

INDAGINE NAZIONALE SULLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI - RSA

Le rette, le liste d'attesa, lo stato di salute dei bilanci, il personale utilizzato, la trasparenza delle Carte dei Servizi

Sintesi

Premessa

In Italia nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari e la relativa spesa pubblica e privata sono destinate ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa (long-term care)¹.

L'affermarsi di questi bisogni è sempre più giustificato sia dal progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 80 e dei casi di demenza e di Alzheimer, sia dal forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata a all'interno dei nuclei famigliari), sia, infine, dalla progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti (da cui è derivata la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario)².

In questo contesto, sul fronte dell'offerta di servizi e strutture, le esperienze più avanzate realizzate in Europa hanno individuato possibili modalità d'intervento che siano in grado di orientare il sistema del long-term care verso maggiori standard di efficacia e al contempo di garantire la sostenibilità finanziaria delle cure. Tra le molteplici strade percorribili a livello europeo in diversi casi si sta affermando il cosiddetto "sistema a rete", nell'ambito del quale le strutture residenziali di assistenza extra-ospedaliera e le altre strutture "intermedie" sono chiamate a svolgere una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio³ (Tanzi, 2009). La collaborazione con i primi ha come obiettivo la riduzione dei ricoveri

¹ Long Term Care (LTC), "Ogni forma di cura fornita a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita" – OCSE.

² Ormai da qualche anno la letteratura internazionale e alcuni tra i più attenti osservatori italiani hanno messo in guardia dall'assumere come valide analisi troppo semplificate degli effetti della dinamica demografica sulla domanda di servizi socio sanitari e in generale sulla spesa ad essa correlata. La domanda, e quindi la spesa, dipendono non solo dagli aspetti legati alla epidemiologia ma anche da altri numerosi fattori, tecnologici, socio-culturali (la propensione ai consumi medici) ed economici (le caratteristiche del mercato sanitario, l'influenza del reddito sulla domanda), socio-culturali. Le proiezioni sull'impatto dell'invecchiamento sono pertanto più aleatorie (Gabriele, Raitano, 2009).

³ Con le Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994, *"Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"*, vengono fornite indicazioni sulle caratteristiche strutturali delle RSA (vengono ripresi e confermati i requisiti dettati dal DPCM 22/12/1989) e sugli aspetti gestionali e criteri per la determinazione

ospedalieri impropri e la continuità assistenziale nella fase post-acuta; il collegamento con i servizi territoriali (il medico di medicina generale, l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni; ecc.) dovrebbe essere, invece, finalizzato alla ricerca di soluzioni assistenziali coerenti con le esigenze degli anziani e comunque diverse dalla istituzionalizzazione (salvo i casi non diversamente gestibili) (Spi CGIL Lombardia, 2012, Tanzi, 2009).

Nei Paesi europei le modalità di erogazione della LTC sono molto diverse fra loro e dipendono dall'interazione dei soggetti principali: Stato, mercato profit, non profit, famiglie. In linea generale, con riferimento all'Unione europea a 15, negli ultimi venti anni sono state varate riforme nazionali (Austria, 1993; Francia, 2001, Germania, 1995; Spagna, 2006; Portogallo, 2006) che hanno condotto alla riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale anche sulla base di un ripensamento dei sistemi di finanziamento per il reperimento delle risorse necessarie a soddisfare una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari, in direzione del potenziamento dei servizi del territorio (con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata e alle forme di residenzialità alternative rispetto al passato), dell'integrazione tra ospedale e territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi idonei a garantire la continuità assistenziale secondo un approccio multidisciplinare (Agenas, 2012, Istat, 2010).

Nel nostro Paese, il lungo dibattito sulle possibilità di riforma dell'assistenza agli anziani non è mai sfociato in cambiamenti effettivi, generando a lungo incertezza sulle garanzie pubbliche; lo sviluppo dei servizi è dipeso dalla sensibilità dei vari territori (Regioni e altri enti territoriali). I servizi di assistenza a lungo termine attualmente forniti dagli enti territoriali sono limitati e concentrati in alcune regioni.

In base ai più recenti dati in Italia sono presenti circa 240 mila posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) mentre il fabbisogno rilevato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea- 2007) viene stimato in di 496 mila posti. L'Assistenza domiciliare integrata viene erogata a circa 527 mila anziani (22 ore di assistenza su base annua- dati Ministero della salute 2009 confermati dalla Ricerca Agenas -), una quota assai inferiore al fabbisogno rilevato e pari a circa 870.000 assistiti (per almeno 8 ore a settimana, come da valori internazionali) (Agenas, 2012).

Spesso le famiglie curano gli anziani non autosufficienti fornendo direttamente una serie di prestazioni o attraverso l'acquisto di servizi sul mercato privato (soprattutto attraverso l'offerta di cura proveniente dalla

dei costi (suddivisi in costi totalmente sanitari, costi totalmente non sanitari e costi misti). Viene inoltre introdotta la differenziazione tra R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) e la R.A. (Residenza Assistenziale).

Le prime **(R.S.A.)** realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

In base alle loro condizioni psico-fisiche, sono ospiti delle R.S.A.:

- anziani non autosufficienti (in media 4 moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di 6 moduli). Nelle R.S.A. per anziani, di norma, un modulo di 10-15 posti va riservato alle demenze;
- disabili fisici, psichici e sensoriali (in media 2 moduli, massimo 3 da 10-15 soggetti).

Le Residenze assistenziali (R.A.) si pongono invece al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Esse si esprimono attraverso diverse forme di residenzialità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.), e sono caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica. Nelle residenze assistenziali le prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali. I costi dell'ospitalità nella residenza assistenziale non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale che assicura esclusivamente le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto.

forza lavoro immigrata) (Gabriele, Raitano, 2009, ISTAT, 2010, Agenas, 2012). Il perno finanziario del sistema è “l’indennità di accompagnamento”, in sostanza l’unica risposta pubblica a fronte della pressante domanda d’aiuto delle famiglie. Tuttavia tale misura risulta praticamente separata dal sistema dei servizi reali, assicurato tramite la rete delle prestazioni sociali e sociosanitarie locali (Montemurro, 2011, Auser, 2010).

Sulle scelte di assistenza operate nei diversi Paesi influiscono poi numerosi fattori di tipo socio-economico, quali l’evoluzione del ruolo della famiglia e la crescita della partecipazione delle donne (i soggetti che più frequentemente forniscono le cure informali) al mercato del lavoro. Il bisogno di cure a lungo termine, anche nei Paesi europei, ancora resta in parte insoddisfatto. Nel nostro Paese, spesso, quando la famiglia non riesce a sopportare il forte impegno richiesto per la cura dell’anziano non autosufficiente, l’istituzionalizzazione e il ricovero nelle strutture sanitarie assistenziali risultano ancora le uniche forme di assistenza possibili nei confronti di questi soggetti.

I dati sulla non autosufficienza

In Italia si stima la presenza di circa 4,1 milioni i cittadini non autosufficienti, di cui circa 3,5 milioni sono anziani (Censis, 2012). Secondo l’ISTAT, nel 2009 tale quota della popolazione anziana (disabile) sarebbe pari a circa 2 milioni di anziani che vivono in famiglia, cui occorre aggiungere circa 300.000 anziani ospiti nelle strutture residenziali.

In base all’Indagine ISTAT multiscopo 2004-2005 sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, il 18,5% dei cittadini ultra 65 anni riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. Si tratta di un tasso più basso di quello rilevato nella precedente indagine multiscopo (1999-2000) (19,6%), in coerenza con le stime più recenti per i paesi industrializzati, che mostrano come la disabilità di livello severo diminuisca nelle persone anziane ad un tasso di 1.5% per anno (Istituto superiore di sanità, 2012). Tuttavia, per quanto riguarda l’Italia, le ultime rilevazioni effettuate dall’ISTAT con riferimento all’anno 2009, indicano una leggera ripresa del tasso di disabilità degli anziani, fino al 19,1% (ISTAT Health for All, 2012).

Anziani over 65anni, % disabili over 65 anni e numero disabili over 65 anni – anno 2009

	Numero anziani	% disabili over 65 anni	Numero disabili over 65 anni
Piemonte	1019577	17,1	174181
Valle d'Aosta	26800	15,5	4162
Liguria	431695	16,3	70397
Lombardia	1990483	15,9	316863
Veneto	982283	19,2	188438
Trentino-AltoAdige	192852	13,1	25225
Friuli	289395	17,4	50470
EmiliaRomagna	986674	16,1	159167
Toscana	872766	17,3	151295
Umbria	209066	19,7	41184
Marche	351797	17,7	62370
Lazio	1136022	18,1	205882
Abruzzo	285063	19,5	55540
Molise	70024	19,9	13916
Puglia	757272	23,8	180001

Basilicata	118448	22,2	26308
Campania	941849	22,6	212864
Calabria	377273	22,6	85266
Sicilia	936211	27,7	259045
Sardegna	325987	22,0	71877
Italia	12301537	19,2	2354451

Fonte: Elaborazioni IRES Morosini su dati "Health for all" dell'ISTAT

Appare evidente come il progressivo ed inesorabile invecchiamento della popolazione, tenendo presente che l'Italia si caratterizza per un'aspettativa di vita tra le più elevate in Europa, farà crescere in modo considerevole il fenomeno della non autosufficienza nei prossimi anni. Il peso dei soggetti ultra 80enni sulla popolazione complessiva passerà infatti da circa il 6% nel 2011 al 7,7% nel 2025 e al 15,5 nel 2060 (ISTAT, 2012).

I servizi residenziali

Gli ultimi dati disponibili dicono che nel nostro Paese circa il 2% di ultra65enni sono ricoverati in strutture residenziali, l'1,8% in residenze sanitarie assistenziali (Rsa); circa il 3,6% sono gli anziani seguiti con l'assistenza domiciliare integrata. Siamo lontani dalle medie europee (dei Paesi nord occidentali) del 5% di ricoverati e 7% di assistiti al domicilio (Guaita, 2011).

Più in generale, facendo riferimento al complesso delle strutture residenziali⁴, secondo l'Annuario statistico 2009 del ministero della Salute, i posti letto in tutta Italia risultano essere 201.180 e distribuiti in modo disomogeneo. La disponibilità di posti letto in questo tipo di strutture sanitarie risulta infatti per il 80,1% (circa 161 mila) concentrata nel nord Italia, per una copertura che raggiunge i circa 590 letti disponibili ogni 100.000 residenti nelle regioni del nord Italia.

Strutture Sanitarie Residenziali⁴ - Posti letto, anno 2009.

	Posti letto nelle Strutture residenziali	Posti letto ogni 100.000 residenti
Nord Occidentale	91.825	576,9
Nord Orientale	69.338	604,4
Centro	24.749	209,8
Sud e isole	15.268	73,2
Italia	201.180	335,0

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute - Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, anno 2009. (Gennaio 2012)

Per quel che riguarda i posti letto dedicati ai soli anziani, il gap tra le regioni del nord e quelle del centro e del sud è ancora più evidente: in totale 162.576, l'84,3%, però, nel Nord Italia.

⁴ Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

Nel settentrione, in effetti, i posti disponibili nelle Rsa, nelle Case protette, negli Hospice e, più generale, in tutte le strutture sanitarie che svolgono attività di tipo residenziale, risultano essere circa 236 ogni 10.000 anziani residenti nella stessa area geografica. È al centro (76,3 posti ogni 10.000 anziani residenti) ed in particolare al sud (16,8) che si aggravano i problemi legati alla capacità di soddisfare la sempre crescente domanda socio-sanitaria.

Strutture Sanitarie Residenziali⁴ - Posti letto per assistenza anziani, anno 2009.

	Posti letto nelle Strutture residenziali per assistenza pazienti anziani	Posti letto ogni 10.000 anziani residenti
Nord Occidentale	77.740	228,1
Nord Orientale	59.275	246,2
Centro	19.290	76,3
Sud e isole	6.271	16,8
Italia	162.576	134,5

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute - Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, anno 2009. (Gennaio 2012)

In base invece ai dati ISTAT pubblicati a febbraio 2012, i posti letto dedicati agli anziani (autosufficienti e non autosufficienti) sono aumentati in modo considerevole nel periodo 2006-2009, crescendo dal 2,2% al 2,6% in termini di copertura del totale degli anziani ultra65enni. Osservando i dati relativi ai soli presidi socio-sanitari (per utenti non autosufficienti) la copertura sugli anziani è pari a circa l'1,8% nel 2009.

Anche in questo caso, molto marcate risultano le differenze fra le varie aree del Paese, così tanto da ipotizzare l'esistenza di disparità territoriali nell'accesso ai servizi. In sostanza nel Nord, in particolare in Trentino-Alto Adige, Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, abbiamo 3,8 posti letto residenziali ogni cento anziani; il Centro Italia si colloca sotto la media nazionale con l'1,8% di posti letto, più bassa è la percentuale (1,2%) rilevata nelle regioni del Sud (ISTAT, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, 2012).

L'offerta di strutture residenziali per anziani risulta sottodimensionata e si caratterizza per un'elevata frammentazione e la presenza disomogenea dei produttori a livello territoriale.

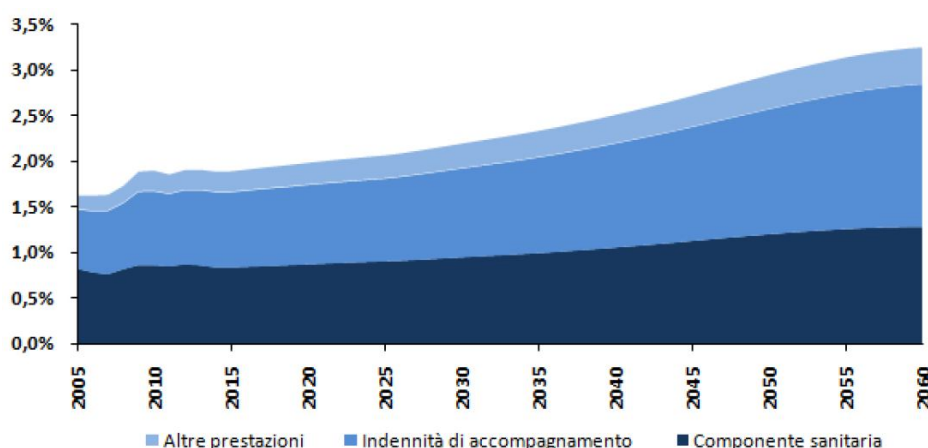
La spesa pubblica

I dati sulla spesa pubblica per l'assistenza continuativa (Ltc) a persone non autosufficienti mostrano un aumento delle risorse impiegate nell'ultimo quadriennio, cui ha concorso soprattutto l'incremento del budget destinato alle indennità di accompagnamento. Nel 2009 secondo il Ministero dell'Economia tale spesa ammontava a 29,5 miliardi, l'1,9% del Prodotto interno lordo, di cui 19,84 miliardi (ovvero l'1,28% del Pil), è stato assorbito dagli ultra 65enni non autosufficienti. A questo, inoltre, bisogna aggiungere la spesa che le famiglie sostengono direttamente attraverso le cosiddette badanti, pari a circa 9 miliardi di euro (rapporto del Ministero del welfare 2010). Per il 2011, in base alle stime della Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'Economia e delle Finanze) aggiornate al 2012, tale spesa pubblica complessiva per LTC risulterebbe pari all'1,8% del PIL; circa i due terzi della spesa sarebbe inoltre erogata ai soli soggetti ultrasessantacinquenni. La componente sanitaria costituisce il 46% del totale della spesa per Long Term Care (corrispondente a circa il 12% della spesa sanitaria pubblica complessiva e pari allo 0,85% del Pil

nazionale nel 2011), il 43% della spesa per LTC riguarda inoltre le indennità di accompagnamento⁵ (circa un milione e ottocento mila prestazioni in pagamento alla fine del 2011), mentre il restante 11% viene invece coperto dalle altre prestazioni assistenziali (stimabili per il 2011 in 3,3 miliardi di euro, 0,2% in termini di PIL).

Le stime di lungo periodo mostrano uno scenario nazionale in cui la spesa pubblica per il Long Term Care, in rapporto al PIL, è destinata ad aumentare dall'1,8% del 2011 al 3,2% del 2060, con un aumento pressoché uniforme nell'intero periodo di previsione.

Spesa pubblica per *Long Term Care* - Scenario nazionale base – spesa complessiva per LTC in rapporto al PIL - Metodologia del pure ageing scenario (aggiornamento 2012)

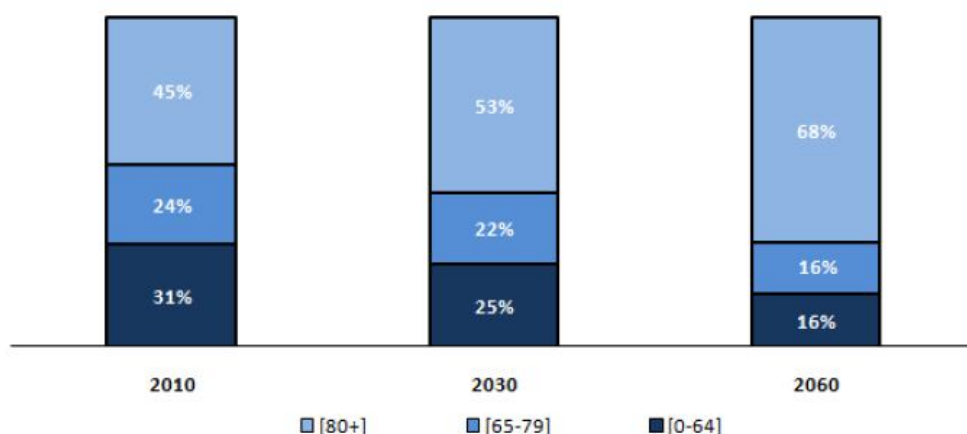


Fonte: Ragioneria Generale dello Stato: "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", 2012

Se si osserva inoltre il dato precedente, nella sua evoluzione al 2060 in relazione alla struttura per età, si registra una marcata crescita della quota di spesa destinata agli ultraottantenni; nel 2010, infatti, circa il 45% della spesa pubblica complessiva per LTC era destinata ai soggetti con più di 80 anni, mentre le previsioni indicano una quota che raggiungerebbe il 68% nel 2060, spostamento di risorse prevalentemente a discapito della fascia 0-64 anni (dal 31% del 2010 al 16% del 2060).

Spesa pubblica per *Long Term Care* - Scenario nazionale base – distribuzione per fascia di età - Metodologia del pure ageing scenario

⁵ Prestazioni monetarie erogate ad invalidi civili, ciechi civili e sordomuti esclusivamente in dipendenza delle condizioni psico-fisiche del soggetto.



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato: “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”, 2012

La componente demografica, quindi, costituisce un fattore di marcata espansione del rapporto tra spesa pubblica per Long Term Care e Pil; l'invecchiamento della popolazione, e il conseguente aumento degli anziani si traduce inevitabilmente in un maggior consumo di prestazioni (per quel che riguarda la spesa sanitaria) o in un maggior ricorso a trasferimenti monetari destinati alle indennità di accompagnamento

La letteratura specifica stessa identifica la spesa per Long Term Care come componente di spesa pubblica “age- related”, cioè *fortemente correlata con il processo di invecchiamento della popolazione. Tale tipologia di spesa, infatti, presenta un potenziale di crescita decisamente più elevato, in relazione alle trasformazioni demografiche attese per i prossimi decenni*⁶.

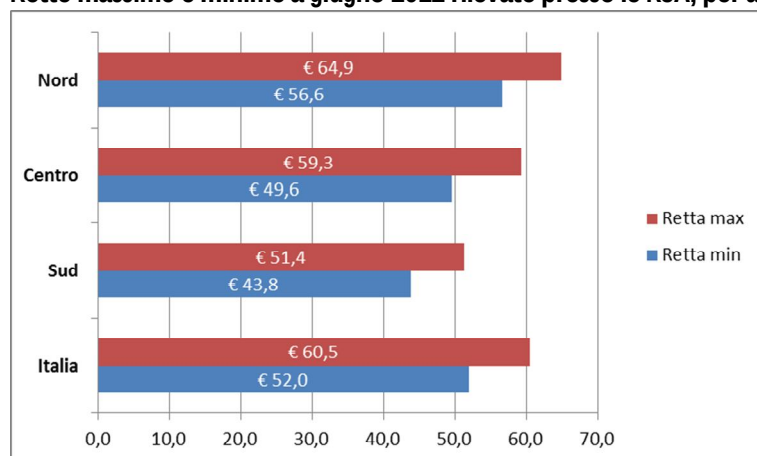
⁶ Fonte: Ragioneria Generale dello Stato: “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario” - aggiornamento 2012

L'indagine sul campo: Il sistema delle Rsa

Dopo la ricerca sulle Case di riposo presentata nel 2011, l'Auser prende in esame per la prima volta su scala nazionale la realtà delle RSA, le Residenze Sanitarie Assistenziali, le strutture dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti. In questa indagine sono stati analizzati alcuni aspetti importanti che illustrano una realtà molto disomogenea e frammentata: in diversi casi l'andamento delle tariffe risulta molto sostenuto; la comunicazione all'utenza non adeguata. Poco chiari i dati sul personale impiegato, specie per quanto riguarda l'inquadramento. Molto interessanti sono inoltre le informazioni ricavabili dai bilanci finanziari di un campione delle Rsa, in base ai quali quello delle residenze sanitarie assistenziali si pone come un settore anti-ciclico per molti operatori economici.

Le rette. In generale, in base a nostre rilevazioni effettuate presso le Asl e i soggetti erogatori (rilevazione effettuata relativamente a un campione di 1.280 RSA), nel 2007- giugno 2012 (confronto con il periodo pre-crisi) gli importi medi richiesti alle famiglie aumentano in modo considerevole: + 18,5% per la retta minima e + 12,8% per la retta massima. Prendiamo in considerazione il periodo temporale più recente. A giugno 2012 il costo che ciascun ospite dovrà sostenere risulta mediamente pari ad una spesa giornaliera di 52 euro, nel caso di retta minima, e di 60,5 euro per la retta massima, in crescita rispetto a dicembre 2011 di circa l'1,4%,.

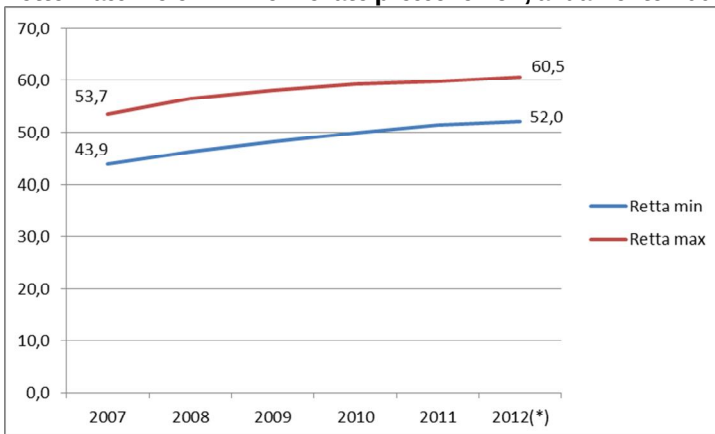
Rette massime e minime a giugno 2012 rilevate presso le RSA, per area geografica.



Gli aumenti più rilevanti si verificano nelle RSA campane, piemontesi, lombarde e della Sicilia. Le Rsa della provincia di Varese presentano, congiuntamente ad aumenti sostenuti nel periodo considerato + 3,1 euro

per le rette massime) costi per l'utenza finale più elevati rispetto alla media (61,5 euro min e 70,5 euro max).

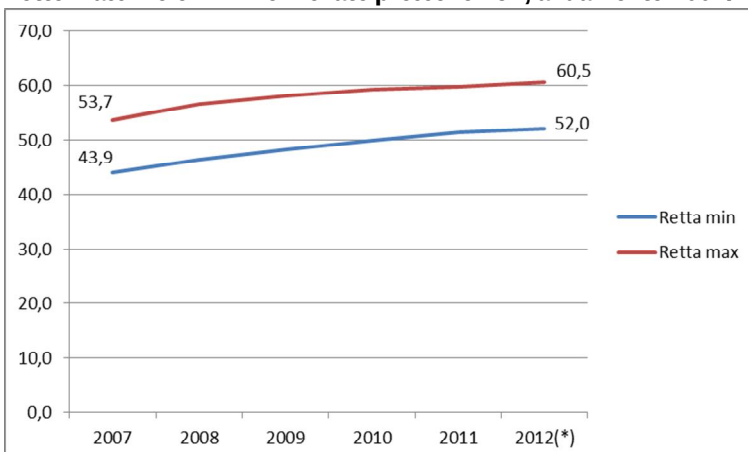
Rette massime e minime rilevate presso le RSA, andamento 2007/2012(*).



(*) giugno 2012

Nota: L'andamento 2008/2011 è stato ricostruito a partire dai dati rilevati presso un campione significativo di 150 Rsa

Rette massime e minime rilevate presso le RSA, andamento 2007/2012(*).



(*) giugno 2012

Nota: L'andamento 2008/2011 è stato ricostruito a partire dai dati rilevati presso un campione significativo di 150 Rsa

Qual è il costo complessivo di una giornata di soggiorno in Rsa, quindi?

Sono innumerevoli infatti gli esempi di rette giornaliere che superano i 100 euro, come caso della "Residenza il Parco" di Carate Brianza (MB) dove le rette in vigore dal 1° gennaio 2012 possono raggiungere, nel caso di Camera Singola i 127,50 euro al giorno (100,80 per la camera doppia). E ancora l'RSA dell'A.p.s.p. C. Vannetti, nella provincia di Trento, a fronte di un articolato tariffario, evidenzia come la tariffa giornaliera valida nel 2012 per un letto non convenzionato, applicata ad utenti residenti fuori dalla provincia o in comuni trentino non compresi nella Comunità della Vallagarina, raggiunga i 160 euro nel caso del nucleo demenze e superi i 180 euro laddove per il paziente sia necessario il ricovero all'interno del nucleo Namir.

L'impegno economico richiesto alle famiglie, secondo quanto rilevato in una recente indagine Cgil (Spi CGIL, 2012), può variare mediamente, in funzione della situazione reddituale dell'assistito e della localizzazione geografica della struttura, dai 1.100 euro delle strutture residenziali fino ai 1.400 euro per quelle di tipo socio-sanitario. Il costo per i Centri Diurni, invece, varia dai 250 agli 800 euro al mese; in quest'ultimo caso la cifra riguarda i costi previsti per i *Centri Diurni Alzheimer*. Il dato di spesa viene confermato anche nel Terzo Rapporto del Network Non Autosufficienza⁷ che, sulla base di una stima aggiornata al 2006 quantifica il costo medio mensile di una RSA in 2.951 euro, sostenuto per € 1.505 dalle ASL, per € 1.375 dall'assistito e per € 71 dai Comuni: un costo giornaliero medio complessivo pari a 97 euro.

Spesa complessiva per le RSA per soggetto di provenienza. Anno 2006 (importi in euro)

	Servizio sanitario nazionale	Utente	Comune	Totale
Spesa complessiva annua	1.428.140.118	1.305.516.956	68.456.040	2.802.113.114
Retta mensile media	1.505	1.375	71	2.951
Percentuale	51,0%	46,6%	2,4%	100,0%

Fonte: L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto⁷

Come riportato nella tabella precedente, quindi, il costo complessivo annuale delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) viene stimato già nel 2006 in 2.802 milioni di euro, un impegno di spesa tale da far considerare le RSA la struttura residenziale più importante, avendo superato per dimensioni sia le residenze assistenziali che le residenze sociosanitarie.

Eppure, nonostante gli ingenti costi di ricovero lo scenario delineato in alcune realtà regionali riguardo il sistema delle Rsa sembra mostrare forti segni di cedimento. In primo luogo le Rsa attive in Lombardia (non bisogna sottovalutare il fatto che circa 1/3 dei posti letto disponibili in Italia riguarda Residenze Sanitarie Assistenziali lombarde) mostrano in diversi casi evidenti difficoltà economica, difficoltà che coinvolgono in particolare i gestori no-profit⁸. "La gran parte dei gestori di RSA sta ormai grattando il fondo del barile e quelli che soffrono di più sono i gestori piccoli e vicini"⁹, problematica alla cui base agisce l'ingente peso dei costi amministrativi che superano, ad oggi, oltre il 30% delle risorse economiche di una RSA. E' il risultato del ricorso a modelli aziendali complessi vero i quali sono andate via via migrando le Rsa, oltre che dell'appesantimento dell'apparato burocratico. L'idea di F. Giunco si rispecchia nell'indagine condotta in

⁷ L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto: Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità - Novembre 2011, Maggioli Editore.

⁸ Guerrini: "Come cambia il welfare lombardo". Maggioli Editore.

⁹ Fabrizio Giunco: "Rette RSA: siamo sicuri che il problema sia solo l'efficienza gestionale?" – Lombardia Sociale

questa analisi nella sezione relativa al personale, qualora circa il 35% degli addetti delle RSA del è impiegato nei servizi generali e amministrativi¹⁰.

In Lombardia le cause che sono alla base dell'alta politica tariffaria (che coinvolge comunque solo una parte delle Rsa) sono di diversa natura. L'aumento delle rette e il mancato raggiungimento, nonostante tutto, di equilibri economico - finanziari adeguati, va messo in relazione in primo luogo con il fatto che, ad oggi, l'offerta di strutture residenziali per anziani si caratterizza per l'elevata frammentazione e la presenza disomogenea dei produttori a livello territoriale (Spi Lombardia, 2012). Le informazioni sono poco approfondite relativamente sia alla governance e agli assetti societari sia al valore del patrimonio degli enti gestori, tuttavia in questa regione negli ultimi anni è cresciuta in modo considerevole la quota di enti gestori costituiti da cooperative sociali, aziende s.r.l. e ditte individuali (Guerrini, 2010). Va detto, inoltre, che da anni ormai gli incrementi tariffari riconosciuti dalla Regione alle Rsa sono inferiori al tasso di inflazione. Mediamente, nel 2003 - 2011 l'incremento delle tariffe regionali è stato del 5.8% a fronte di un aumento del tasso di inflazione del 19.9% (Guerrini, 2012). A questo proposito va sottolineato infine come la tendenza all'aumento delle rette a carico dell'utenza sia destinata a rafforzarsi nei prossimi anni, come risultato dell'introduzione delle regole regionali 2011 e 2012 per le strutture residenziali per gli anziani, che prevedono la riduzione delle risorse a disposizione degli enti gestori. In sostanza, alla definizione, nel 2011, di un budget corrispondente al 98% della spesa dell'anno precedente ed al mancato adeguamento delle tariffe regionali al tasso d'inflazione, si aggiungono per il 2012 la mancata copertura delle assenze degli utenti per ricoveri ospedalieri (Confcooperative, 2012, Uneba, 2012).

In linea generale, tuttavia, considerando il fenomeno a livello nazionale, le cause che sono alla base dell'alta politica tariffaria (che coinvolge solo una parte delle Rsa) sono di diversa natura e interessano almeno 4 profili: la recente ripresa dei livelli di inflazione, il desiderio di profitto degli enti gestori, la carenza di modelli organizzativi efficienti, la riduzione dell'impegno finanziario della quasi totalità delle Regioni a sostegno del sistema Rsa.

I bilanci degli enti gestori delle Rsa

I risultati dell'analisi economico-finanziaria sul "sistema delle imprese Rsa" realizzata da Auser evidenziano come soprattutto nell'ultimo decennio il settore delle residenze per gli anziani sia stato oggetto di fenomeni tipici della riorganizzazione d'impresa, quali la crescita dimensionale, il potenziamento della presenza delle multinazionali e il forte ricorso a logiche gestionali di profitto.

Analizzando un campione significativo di bilanci finanziari (anno 2011) relativi a 113 strutture residenziali riconducibili ai principali gestori operanti in Italia e in particolare nelle regioni del Nord (Residenze Anni Azzurri S.r.l., Sereni Orizzonti S.p.A., Aetas S.p.A., Segesta 2000 S.r.l.), è possibile svolgere le seguenti considerazioni: 1) il settore risulta anticiclico rispetto all'andamento economico generale (nazionale e mondiale) e ciò è testimoniato dalla continua crescita degli investimenti nel settore e dei fatturati dei principali operatori anche in periodi in cui la crisi finanziaria internazionale ha colpito la generalità delle attività economiche; 2) gli utili di settore risultano in diversi casi cospicui; 3) il mercato italiano è oggetto di penetrazione da parte di operatori esteri, prevalentemente francesi. Prendiamo ad esempio uno dei più grandi gruppi italiani operanti nel settore delle Rsa., Sereni Orizzonti Spa. Nell'ultimo triennio gli utili registrano un forte miglioramento (da circa 765.000 Euro nel 2009 a circa 1,9 milioni di Euro nel 2011); si tratta di un incremento del 150% in tre anni che non ha praticamente eguali se confrontato con il più ampio settore industriale o dei servizi. Il numero dei dipendenti cresce del 139,81% (da 211 del 2009 a 506 nel

¹⁰ Vedi sezione "Il Personale"

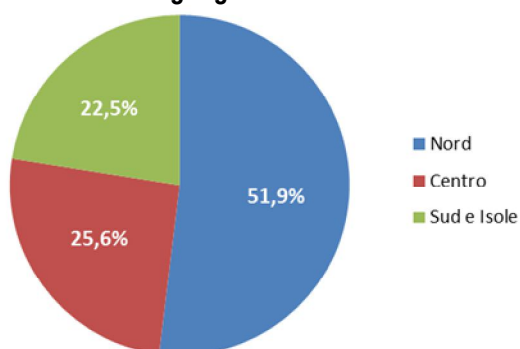
2011); è da notare come la crescita in percentuale dei costi del Personale nel triennio è risultata inferiore (+93,41%). Occorre tuttavia osservare, in base alle indicazioni che provengono da recenti analisi svolte nelle diverse regioni dalle associazioni di categoria, come una quota significativa degli operatori del settore (quelli più piccoli, costituiti soprattutto da ditte individuali) sarebbero costretti a registrare annualmente disavanzi di bilancio.

L'indagine attraverso questionario: personale, liste di attesa e carta dei servizi

Le informazioni e le considerazioni che seguiranno scaturiscono dall'analisi condotta dall'Auser mediante l'acquisizione dei documenti di bilancio e delle carte di servizio e la somministrazione di un questionario proposto direttamente ai responsabili delle Residenze Sanitarie Assistenziali e ad altri soggetti quali i rappresentanti dei lavoratori o i delegati sindacali. Obiettivo prioritario di questa fase della ricerca era l'analisi dei profili professionali, della regolamentazione e della comunicazione al pubblico operata dalle Rsa. Sono state selezionate 250 residenze sanitarie assistenziali, un campione significativo scelto in base a criteri geografici e relativi alla dimensione delle strutture; al termine della rilevazione, risultavano 129 i casi validi.

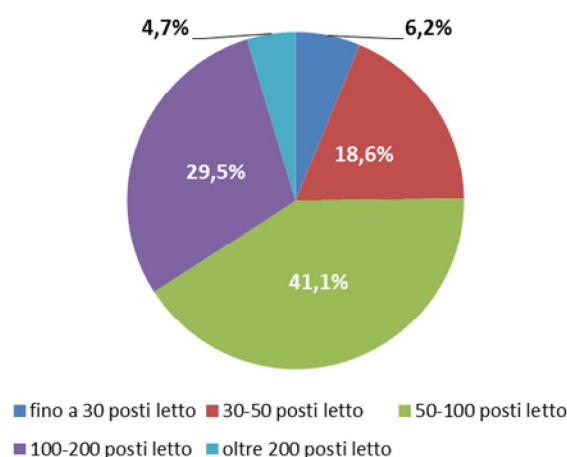
Il campione esaminato è dunque costituito da 129 strutture per le quali è stato possibile acquisire, attraverso le fonti precedentemente indicate (bilancio e nota integrativa al bilancio, carta dei servizi, rilevazione diretta tramite questionario), i dati ritenuti necessari, e la cui distribuzione geografica viene riportata nel grafico che segue.

Distribuzione geografica delle Rsa costituenti il campione preso in esame



Il numero più elevato di Rsa che compongono il campione è residente nel Nord Italia (67 casi pari al 51,9% del totale) mentre il 25,6% (33 casi) è ubicato nel Centro Italia e il restante 22,5% (29 casi) al Sud e nelle Isole.

Posti letto disponibili per Rsa



Circa il 41,1% delle strutture (53 casi) risultano avere a disposizione dai 50 ad i 100 posti letto, mentre sono 38 (pari al 29,5% del campione esaminato) le Rsa con una capienza fino ai 200 pazienti. La più bassa incidenza riguarda le residenze sanitarie assistenziali con oltre 200 posti letto, appena il 4,7%.

Il personale

I dati di bilancio (comprensivi degli elementi informativi acquisiti attraverso le “Note integrative”) e le analisi svolte mediante questionario, pur in presenza di un quadro disomogeneo delle informazioni e delle risposte ottenute, lasciano intravedere organici molto variegati in funzione soprattutto della classe dimensionale delle strutture residenziali nonché il forte ricorso alle forme di outsourcing del personale. I pochi dati disponibili sulle forme contrattuali attivate consentono comunque di rilevare la presenza di almeno il 32% di contratti a termine. Il dato che desta maggiori perplessità riguarda l'inquadramento professionale: i dipendenti sanitari sono spesso assimilati a “operatori sanitari della struttura”, le criticità riguardano soprattutto i pochi addetti inquadrati come infermieri professionali e la scarsa visibilità di altre figure specialistiche. L'insoddisfacente applicazione degli inquadramenti professionali si può ripercuotere negativamente sulla tutela dei diritti e sulla professionalità degli addetti nonché sulla qualità delle prestazioni rese agli utenti.

Le aree problematiche riguardano in primo luogo la sotto-dotazione delle figure professionali dedicate all'assistenza sociale e socio-sanitaria.

Infine, mediamente, circa il 35% del personale è impiegato nei servizi generali e amministrativi. E' un dato che fa riflettere, tenuto conto che la collaborazione fra strutture residenziali diverse potrebbe portare alla realizzazione di importanti economie di scala nella gestione di questo tipo di servizi.

Figure professionali presenti nell'organico del personale delle Rsa. Per area geografica - % di rigo

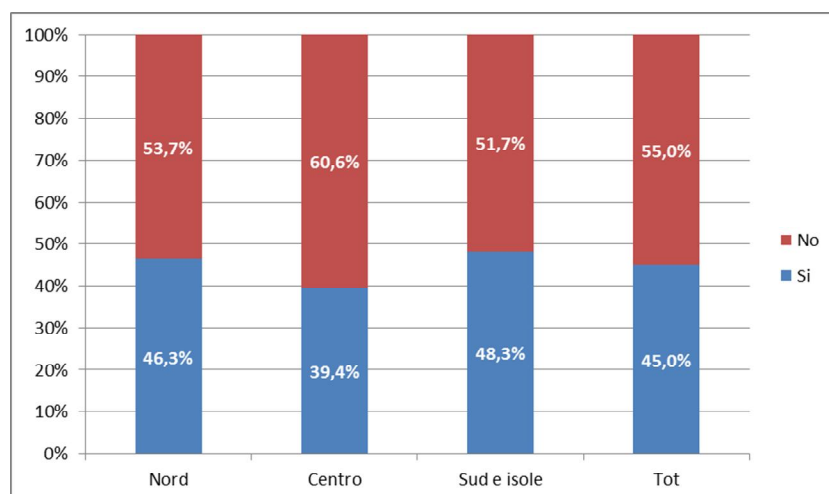
Area geografica	personale assistenza diretta	oss	personale servizi generali e amministrativi	coordinatore responsabile servizi	assistente sociale	personale animatore	Totale
Nord	56,9	3,2	32,9	2,4	0,5	4,1	100,0
Centro	53,0	3,0	35,8	2,9	0,8	4,5	100,0
Sud	49,4	2,4	40,2	1,9	0,3	5,8	100,0
Italia	54,8	2,9	35,0	2,3	0,6	4,4	100,0

Liste di attesa

Un'altra area problematica, emersa dai dati esaminati, riguarda la disponibilità di posti letto: all'atto della rilevazione circa il 45% dei responsabili di Rsa dichiara l'esistenza di liste di attesa. Il dato risulta più elevato nelle regioni del Nord Italia (46,3%) e in quelle del Sud (48,3%) mentre, sebbene piuttosto elevato, appena più confortante è il dato rilevato nelle Residenze collocate al Centro Italia (39,4%).

Appena il 15% delle strutture prese in esame (rispetto al campione iniziale) fornisce indicazioni puntuali circa i tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti. Risulta necessario comunque far presente come questi dati, relativi alle liste di attesa, possano essere in parte falsati dalla frequente consuetudine, da parte di molte famiglie, di iscrivere i propri parenti nelle liste di attesa di più Rsa contemporaneamente. Il dato puntuale riguardo la domanda, quindi, potrebbe essere inferiore a quello rilevato, con la logica conseguenza di ridurre, almeno in parte, le liste ed i tempi di attesa.

Liste di attesa rilevate presso le RSA, per l'accesso alle strutture. Per area geografica



Questi dati appaiono in linea con alcune recenti rilevazioni. Secondo la recente indagine di Spi e Fp-Cgil, infatti, i tempi di attesa per l'accesso ad una struttura residenziale o semiresidenziale, ed in particolare per quelle rivolte a strutture in grado di ospitare utenti non autosufficienti, possono raggiungere in media dai 90 ai 180 giorni; in regioni specifiche, come ad esempio nel Lazio, le liste di attesa possono arrivare ad 11 mesi.

Le carte dei servizi e la comunicazione con gli utenti e le loro famiglie.

Nel presente lavoro si intende avviare una prima analisi delle "carte dei servizi" adottate dalle residenze sanitarie assistenziali e dalle case di riposo a favore dei propri ospiti.

In termini sintetici la Carta del Servizio fissa i principi ed i criteri per l'erogazione dei servizi ed è normalmente presente – nonché obbligatoria – in alcuni settori. Tipico è il caso dei servizi pubblici locali (energia, gas, acqua, trasporti, ecc.) ma è diffusa anche per altre tipologie di servizi (telefonia, servizi finanziari, servizi assistenziali, ecc.). In generale la Carta del Servizio definisce gli standard di qualità del servizio, di tipo generale e di tipo specifico, che il gestore/operatore si impegna a rispettare. La presenza della Carta del Servizio, sia quando questa sia obbligatoria per norme di legge ed ancor più quando questa costituisce una libera scelta dell'operatore che si confronta con pratiche messe in atto da concorrenti che l'adottano, è da considerarsi soprattutto un elemento di garanzia dell'ente che si impegna ad assicurare adeguati standard dei servizi erogati.

Nel settore delle residenze per anziani l'adozione della Carta del Servizio rappresenta, oltre che il solo adempimento di un obbligo, un forte segnale di impegno al rispetto di appropriati livelli di servizio. E' altresì uno strumento di comprensione degli sforzi organizzativi e di processo tesi al miglioramento continuo delle prestazioni al fine del soddisfacimento dei bisogni degli ospiti e dei loro famigliari.

Per la corretta e completa stesura della Carta del Servizio, per quanto attiene alle strutture residenziali per gli anziani, è possibile fare riferimento alla seguente normativa oltre che alla norme regionali:

- Legge 7.08.1990, n. 241 "Nuove Norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 27.01.1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici";
- D.P.C.M. 21 Dicembre 1995 "Schema generale di riferimento per la predisposizione delle carte dei servizi pubblici del settore previdenziale e assistenziale";
- D. Leg. 26.05.1997, n.155 "Autorizzazione delle direttive 93/43/CEE e 96/3/CE concernente l'igiene di prodotti alimentari";
- Legge 8.11.2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- D. Leg. 30.06.2006, n.196: "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- D. Leg. 09.04.2008, n. 81: "Testo unico sulla salute e sicurezza sul luogo di lavoro".

Si è ritenuto opportuno approfondire questa tematica con il questionario per comprendere come le varie strutture intendano presentarsi, anche attraverso questo tipo di documenti, all'utenza (potenziale prima ed effettiva poi) al fine di far conoscere alla medesima il livello e le condizioni di erogazione delle relative prestazioni. Lo scopo del presente è quindi quello di iniziare a creare una maggiore sensibilizzazione nella direzione di rendere maggiormente trasparenti i servizi offerti dagli operatori – soprattutto dai più importanti - ed in particolare poter monitorare periodicamente in futuro il livello di qualità dei medesimi anche attraverso la sola consultazione delle Carte del Servizio. Si può ritenere che diverse strutture sanitarie assistenziali, pur essendone dotate, non considerano con attenzione la valenza della Carta del Servizio come strumento chiave - una cartina di tornasole - dei propri impegni nei confronti dell'utenza. Questo assunto è alla base della presente ricerca. Per ottenere l'accreditamento delle strutture da parte del S.S.N. o per rispondere a direttive regionali gli operatori sono comunque obbligati a garantire adeguati livelli di servizio, la mancanza di trasparenza verso gli ospiti (in generale verso la cittadinanza) di questi

parametri dovrebbe pertanto essere rapidamente rimossa, anche al fine di poter far emergere come le rette vengano a commisurarsi direttamente con la qualità dei servizi resi.

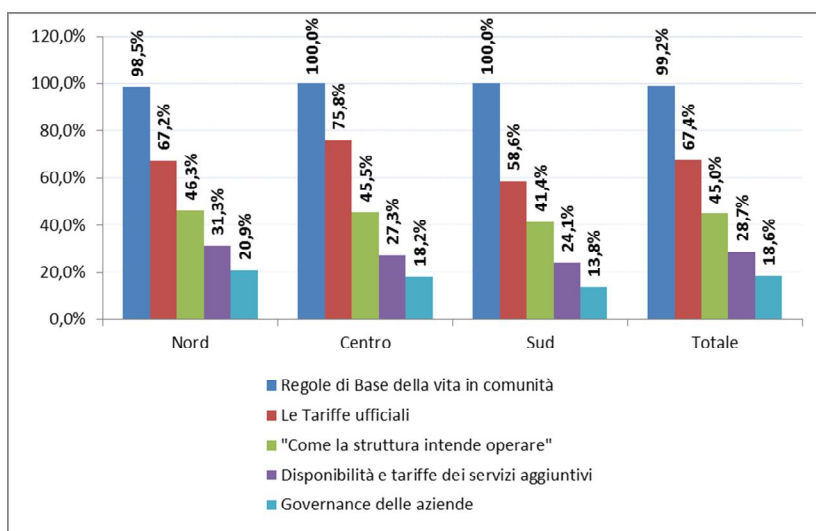
Questa prima e preliminare analisi non ha pretese di giungere a risultati definitivi, ma, invece, solamente quella di avviare un nuovo percorso di approfondimento sulle residenze socio assistenziali in questa direzione (eventualmente da verificarsi con successivi studi). Dall'analisi emerge un quadro nel complesso positivo delle strutture residenziali per anziani. Fatta questa premessa, a nostro giudizio gli aspetti positivi riguardano soprattutto il diffuso (oltre il 95%) rispetto dei principali requisiti previsti dalle normative sia dal punto di vista da quelli igienico sanitario, sia in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli anziani inoltre fruiscono di un discreto numero di servizi generali di vita collettiva erogati direttamente dalle Rsa, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale. La quasi totalità delle strutture sono dotate di Carta di servizi (88%), e il 70% di esse dispone di un regolamento interno.

Dall'analisi delle carte dei servizi, e dalle risposte ai questionari proposti alle Rsa ad integrazione dei dati a disposizione, possiamo in sintesi dedurre come in larga misura lo strumento della Carta dei Servizi svolga il ruolo primario di mero adempimento normativo e burocratico: uno strumento descrittivo quindi, piuttosto che operativo. In base alle informazioni elaborate, infatti, emerge come la Carte dei Servizi disciplinino soprattutto gli aspetti generali del funzionamento delle strutture residenziali, ed in primo luogo riguardino le regole di base della vita in comunità. Tale sezione è di fatto presente nella totalità dei documenti analizzati. Riguardo la presenza delle tariffe troviamo riscontro, complessivamente, nel 69,9% dei documenti esaminati e delle informazioni ricevute dalle Rsa in merito ai contenuti delle Carte dei Servizi (qualora non sia stato possibile esaminare il documento originale).

“Come la struttura intende operare” si può estrapolare dai dati presenti nel 45% delle Carte dei Servizi (e più in generale nelle indicazioni ricevute nei questionari proposti ai rappresentanti dei lavoratori, ai delegati sindacali oltre che ai responsabili degli enti. Tali informazioni risultano maggiormente carenti qualora si voglia restringere l'analisi alle sole Rsa del Sud Italia e delle Isole (41,4%)

Scarse sono inoltre le informazioni per ciò che concerne i servizi aggiuntivi, proposti dalle Rsa, rispetto all'offerta base, e nel dettaglio il riferimento al costo degli stessi. Non bisogna sottovalutare questo aspetto che può, all'atto pratico, determinare un forte aumento dei prezzi a carico dell'utente qualora sia necessario ricorrere a questo tipo di servizi suppletivi. Abbiamo complessivamente riscontrato informazioni a riguardo, solamente in circa il 29% dei casi esaminati, quota che questa volta tende a scendere per le Rsa del centro Italia (27,3%) ed ancora una volta per quelle localizzate al Sud e nelle Isole (24,1%). In ultima analisi, appare evidente una carenza nei contenuti delle Carte dei Servizi per quel che riguarda la Governance delle aziende. Esclusivamente il 18% delle Rsa, infatti, riporta nelle Carte dei Servizi informazioni in merito agli organismi rappresentativi, al ruolo degli stessi all'interno della struttura sanitaria, o comunque più in generale in merito alla struttura aziendale.

I contenuti delle Carte dei Servizi delle Rsa. Per area geografica



Agli ospiti è garantita in genere un'ampia gamma di servizi, tuttavia dai dati emerge come circa la metà delle Rsa (35%) non consentano agli utenti di utilizzare i servizi del territorio. Va detto che la letteratura in materia dimostra che tali orientamenti delle strutture residenziali spesso risultano determinanti, in negativo, per la creazione e per il rafforzamento di processi di ghettizzazione e di isolamento fisico e relazionale degli anziani utenti.

Un'analisi più approfondita è stata svolta su un campione di riferimento di 25 strutture residenziali (17 Rsa e 8 Case di riposo) per le quali sono state prelevate ed analizzate le Carte del Servizio.

n.	Tipo di struttura	Denominazione	Comune	Provincia
1	RSA	Sandro Pertini	Garbagnate Milanese	Milano
2	RSA	Sandro Pertini	Arluno	Milano
3	Casa di Riposo	Guizzo Marseille	Volpago del Montello	Treviso
4	RSA	San Giovanni	Asso	Como
5	RSA	Casa Divina Provvidenza	Como	Como
6	RSA	Villa San Benedetto	Albese con Cassano	Como
7	Casa di Riposo	Monumento ai Caduti in guerra	San Donà del Piave	Venezia
8	Casa di Riposo	Casa di Riposo Noventa Padovana	Noventa Padovana	Pordenone
9	RSA	RSA Galliera	Genova	Genova
10	RSA	Casa Serena	Torino	Torino
11	RSA	Don Felice Cozzi	Corbetta	Milano
12	RSA	Michelangelo	Frossasco	Torino
13	Casa di Riposo	Monticello	Monticello	Monza-Brianza
14	Casa di Riposo	Tomitano e Boccasin	Motta di Livenza	Treviso
15	RSA	Villa Solaria	Sesto Fiorentino	Firenze
16	RSA	Villa Arcadia	Bareggio	Milano
17	RSA	San Giuseppe Moscati	Milano	Milano
18	RSA	Il melo	Gallarate	Milano
19	Casa di Riposo	Fermo Sisto Zerbato	Tregnago	Verona
20	RSA	San Raffaele Trevignano	Trevignano Romano	Roma
21	Casa di Riposo	Beniamino Forlini	Offida	Ascoli Piceno
22	RSA	Villa Azzurra	Borgoforte	Mantova
23	Casa di Riposo	Giovanelli	Tesero	Trento
24	RSA	Residenza Anni Azzurri Melograno	Cassina de Pecchi	Milano
25	RSA	Residenza del Sole	Cinisello Balsamo	Milano

Il campione risulta pressoché costituito da Carte del Servizio afferenti a strutture collocate al Nord Italia.

1. La carta dei servizi per le residenze socio - sanitarie - contenuti di base.

In termini molto semplificati, per le case di riposo e per le residenze sanitarie assistenziali, i contenuti minimi e gli obiettivi della Carta del Servizio dovrebbero essere orientati a:

- presentare l'erogatore dei servizi con la dichiarazione dei propri fini istituzionali e dei principi fondamentali ai quali il medesimo intende uniformare l'erogazione dei servizi;
- fornire utili informazioni per fruire in maniera agevole delle prestazioni e dei servizi assicurati dall'erogatore;
- presentare, in termini di standard di qualità precisi e di impegni programmatici, gli obiettivi che l'erogatore dei servizi intende raggiungere;
- prevedere le modalità con le quali viene assicurata la tutela del cittadino utente rispetto ai disservizi;
- prevedere le modalità di verifica degli impegni assunti dall'erogatore dei servizi.

E' estremamente importante comprendere come i contenuti della Carta del Servizio assumono un forte rilievo nella direzione di orientare l'attività dei servizi (richiesti/offerti) e costituisca altresì un considerevole strumento di tutela dei diritti degli ospiti delle strutture.

Dalla Carta dei Servizi, ovviamente se adeguatamente dettagliata in termini di informative ed integrata dagli specifici standard di qualità dichiarata, oltre agli impegni assunti "teoricamente" dall'ente erogatore, è possibile anche ottenere un maggiore coinvolgimento dei vari operatori professionali della

struttura sulle prestazioni rese e sui possibili obiettivi di miglioramento soprattutto se hanno luogo in modo sistematico le misurazioni dei livelli di servizio dichiarato (o percepito ad esempio attraverso le segnalazioni ed i reclami pervenuti).

In relazione a quanto appena indicato emerge chiaramente come la Carta dei Servizi dovrebbe rappresentare un documento di sintesi “dinamico” - intendendo con ciò l'esigenza di aggiornamento periodico - in relazione a quanto l'erogatore dei servizi risulti in grado di integrarla ed aggiornarla nei termini e secondo gli orientamenti delineati sinteticamente nella presente sezione.

L'analisi delle 25 Carte del Servizio appartenenti al campione avverrà attraverso l'impiego di una matrice.

Nelle righe della matrice, dopo la lettura approfondita di tutti i documenti, sono stati individuati 16 caratteri di valutazione. Le 25 colonne rappresentano invece le singole strutture analizzate utilizzando la numerazione impiegata nell'illustrazione della composizione del campione. In tal modo è possibile, se di interesse, anche ricondursi alla specifica struttura di riferimento.

	Analisi della Carta del Servizio																								
Carattere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Introduzione/Premessa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Principi Fondamentali		x					x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Indice	x	x	x	x				x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x
Allegati	x	x	x	x			x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Storia				x	x		x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Descrizione della struttura	x	x	x	x	x	x		x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Come arrivare	x			x				x	x	x	x	x					x			x		x		x	x
Modello organizzativo		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
La missione	x			x			x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
I Servizi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Le regole	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Le rette	x	x	x	x				x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Referenti nominativi						x		x					x												
Modulo reclami/segnalazioni	x	x	x	x				x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
La certificazione di qualità																				x	x	x			
La carta dei diritti	x	x	x	x	x						x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x

Rispetto ai 16 caratteri individuati la matrice evidenzia che nessuna Carta del Servizio analizzata risponde a tutti gli elementi individuati che possono essere interpretati come i “capitoli” fondamentali di questa tipologia di documento. Proviamo adesso ad analizzare “per colonne” la matrice ottenuta mettendo in evidenza, in colore verde, tutte le Carte del Servizio che presentano almeno 10 caratteri sui 16 individuati nei termini anzidetti. In tal modo, sulla base di un dato oggettivo, si cerca di verificare la numerosità dei documenti che risultano offrire preliminarmente un “sufficiente”, anche se non omogeneo, insieme di caratteri/elementi informativi.

Il risultato viene offerto dal seguente prospetto.

	Analisi della Carta del Servizio																								
Carattere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Introduzione/Premessa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Principi Fondamentali		X					X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indice	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X
Allegati	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Storia				X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Descrizione della struttura	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Come arrivare	X			X				X	X	X	X	X					X			X		X		X	X
Modello organizzativo		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
La missione	X			X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I Servizi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Le regole	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Le rette	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Referenti nominativi						X		X					X												
Modulo reclami/segnalazioni	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
La certificazione di qualità																				X	X	X			
La carta dei diritti	X	X	X	X	X						X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X
Totali	11	11	10	13	7	6	6	14	4	11	12	14	14	13	12	13	14	13	13	15	9	15	11	13	14

Su 25 Carte del Servizio, sulla base del criterio indicato, possiamo ritenere sufficienti dal punto di vista informativo 20 documenti (cioè l'80% del campione). Le cinque carte "insufficienti" dal punto di vista informativo, con l'eccezione di un caso che si avvicina alla soglia di 10 caratteri presenti, possono ritenersi "gravemente" carenti di adeguata informativa rispetto ai riferimenti normativi indicati in precedenza. Senza essere informati sulle strutture in argomento, limitandoci alla loro "conoscenza" attraverso la consultazione delle sole Carte del Servizio ottenute attraverso il web, l'impressione ottenuta - per un qualunque potenziale ospite e/o familiare in termini comparativi - non risulta certamente positiva. Anche se molte strutture vengono scelte dagli ospiti esclusivamente su base territoriale, nel settore delle residenze per la terza età, l'importanza e la forza del marketing non può certamente essere trascurata purché non costituisca l'unico – o uno dei pochi - scopo reale che si intenda conseguire. Le Carte del Servizio possono anche essere intese come il "contenuto contrattuale" del servizio che si intende assicurare. Sotto tale aspetto eccessive carenze di caratteri informativi non sono certamente da interpretare in modo positivo.

Proviamo adesso ad analizzare "per righe" la matrice ottenuta mettendo in evidenza, in colore verde, tutte le Carte del Servizio che presentano almeno 20 caratteri. In tal modo cerchiamo verificare la numerosità dei documenti che risultano offrire uno "standardizzato", anche se non omogeneo, insieme di elementi informativi (caratteri).

Il risultato viene offerto dal seguente prospetto.

					Analisi della Carta del Servizio																								
Carattere	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Totali			
Introduzione/Premessa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25		
Principi Fondamentali		X					X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	17		
Indice	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	19			
Allegati	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	20			
Storia				X	X		X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	18			
Descrizione della struttura	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	21			
Come arrivare	X			X				X	X	X	X	X					X			X		X		X	X	12			
Modello organizzativo		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	22			
La missione	X			X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19			
I Servizi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25			
Le regole	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25			
Le rette	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	20			
Referenti nominativi						X		X					X													3			
Modulo reclami/segnalazioni	X	X	X	X				X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	21			
La certificazione di qualità																					X	X	X			3			
La carta dei diritti	X	X	X	X	X						X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	18			

Anche se è stata indicata la struttura “ideale” (minima) della Carta del Servizio per le strutture residenziali per anziani, sulla base del criterio impiegato i caratteri che ricorrono maggiormente sono solo 8 su 16 (ovvero il 50%) e precisamente:

- Introduzione/premessa;
- Allegati;
- Descrizione della struttura;
- Modello organizzativo;
- I servizi;
- Le regole;
- Le rette;
- Modulo segnalazioni/reclami.

Possiamo ritenere che gli otto caratteri anzidetti rappresentino il livello “minimo indispensabile” per la Carta dei Servizi in ambito sanitario residenziale. Considerando però che altri caratteri assumono una numerosità prossima a 20 (“Indice”, “La missione”, “Principi fondamentali”, “La carta dei diritti”) possiamo ritenere che anche questi elementi non possano essere trascurati per assicurare un livello “sufficiente” di informazioni agli utenti.

Un elemento che sorprende, ma è una conferma di quanto già espresso in precedenza, è che solo 12 Carte del Servizio includono una sezione “Come arrivare”. Nel concreto, salvo che i siti internet mettano in evidenza qualche mappa o cartina, la carenza di questa sezione è da leggersi come conferma del richiamo territoriale “obbligato” per gli ospiti trascurando quindi le modalità “promozionali” delle strutture attraverso questo tipo di documenti.

Quella effettuata finora è una disamina parziale. Ovviamente occorrerebbe ancora approfondire, sempre sulla base dei contenuti delle singole Carte, attraverso il raffronto fra i singoli caratteri di tutte i documenti disponibili. Ad esempio confrontando le rette con il livello dei servizi resi o con le dotazioni della struttura oppure ancora con l’organizzazione (ad esempio: presenza dei medici, assistenza continuativa, ecc.).

Tale raffronto è certamente possibile ma al momento non si ritiene opportuno in quanto, come emerso dalla rapida analisi condotta, le Carte dei Servizi risultano ancora troppo disomogenee.

Un elemento positivo, rilevato però solo in tre casi, è la presenza della certificazione di qualità per le strutture residenziali. Tale certificazione costituisce potenzialmente una forte garanzia per gli ospiti perché non solo si ha la certezza che vengano definiti degli standard qualitativi “generici e/o specifici” ma si ha pure la garanzia che i medesimi vengano regolarmente monitorati ed impiegati per il miglioramento delle prestazioni assicurate al fine del mantenimento della certificazione. Infatti, la certificazione di qualità non attiene solo ed esclusivamente ai livelli di servizio, ma è anche una misura delle buone pratiche

organizzative e gestionali messe in atto dalle organizzazioni (residenze). Questo è un costo “aggiuntivo” che dovrebbe però tradursi in un “vantaggio certo” per l’anziano ricoverato.

E’ altresì da rilevare che due strutture, che non sono dotate della certificazione della qualità, pubblicano nella Carta del Servizio – e ciò rappresenta senza dubbio una innovazione positiva – diversi standard di servizio unitamente a specifici indicatori ed alle modalità di rilevazione dei medesimi. Tali indicazioni sono certamente importanti, occorrerebbe però pure indicare, ed al momento questi dati non sono presenti, le statistiche “storiche” dei medesimi per comprendere realmente i risultati di tali misurazioni (e di conseguenza l’efficacia degli indicatori impiegati per la misurazione dell’efficienza dei servizi erogati).

La breve disamina effettuata, che aveva l’ambizione di iniziare a porre l’attenzione su un tema poco affrontato nel settore delle residenze per la terza età, ha già messo in luce che le Carte dei Servizi sono poco omogenee fra loro - quindi il loro confronto non è agevole - nonché insufficienti a fornire un corretto quadro informativo sugli impegni oggettivamente assunti e sui servizi assicurati. Questo documento potrebbe diventare un “punto di forza” per le strutture ma ciò non sempre viene percepito.