, in sinergia con il territorio e con le strutture che vi operano, dovrà adottare dei Piani Diagnostici e Terapeutici condivisi, mirati a garantire ai pazienti adeguati percorsi di cura **anche nella fase post acuta e nelle dimissioni protette** (in particolare per tutte le patologie complesse che richiedono la continuazione delle cure per periodi ulteriori).

Le cure intermedie

Per designare l'ampio spettro di cure che si articolano nella fase post ospedaliera – ma che si attivano anche in alternativa all'ospedale – viene oggi utilizzato il termine "cure intermedie", riferendosi agli interventi che si vengono a strutturare tra domicilio e ospedale in aiuto e supporto sia all'attività dei medici di base sia nella fase di dimissione all'ospedale.

Questa classificazione rischia però di generare confusione tra operatori e utenti. Per evitarla, suggeriamo di intendere come cure intermedie solo quelle della fase post acuta per i pazienti individuati nella delibera IX /1479 del 30/3/2011, che ha disposto la riconversione di posti letto per acuti in posti per sub acuti. In questo caso la *mission* diventa più chiara: per cure sub acute s'intende la presa in carico che avviene in un contesto di ricovero protetto a favore di pazienti affetti da postumi di eventi acuti o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica.

Il paziente post acuto richiede una minor assistenza medica rispetto alla fase acuta ma una significativa assistenza infermieristica, allo scopo di giungere alla stabilizzazione prima della dimissione e dell'invio a domicilio. Queste cure sono rivolte a pazienti soprattutto anziani, dimissibili dall'ospedale, che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio per la complessità del quadro clinico; comportano l'indubbio vantaggio di ridurre la degenza continuando ad assicurare alla persona l'assistenza in un ambiente protetto per il periodo necessario. In regime di post acuzie si possono inoltre ricoverare pazienti anziani e cronici con tendenza all'instabilità clinica segnalati dai medici curanti, che non possono essere gestiti a domicilio ma che sono gestibili al di fuori dell'ospedale per acuti.

Il percorso delle cure intermedie esclude:

- I pazienti che hanno indicazioni prioritarie per interventi chirurgici
- I pazienti oncologici terminali
- I pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia

L'indice di intensità assistenziale prevede 4 diverse tipologie di complessità (si veda articolo precedente) con diversa remunerazione che va'da 150 a 190 euro al giorno.

Queste condizioni (il cui rispetto è da monitorare con attenzione) sono potenzialmente in grado di garantire una buona qualità dell'assistenza, soprattutto infermieristica, e di costituire un anello di congiunzione tra ospedale e territorio. Il primo viene "liberato" da letti occupati in maniera impropria mentre il secondo riceve un aiuto efficace nei momenti di criticità dei pazienti, soprattutto quelli cronici (fattore non secondario poiché permette di evitare l'interruzione dell'iter di cura, proseguendo nella presa in carico da parte della stessa struttura ospedaliera di partenza) .

Alcune criticità del sistema di cure intermedie*

La situazione si complica quando nel sistema di cure intermedie si inserisce un secondo percorso, quelle delle **cure intermedie residenziali** istituite con DGR 3383/2014. La normativa introduce alcune funzioni nuove; tra queste il care manager,

che dovrebbe garantire un ruolo di forte integrazione nella rete socio sanitaria regionale e rafforzare il collegamento con la domiciliarità (si veda articolo precedente) .

Se collegato agli altri interventi già attivati – la domiciliarità leggera e le RSA aperte – tale obiettivo è del tutto condivisibile.

Tuttavia un primo problema si riscontra nei criteri di accesso a questo percorso di cura, a nostro avviso ancora troppo indefiniti perché non delimitano l'area di competenza rispetto a quella della fase post acuta. Altrettanto poco definiti risultano gli standard previsti per l'assistenza nella fase di cure intermedie; inoltre il ruolo dell'infermiere è poco valorizzato, in controtendenza con la situazione nazionale che – proprio per affrontare il problema dell'assistenza ai pazienti cronici- sta proponendo modelli di cura alternativi all'ospedale caratterizzati da alta intensità infermieristica.

Noi riterremmo più utile operare a supporto dell'assistenza erogata a domicilio dal caregiver o dall'assistente familiare, in modo da rispondere alle specifiche criticità che incontrano la persona fragile e la sua famiglia nella continuità delle cure, soprattutto laddove gli interventi assistenziali territoriali risultino insufficienti. Pertanto, se si vogliono strutturare sul territorio risposte che siano valide alternative ai processi di ospedalizzazione ed evitare misure tampone spesso inefficaci, riteniamo che il modello proposto dalla DGR vada ripensato e fortemente innovato.

Questa è sicuramente una delle chiavi di volta dell'intero sistema: sarà possibile costruire una vera rete territoriale di risposta ai bisogni del paziente fragile e cronico solo se il sistema stesso riuscirà ad essere di supporto all'attività ospedaliera**,** liberando nel contempo risorse ed energie per continuare a garantire un alto livello di assistenza.

*Va sottolineato che , alcuni giorni dopo la messa online di questo articolo (25 giugno), si è svolto un successivo incontro di approfondimento con l 'Assessorato alla Famiglia. In tale data (3 luglio u.s.) sono stati positivamente chiariti alcuni punti che – in questo contributo – vengono citati tra le criticità (in particolare in materia di care manager e standard assistenziali). Per maggiori informazioni si rimanda alla lettura integrale del comunicato sindacale allegato

LombardiaSociale.it è un sito indipendente che si occupa di analisi e valutazione del sistema lombardo dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e socio educativi, ampiamente intesi come welfare sociale. É un progetto ideato da Cristiano Gori, che lo dirige, realizzato da un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale e finanziato e promosso dai principali soggetti che si occupano di welfare sociale in Lombardia.

Il principale obiettivo che persegue è la costruzione di uno spazio di confronto sul welfare lombardo, attraverso la pubblicazione online di materiali di analisi delle misure regionali, l'aggiornamento e la raccolta di punti di vista ed esperienze territoriali e l'organizzazione di seminari ed eventi di discussione e confronto con quanti operano nell'area del welfare sociale in Lombardia.

PROGETTO REALIZZATO DA

Associazione per la Ricerca Sociale

IN COLLABORAZIONE CON

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs

PROMOTORE ISTITUZIONALE

fondazione cariplo

PROMOTORI PRINCIPALI

CGIL SPI Lombardia · FNP CISL PENSIONATI LOMBARDIA · UILPENSIONATI Milano e Lombardia · legacoopsociali · CONFCOOPERATIVE · Caritas Ambrosiana · Segesta · ACLI Lombardia · CESAREPOZZO

PROMOTORI ORDINARI

Auser Lombardia
Arci Lombardia
AGeSPI Lombardia
CSVnet Lombardia