

PROSSIMO INFORMA FNP SPECIALE RSA e COVID-19



Fnp Cisl Lombardia è su Facebook:
<https://www.facebook.com/FnpCislLombardia/>

*Per essere sempre in contatto:
metti like sulla nostra pagina Facebook
invita i tuoi amici a seguirci;
commenta e condividi i nostri post.*



Fnp Cisl Lombardia è su Twitter
come @FnpLombardia

*Diventa nostro follower su Twitter
metti "mi piace" sui nostri tweet
fai retweet sui messaggi che vuoi rilanciare.*

Ti aspettiamo

VISITA IL NOSTRO SITO
www.pensionaticisl Lombardia.it



CISL PENSIONATI
Lombardia



Periodico
Associazione Nazionale
Terza Età Attiva per la
Solidarietà promossa da

informa

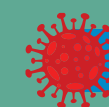


CISL PENSIONATI
Lombardia

Federazione Nazionale
Pensionati Cisl Lombardia

Anno XXIV
MAGGIO 2020

NON AUTOSUFFICIENZA E RSA



PROSSIMO INFORMA FNP
SPECIALE RSA e COVID-19

INFORMA Periodico dell'Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà, promossa dalla Federazione Nazionale Pensionati Cisl della Lombardia
Non autosufficienza e RSA
A cura del Dipartimento Welfare Fnp Cisl Lombardia.

Registrato al Tribunale di Milano il 23 marzo 1998 al n. 202
Finito di stampare nel mese di Maggio 2020

Direttore
Emilio Didonè
Segretario Generale Fnp Cisl Lombardia

Direttore Responsabile
Stefania Olivieri

Vice Direttore Responsabile
Fiorella Morelli
Segretario Fnp Cisl Lombardia
Onesto Recanati
Segretario Fnp Cisl Lombardia

Testi a cura di
Giuseppe Redaelli
Pietro Cantoni

Con la collaborazione di
Cristina Cozzi
Adriana Coppola
Gloria Bertolotti
Gabiella Ghiazza
Rosalba Ferrario

Stampa
Gruppo Stampa GB srl
Cologno Monzese (MI)

Numero **1**
Maggio 2020

Sede e redazione
Via Gerolamo Vida, 10 - 20127 Milano - MI
Tel. 02.89.35.53.00 - Fax 02.89.35.53.50
www.pensionaticisl Lombardia.it - pensionati_lombardia@cisl.it

I NOSTRI CONTATTI

STRUTTURE REGIONALI

FNP Cisl Lombardia
Via G.Vida 10
20127 Milano
Tel - 02/89355300
Fax - 02/89355350
E-mail: pensionati_lombardia@cisl.it
Sito: www.pensionaticisl Lombardia.it

ANTEAS Lombardia
Via G. Vida, 10
20127 Milano
Tel - 02/89355370
Fax - 02/89355371
E-mail: lombardia@anteaslombardia.org
Sito: www.anteaslombardia.org

STRUTTURE TERRITORIALI

FNP Cisl Bergamo
Via Carnovali, 88
24126 Bergamo
Tel - 035/324260
Fax - 035/324268
E-mail: fnp.bergamo.sebino@cisl.it
Sito: www.fnpbergamo.altervista.org

FNP Cisl Asse del Po
Via Dante 121
26100 Cremona
Tel - 0372/413426
Fax - 0372/457968
E-mail: fnp.assedelpo@cisl.it

FNP Cisl Brescia Valle Camonica
Via Altipiano d'Asiago, 3
25128 Brescia
Tel - 030/3844630
Fax - 030/3844631
E-mail: pensionati.brescia@cisl.it

FNP Cisl Milano Metropoli
Via Tadino, 23
20124 Milano
Tel - 02/20525230
Fax - 02/29523683
E-mail: pensionati.milano@cisl.it
Sito: www.fnpmilanometropoli.it

FNP Cisl Monza-Brianza-Lecco
Via Dante, 17/A
20900 Monza
Tel - 039/2399219-218
Fax - 039/2300756
E-mail: fnp.brianza.lecco@cisl.it

FNP Cisl Pavia-Lodi
Via Rolla, 3
27100 Pavia
Tel - 0382/530554
Fax - 0382/539169
E-mail: pensionati.pavia@cisl.it

FNP Cisl dei Laghi
Via Rezzonico, 34
22100 Como
Tel - 031/304000
Fax - 031/301974
E-mail: pensionati.laghi@cisl.it
Sito: <https://fnpdeilaghi.com>

FNP Cisl Sondrio
Via Bonfadini, 1
23100 Sondrio
Tel - 0342/527814
Fax - 0342/527891
E-mail: pensionati.sondrio@cisl.it

2 **CAP. 1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA IN LOMBARDIA**

- 2 Introduzione
- 3 La società che invecchia
- 4 La spesa per la LTC
- 5 La non autosufficienza
- 6 Gli interventi di domiciliarità, semiresidenzialità, residenzialità

10 **CAP. 2 - L'OSSERVATORIO REGIONALE FNP Cisl LOMBARDIA SULLE RSA** ***RSA in Lombardia***

- 10 Nota metodologica
- 11 Le RSA lombarde
- 14 La classificazione dei posti letto
- 18 Il minutaggio assistenziale
- 20 Le rette
- 27 Costi e servizi aggiuntivi
- 28 Le liste d'attesa

30 **CAP. 3 - L'OSSERVATORIO REGIONALE FNP Cisl LOMBARDIA SULLE RSA** ***Le altre prestazioni residenziali***

- 30 I nuclei Alzheimer
- 32 Gli hospice
- 33 I centri diurni integrati

34 **CAP. 4 - LA LOMBARDIA NEL CONTESTO NAZIONALE**

- 34 La spesa delle famiglie per la non autosufficienza
- 35 La Lombardia e l'Italia
- 36 Le rette in Lombardia e in Italia

40 **CAP. 5 - CONSIDERAZIONI E PROPOSTE** ***Il futuro della non autosufficienza***

44 **CAP. 6 - APPENDICE**

- 44 Accordo deduzioni e detrazioni fiscali della spesa sanitaria sulle rette
- 47 Il contributo dei Volontari Anteeas nelle RSA

CAP. 1

LA NON AUTOSUFFICIENZA IN LOMBARDIA

INTRODUZIONE

Uno degli obiettivi che si prefigge questo Report è quello di approfondire il settore della non autosufficienza nella sua complessità, con riferimento particolare al mondo degli anziani, inserendo le RSA all'interno del complesso mondo della *long term care* (LTC - cure a lungo termine).

Inoltre, vogliamo riprendere in questo numero l'importante analisi, gli spunti e le proposte emersi nella recente pubblicazione curata da CISL Lombardia e BiblioLavoro dal titolo ***“Un nuovo mutualismo contrattato, solidale e intergenerazionale per la Long Term Care”***.

Questa pubblicazione, oltre ad essere caratterizzata da contributi di autorevoli esperti in materia di welfare, fornisce elementi valutativi per un'analisi ed un approfondimento in materia di LTC in Lombardia.

Con **Informa FNP** affronteremo il tema della non autosufficienza in modo ampio, descrivendo tutti gli interventi attualmente disponibili in Lombardia che si traducono in misure di tipo domiciliare, semiresidenziale, residenziale e complementari; mentre analizzeremo in forma analitica ed approfondita le RSA e i CDI, dei quali sono forniti i dati ufficiali.

Prima di giungere alla decisione del ricovero in RSA dell'anziano/a da parte dei familiari, è infatti opportuno sapere che esistono una serie di possibilità e strumenti sul territorio, compreso un sostegno di carattere economico da parte delle amministrazioni pubbliche, che permettono di assisterlo/a a livello domiciliare.



LA SOCIETÀ CHE INVECCHIA

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana è un fenomeno ampiamente noto. I dati pubblicati da ISTAT evidenziano un trend che, nel prossimo futuro, vedrà la crescita della popolazione anziana a tassi significativi (+54% degli over 75, +62% degli over 85); insieme a un aumento di 3 anni dell'età media (da 45 a 48 anni). Si amplierà il numero delle persone sole e senza figli, si assisterà ad un incremento del 14% dei nuclei familiari lombardi monopersonali (+264mila) e delle coppie (+331mila); si prevede inoltre che nel 2050 il 40% degli over 75 vivrà solo (+230mila).

Nel 2018, dei 10.036.258 abitanti in Lombardia, 1.159.317 erano già over 75enni (pari al 12% del totale) e 335.987 erano over 85enni, i cosiddetti

grandi anziani, pari al 3% della popolazione. Inoltre le stime nella nostra regione indicano in circa 367.000 le persone con più di 65 anni che hanno limiti funzionali e che necessitano di cure e assistenza; di questi, circa 110.000 sono uomini e 257.000 sono donne. L'incidenza che tali dati hanno sulla società verrà analizzata in modo più dettagliato nel capitolo 4.

Questo aumento delle persone non autosufficienti, sia a livello di cura sia a livello economico, si ripercuote spesso sulle famiglie, ma nonostante ciò scarseggiano le iniziative dei decisori pubblici a favore di un reale ripensamento del sistema di assistenza delle persone anziane.

L'intero sistema di protezione sociale (non solo quello sanitario, ma anche socio-assistenziale e le stesse reti familiari) dovrà in maniera sempre più massiva misurarsi con questo cambiamento.



LA SPESA PER LA LTC

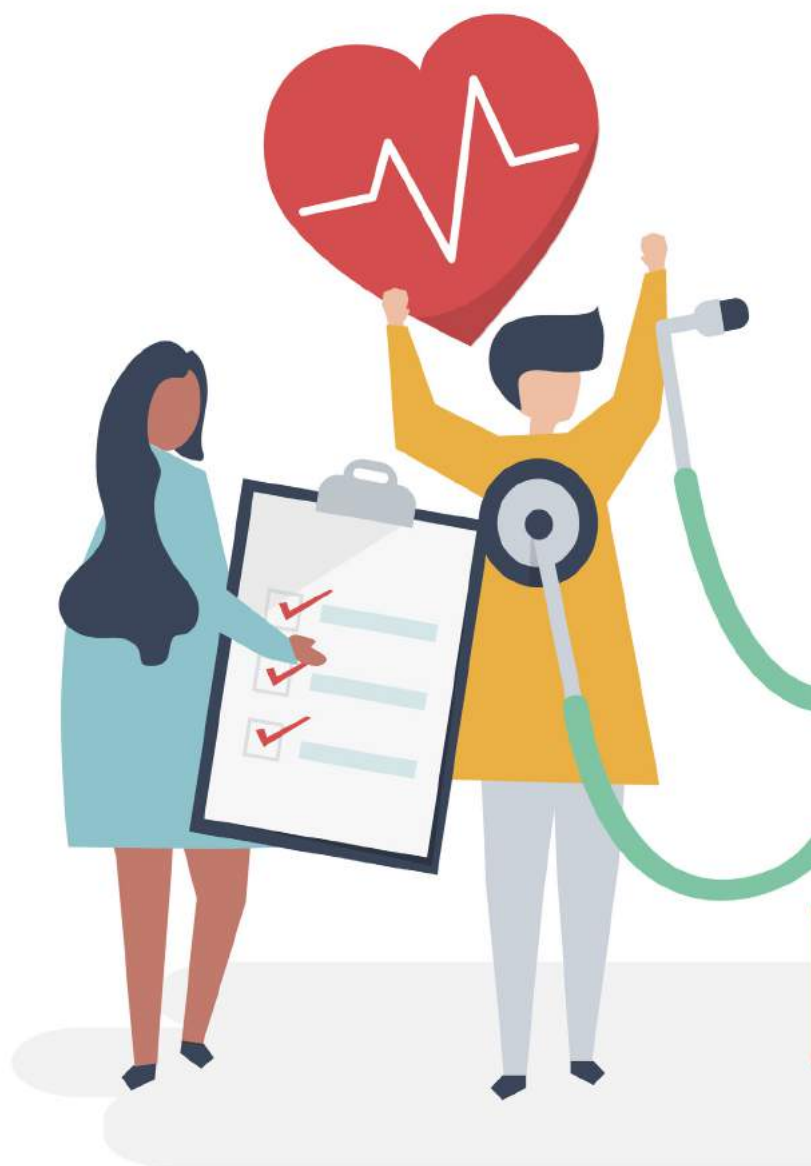
L'ultimo rapporto della Ragioneria Generale dello Stato "Le tendenze di medio - lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario" evidenzia che già oggi la spesa pubblica destinata alla LTC vale circa 29,3 miliardi di €, pari al 1,7% del PIL del 2017, e potrebbe aumentare fino al 2,5% entro il 2070. Nel valore della spesa totale per la non autosufficienza sono comprese tre voci:

- le **indennità di accompagnamento** (pari allo 0,8% del PIL) - sono prestazioni monetarie erogate ad invalidi civili, ciechi civili e sordomuti esclusivamente in dipendenza delle condizioni psico-fisiche del soggetto;
- la **componente sanitaria** della spesa per LTC (pari allo 0,7% del PIL) - include l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa;
- le **altre prestazioni LTC** (pari allo 0,2% del PIL) - sono prestazioni molto eterogenee erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte a disabili e anziani non autosufficienti. Si tratta di prestazioni in natura riconosciute in forma residenziale e semi-residenziale (circa il 60% del valore complessivo) oppure, in misura residuale, trasferimenti in denaro per agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette riservate a particolari categorie di utenti.

Alla spesa pubblica bisogna aggiungere la spesa privata per welfare complementare che oggi è di circa 10,7 miliardi di € (al netto di 12,483 miliardi di indennità di accompagnamento, il che porterebbe la spesa complessiva a più di 23,1 miliardi). Essa è sostenuta dalle famiglie prevalentemente per assistenza domiciliare e residenziale ed è così ripartita:

1. 18,9 miliardi di € (81,8%) per l'assistenza domiciliare la spesa;
2. circa 4,2 miliardi di € (18,2%) per l'assistenza residenziale (per la quota a carico dei singoli e delle famiglie);
3. 90 milioni di € per la raccolta del ramo assicurativo vita per LTC e malattie gravi.

Il ricorso alla sanità integrativa in Italia, dal 2010 al 2017 è aumentato lentamente ma in modo costante; i fondi sanitari sono passati da 267 a 322, mentre dal punto di vista delle adesioni il numero degli iscritti è passato da 3,312 milioni del 2010 ai 10,616 milioni del 2017. Il 63% del totale è costituito da lavoratori dipendenti, il 18% da familiari di lavoratori dipendenti, il 10% da lavoratori non dipendenti, il 5% da pensionati, mentre il restante 4% si suddivide tra familiari di pensionati e di lavoratori non dipendenti.



LA NON AUTOSUFFICIENZA

Mantenere l'anziano nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, è generalmente considerata una delle strategie più efficaci, anche se sappiamo che questo non è sempre possibile e soprattutto che non si può imporre alle famiglie il ruolo di primaria agenzia di welfare, gravandole di responsabilità e compiti di cura o assistenza che invece rientrano nelle funzioni che la nostra Costituzione assegna alle istituzioni.

Le richieste che provengono dalle famiglie delle persone non autosufficienti riguardano come primo passaggio fondamentale l'informazione relativa alle misure alle quali poter accedere, e la possibilità di usufruire dei servizi necessari a costi sostenibili.

Il settore della non autosufficienza in Italia soffre in maniera cronica di una frammentazione su più livelli: diversi sono i soggetti istituzionali titolari di queste politiche, diverse sono le risposte messe in campo dagli attori di policy, diversificati risultano essere anche gli strumenti di valutazione per l'accesso alle misure. Questa frammentazione causa inoltre una parzialità di dati e informazioni che rendono complicate le analisi complessive.

La non autosufficienza, che è a cavallo tra i settori del sociale, del sociosanitario e del sanitario, soffre poi di un *vulnus* strutturale: non è stata oggetto di un progetto legislativo unitario che ne ha definito una struttura coerente, ma solo di numerosi interventi legislativi che si sono sommati nel tempo. Basti ricordare che negli ultimi 20 anni sono state avanzate 17 proposte di riforma nazionale (comprese quelle delle organizzazioni sindacali) che non hanno però portato esiti concreti; oggi, siamo in presenza di un'ulteriore proposta da parte dei sindacati dei pensionati.

Gli interventi messi in campo dalle amministrazioni pubbliche per aiutare la persona e la famiglia in caso di non autosufficienza si dividono in due tipologie: erogazioni monetarie (*in contanti*) e servizi (*in genere*).

Le prestazioni monetarie sono erogate da una pluralità di attori pubblici: i Comuni, le Regioni con le ATS, l'INPS e il Governo, oltre ad alcuni privati, e si differenziano per importo economico, criteri d'accesso e di valutazione.

Gli stessi soggetti erogano anche i servizi reali, alcuni dei quali sono compatibili con le prestazioni monetarie. Essi possono essere racchiusi in tre macro aree: domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità. Per migliorare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche per la non autosufficienza, da tempo, sosteniamo l'urgenza che tutti gli enti erogatori di misure e i servizi sociali ai vari livelli, comunichino all'INPS le relative informazioni relative ai beneficiari e alle prestazioni per dare avvio ad un **Casellario unico dell'assistenza**.

Queste informazioni, integrate con i dati relativi alle condizioni economiche e agli altri dati presenti nei *big data*, devono essere trasmesse agli enti responsabili dell'erogazione e della programmazione delle prestazioni, dei servizi sociali e sociosanitari, affinché possano essere utili per definire preventivamente i criteri di programmazione, monitoraggio della spesa e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi



GLI INTERVENTI DOMICILIARI, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

DOMICILIARITA'

Gli interventi domiciliari sono molteplici e sono finalizzati al mantenimento dell'anziano non autosufficiente presso il proprio domicilio.

Assistenza domiciliare integrata - ADI

È un intervento erogato dalle ASST attraverso voucher sociosanitari; consente ai non autosufficienti di essere assistiti presso il proprio domicilio grazie a personale specializzato, con servizi infermieristici, riabilitativi, medico-specialistici. Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste e al mix di professionisti sanitari coinvolti.

In Lombardia purtroppo il numero del minutaggio di tali servizi è alquanto inferiore rispetto a quello delle altre regioni italiane e insufficiente al reale bisogno di cure delle persone non autosufficienti.

Servizio di assistenza domiciliare - SAD

È un servizio erogato dai Comuni che si caratterizza per un contenuto ad alta rilevanza sociale, rivolto alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno.

Permette di sollevare, in parte, la famiglia dal carico assistenziale e consente alla persona che usufruisce del servizio di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto familiare.

Assistente familiare e caregiver familiare

Svolgono attività di cura e accudimento di persone con diversi livelli di non autosufficienza.

Sostengono il benessere psico-fisico della persona assistita, effettuano interventi a supporto del mantenimento e del recupero dell'autonomia fisica e psichica riducendo i rischi di isolamento; svolgono prestazioni di carattere domestico e igienico sanitario.

La distinzione tra le due figure sta nel fatto che l'**assistente familiare** è un lavoratore assunto ed esterno alla famiglia, mentre il **caregiver familiare** è un familiare che volontariamente e in

maniera non retribuita assiste la persona non autosufficiente.

Le organizzazioni sindacali dei pensionati e alcune associazioni di volontariato, tra cui ANTE-AS, stanno promuovendo la campagna *#iosonocaregiver*: si tratta di una proposta di legge regionale di iniziativa popolare per il riconoscimento e il sostegno dei *caregiver* familiari.

Bonus assistente familiare

È un contributo sul costo relativo alle spese previdenziali della retribuzione dell'assistente familiare regolarmente assunto, e rappresenta un aiuto per le famiglie maggiormente vulnerabili.

L'accesso a tale misura regionale è alquanto burocratico e complicato; i primi dati evidenziano infatti che ne stanno usufruendo pochissimi utenti.

Home Care Premium INPS

Si compone di servizi di assistenza alla persona e/o di un contributo economico a rimborso della spesa sostenuta per l'assistente domiciliare assunto con contratto di lavoro domestico.

Le misure si applicano solo per i dipendenti e i pensionati pubblici, per i loro coniugi, parenti e affini di primo grado non autosufficienti.

Misura B1 FNA

Si tratta di interventi atti a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima di qualsiasi età.

La misura è attuata attraverso l'erogazione di buoni e/o voucher sociosanitari mensili per il soddisfacimento delle prestazioni complessive di assistenza; a seguito della presentazione dell'ISEE.

Nel 2020 tale misura ha subito delle modifiche che hanno rivisto gli importi economici ed alcuni criteri. Anche grazie all'azione sindacale, Regione Lombardia ha modificato l'iniziale abbassamento della quota minima B1.

Misura B2 FNA

Si tratta di interventi di sostegno e supporto alla persona con disabilità grave e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile di qualsiasi età al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

La misura è attuata attraverso l'erogazione di buoni e/o voucher sociali mensili; a seguito della presentazione dell'ISEE.



Residenzialità assistita

È una misura finalizzata a fornire una risposta assistenziale a persone anziane fragili, con limitazioni parziali delle autonomie ed in assenza di una rete di sostegno. Intende assicurare la permanenza in un contesto domiciliare che favorisca il mantenimento della socialità, della vita di relazione e delle autonomie residue. Vengono erogate prestazioni di carattere sociosanitario.

Telemedicina

La telemedicina è l'evoluzione digitale della medicina tradizionale, non la sostituisce ma la affianca e la integra con nuove modalità; rappresenta una "rivoluzione" sociale e culturale già in atto e che continuerà a svilupparsi nel futuro. Offre nuove soluzioni per un'assistenza alla popolazione più tecnologica, dinamica e soprattutto maggiormente vicina alle persone.

Lo sviluppo di questo strumento, sarebbe particolarmente in Lombardia, dove la medicina territoriale non rappresenta una priorità politica.

SEMIRESIDENZIALITA'

I servizi semiresidenziali si collocano tra la domiciliarità e la residenzialità; sono erogati in strutture di tipo diurno per una parte della giornata. Sostengono gli anziani in condizioni di parziale autosufficienza o di grave decadimento cognitivo.

Centro diurno integrato - CDI

È un servizio rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno in RSA.

Nel capitolo 3 questa tipologia di servizio sarà oggetto di un dettagliato approfondimento che mappa il numero delle strutture e dei posti letto in Lombardia.

RSA aperta

È un servizio che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari al fine di sostenere la famiglia e aiutarla a gestire a domicilio il proprio caro affetto da demenza certificata o per anziani non autosufficienti e invalidi con più di 75 anni.

Avviene sia con prestazioni al domicilio sia accedendo alle strutture RSA per attività specifiche.

RESIDENZIALITA'

I servizi residenziali sono gestiti da strutture con caratteristiche alberghiere che erogano servizi di carattere sociale, sociosanitario e sanitario. Accolgono l'anziano non autosufficiente, di prassi, in via definitiva.

All'interno delle politiche di welfare, i servizi residenziali per gli anziani, nel contesto attuale, evidenziano problematiche rilevanti: sia per la crescita numerica della domanda, sia per gli elevati costi dell'offerta. Anche all'interno delle stesse regioni, storie e realtà hanno sviluppato difformi percorsi; costumi e tradizioni hanno segnato interventi multiformi ma fortemente collegati al territorio. Quando l'abitare diventa un problema non più gestibile a domicilio, i servizi sociosanitari si appoggiano ad un sistema di strutture che nel tempo hanno realizzato moduli ed interventi vari, ma tutti con lo scopo di contrastare l'isolamento della persona, assicurando le cure e la riabilitazione.

Lo stato delle politiche residenziali è nei fatti vincolato ad un difficile equilibrio tra il potere di acquisto dei pensionati (redditi e pensioni), il costo di accesso alle strutture e le disponibilità per interventi di sostegno da parte pubblica.

Comunità sociosanitaria - CSS

È una comunità alloggio socio-assistenziale che accoglie persone adulte con grave disabilità prive di sostegno familiare. Tali soggetti necessitano, oltre che di assistenza ed aiuti nella vita di relazione ed in quella personale, anche di supporto e servizi sanitari.

Residenza sanitaria assistenziale - RSA

È una struttura residenziale destinata ad accogliere persone anziane totalmente o parzialmente non autosufficienti alle quali vengono garantiti interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria volti a migliorarne i livelli di autonomia, promuoverne il benessere, prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

Le RSA saranno analizzate in maniera più dettagliata nel capitolo 2.

MISURE COMPLEMENTARI

Riguardano i servizi non riconducibili ad una sola delle tre macro aree.

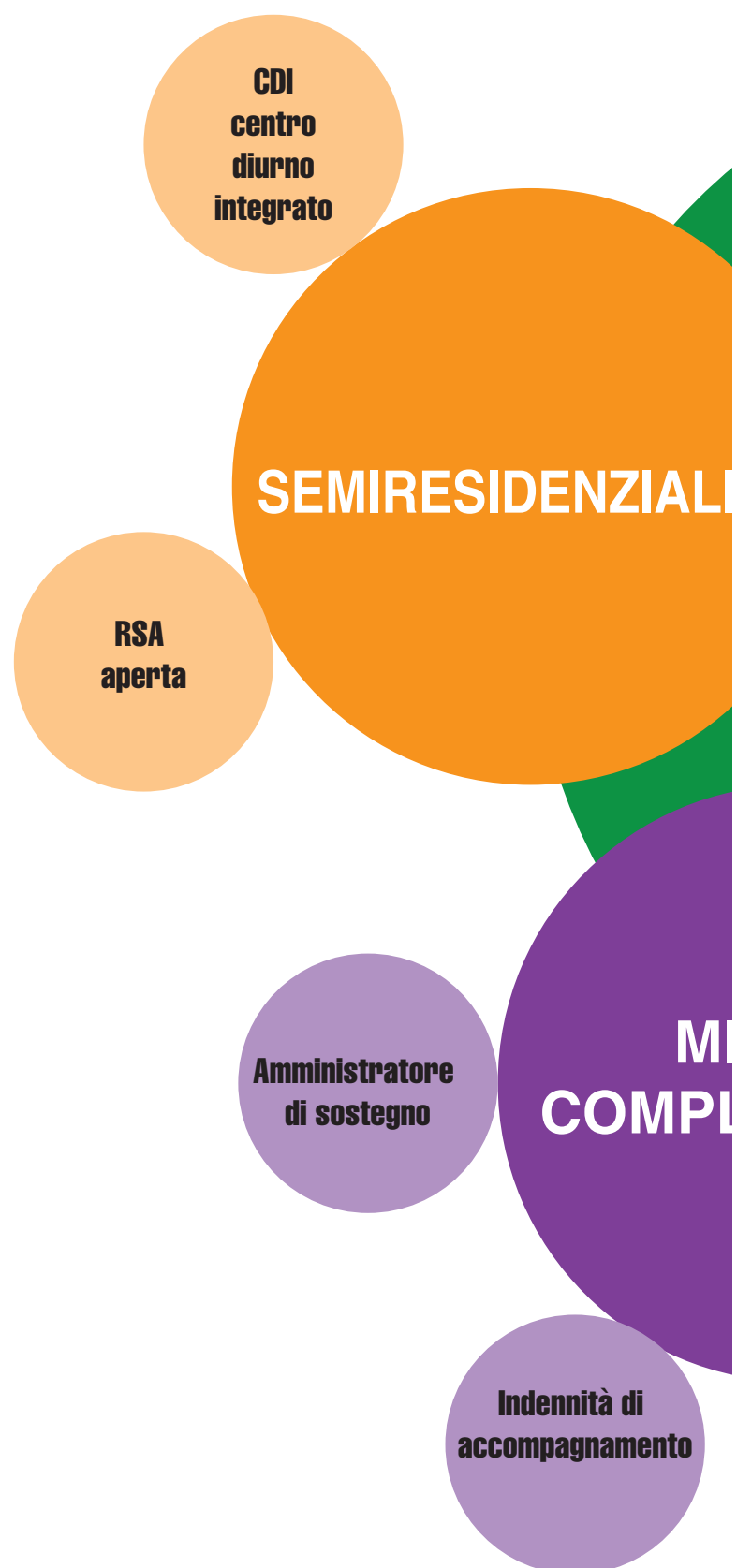
Amministratore di sostegno - AdS

È una persona nominata dal Giudice Tutelare che affianca, assiste e rappresenta quei soggetti con una limitata capacità di agire o impossibilitati a provvedere ai propri interessi.

Indennità di accompagnamento

È una prestazione economica, erogata a domanda, a favore degli invalidi civili totali a cau-

sa di minorazioni fisiche o psichiche per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. È la misura che ha una copertura totale della non autosufficienza; è indipendente dalla condizione economica e dall'età della persona.





CAP. 2

L'OSSERVATORIO REGIONALE FNP CISL LOMBARDIA SULLE RSA *Le RSA in Lombardia*

NOTA METODOLOGICA

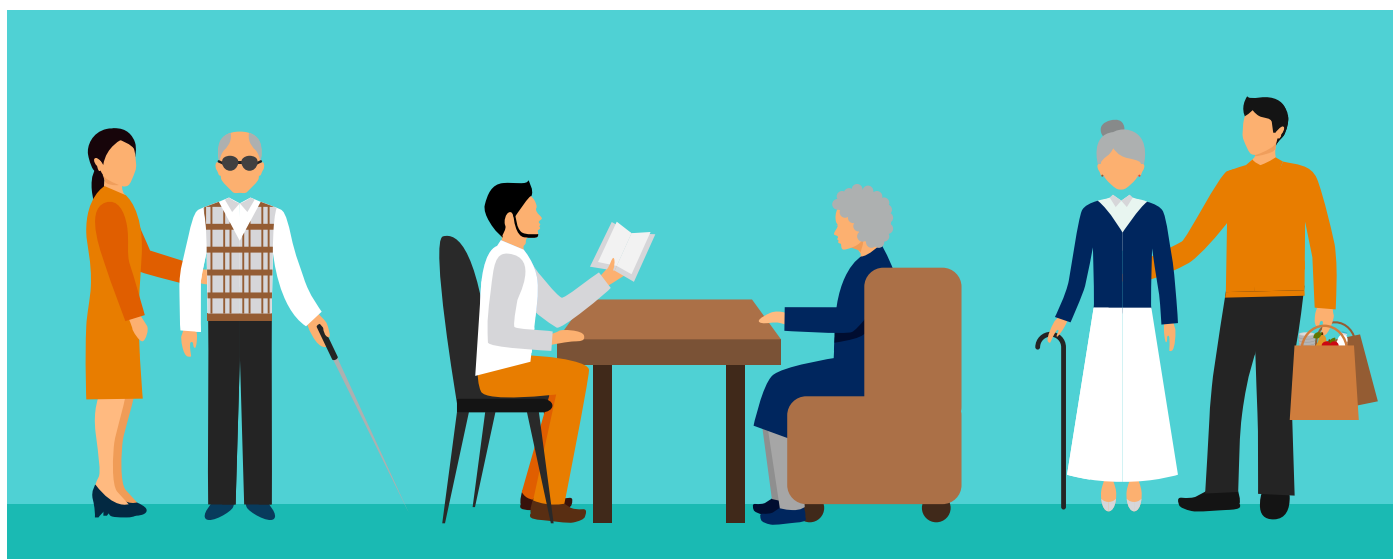
Il Report 2020 su RSA, CDI, Hospice e Alzheimer è stato elaborato seguendo l'articolazione territoriale delle 8 ATS ed è aggiornato a dicembre 2019.

Raccoglie i dati ufficiali riportati e pubblicati da Regione Lombardia, dalle ATS, quelli dichiarati e pubblicati dalle strutture RSA nelle proprie Carte dei Servizi.

Report completi sul sito FNP CISL Lombardia

I Report sulle strutture RSA e CDI completi di ogni singolo posto letto, lista d'attesa, retta e servizi, oltre che il confronto con gli anni precedenti, sono disponibili e liberamente scaricabili dalla sezione "Osservatorio sull'assistenza socio-sanitaria residenziale" del sito web

www.pensionaticislombardia.it

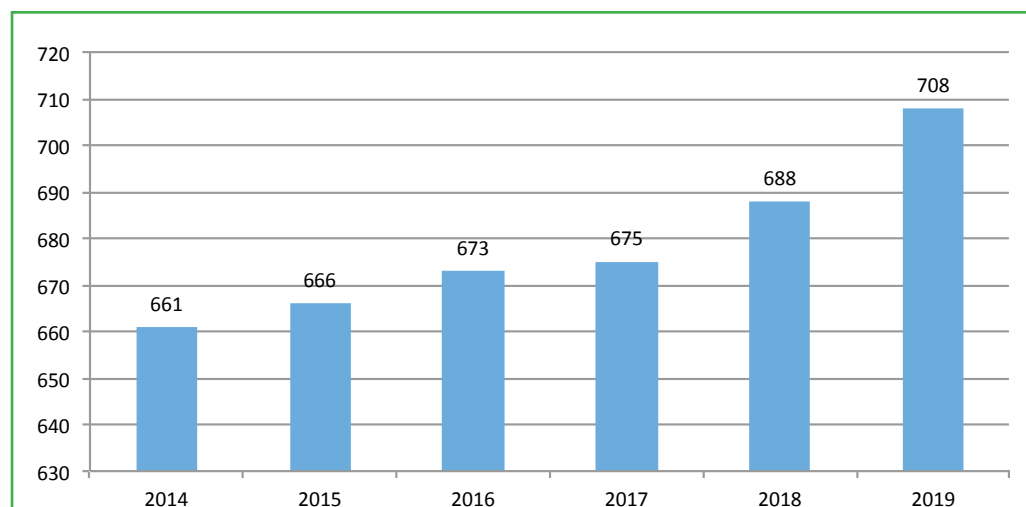


LE RSA LOMBARDE

Le RSA monitorate, a dicembre 2019, dall'Osservatorio regionale della FNP CISL Lombardia sono state complessivamente 708, venti in più rispetto al 2018. La variazione deriva dall'apertura di nuove RSA nei territori delle ATS Brianza, Insubria, Milano e Valpadana.

Tab. 1 RSA in Lombardia 2014 - 2019 - Grafico 1

Anno	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Numero RSA per anno	661	666	673	675	688	708



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

In rapporto alla popolazione anziana¹ notiamo che la percentuale di concentrazione maggiore di posti letto avviene nelle ATS di dimensioni più piccole (Pavia, Valpadana e Montagna).

A fronte di un indice di dotazione complessivo di 28,2 posti letto (pl) ogni mille anziani residenti, il dato medio regionale di dotazione è di 28,3 posti letto, ma ci sono ben 4 ATS che presentano una dotazione nettamente inferiore all'indice lombardo, ATS Brianza con 22 pl, ATS Milano con 23 pl, ATS Bergamo con 26,5 pl e ATS Brescia con 27,1 posti letto ogni mille anziani residenti.

Tab. 2 Rapporto popolazione over 65 - posti letto autorizzati/abilitati

RSA rapporto con popolazione over 65 e posti letto Autorizzati	RSA Monitorate	Popolazione Residente 1-1-2019	Popolazione Over 65 1-1-2019	Posti letto Abilitati 2019	% Posti Letto su Over 65
ATS Bergamo	65	1.145.590	234.053	6.222	2,66%
ATS Brescia	86	1.165.975	249.112	6.767	2,72%
ATS Brianza	68	1.211.315	275.278	6.079	2,21%
ATS Insubria	115	1.472.796	342.745	10.538	3,07%
ATS Milano	162	3.480.513	783.597	18.031	2,30%
ATS Montagna	39	298.250	70.547	2.850	4,04%
ATS Pavia	85	545.888	133.142	5.926	4,45%
ATS Valpadana	88	771.247	184.362	8.018	4,35%
TOTALE Lombardia	708	10.091.574	2.272.836	64.431	2,83%

Fonte: Osservatorio RSA - Dati ISTAT Elaborati da FNP CISL Lombardia (2020)

¹ Per popolazione anziana intendiamo le persone over 65 anni, pur consapevoli che l'età anagrafica non rappresenta automaticamente uno status di non autosufficienza.

Un elemento per valutare la funzionalità dei servizi assicurati dalle RSA lombarde è senza dubbio la dimensione quantitativa, cioè il **numero dei posti letto in esercizio** in una o più strutture. Evidenti sono gli aspetti sia organizzativi che finanziari, non solo ai fini delle così dette economie di scala per determinare quindi l'eventuale utile di esercizio, ma anche per la stessa qualità delle prestazioni erogate o erogabili.

Abbiamo ritenuto utile ordinare la dimensione delle RSA lombarde per numero dei posti letto a vario titolo in esercizio, in quattro macro aree.

Le quattro macro aree sono:

1. RSA piccole: fino a 60 posti letto
2. RSA medie: da 61 a 120 posti letto
3. RSA medio-grandi: da 121 a 200 posti letto
4. RSA grandi: oltre 201 posti letto

Le **piccole RSA** (da 0 a 60 posti letto) caratterizzano tradizionalmente i territori delle ATS Pavia, ATS Insubria, ATS Brescia e ATS Valpadana (in modo particolare il territorio mantovano).

La maggior parte di queste strutture sono di provenienza comunale o parrocchiale, divenute nel tempo Onlus o Fondazioni.

Le **RSA di media dimensione** (medie e medio-grandi) sono maggiormente presenti nei territori dell'ATS della Città Metropolitana (soprattutto la zona di Milano città), dell'Insubria (con la predominanza del territorio di Como), di Pavia, Bergamo e Brescia dove la maggior parte sono fondazioni private o ex Ipab.

Infine le **grandi RSA** (oltre i 200 posti letto) sono presenti soprattutto nel territorio dell'ATS Città Metropolitana (soprattutto di Milano città) e in parte nell'ATS Valpadana (zona di Cremona) con strutture e fondazioni in prevalenza private.

La dimensione più frequente tra le RSA lombarde è quella con posti letto da 61 a 120 pari al 53% del totale in Lombardia; mentre il numero più importante di posti letto si concentra nelle fasce da 61 a 120 e nella fascia oltre i 200.

Tab. 3 Dimensioni RSA per posti letto abilitati a dicembre 2019

Suddivisione RSA per dimensione posti letto		ATS Bergamo	ATS Brescia	ATS Brianza	
da 0 a 60	numero rsa	19	32	18	
	posti letto	911	1.351	701	
da 61 a 120	numero rsa	35	45	36	
	posti letto	3.126	4.109	3.135	
da 121 a 200	numero rsa	7	9	12	
	posti letto	1.112	1.307	1.659	
oltre 200	numero rsa	4	0	2	
	posti letto	1.073	0	584	
TOTALI RSA PER ATS		65	86	68	
TOTALI POSTI LETTO PER ATS		6.222	6.767	6.079	
% RSA PER ATS SU TOTALE		9,18%	12,15%	9,60%	
% POSTI LETTO PER ATS SU TOTALE		9,66%	10,50%	9,43%	

Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)



	ATS Insubria	ATS Milano	ATS Montagna	ATS Pavia	ATS Valpadana	TOTALI PER DIMENSIONE	% RSA e POSTI LETTO SU TOTALE
	36	31	15	38	28	217	30,65%
	1.682	1.452	709	1.476	1.220	9.502	14,75%
	60	91	23	41	46	377	53,25%
	5.466	8.342	1.986	3.391	4.183	33.738	52,36%
	15	25	1	4	9	82	11,58%
	2.217	3.635	155	550	1.374	12.009	18,64%
	4	15	0	2	5	32	4,52%
	1.173	4.602	0	509	1.241	9.182	14,25%
	115	162	39	85	88	708	100%
	10.538	18.031	2.850	5.926	8.018	64.431	100%
	16,24%	22,88%	5,51%	12,01%	12,43%	100%	
	16,36%	27,98%	4,42%	9,20%	12,44%	100%	

LA CLASSIFICAZIONE DEI POSTI LETTO

L'attività delle RSA lombarde è riconosciuta e disciplinata da Regione Lombardia attraverso la classificazione dei posti letto in quattro aree: abilitati², accreditati, contrattualizzati e solventi.

I **posti letto abilitati** rappresentano il requisito essenziale per l'abilitazione alle attività e al funzionamento della struttura e/o dell'ente gestore, in quanto dovrebbero garantire determinati standard di qualità e indicatori di funzionalità dei servizi erogati.

La tabella 4 riporta i dati del nostro Osservatorio dai quali si evince: un incremento del numero di posti letto dal 2014 al 2017, un calo nel 2018 di 311 unità e una crescita di ben 951 unità nel 2019 rispetto all'anno precedente. La crescita dei posti letto è avvenuta in quasi tutte le ATS, in modo particolare nelle ATS dove sono state aperte nuove RSA³.

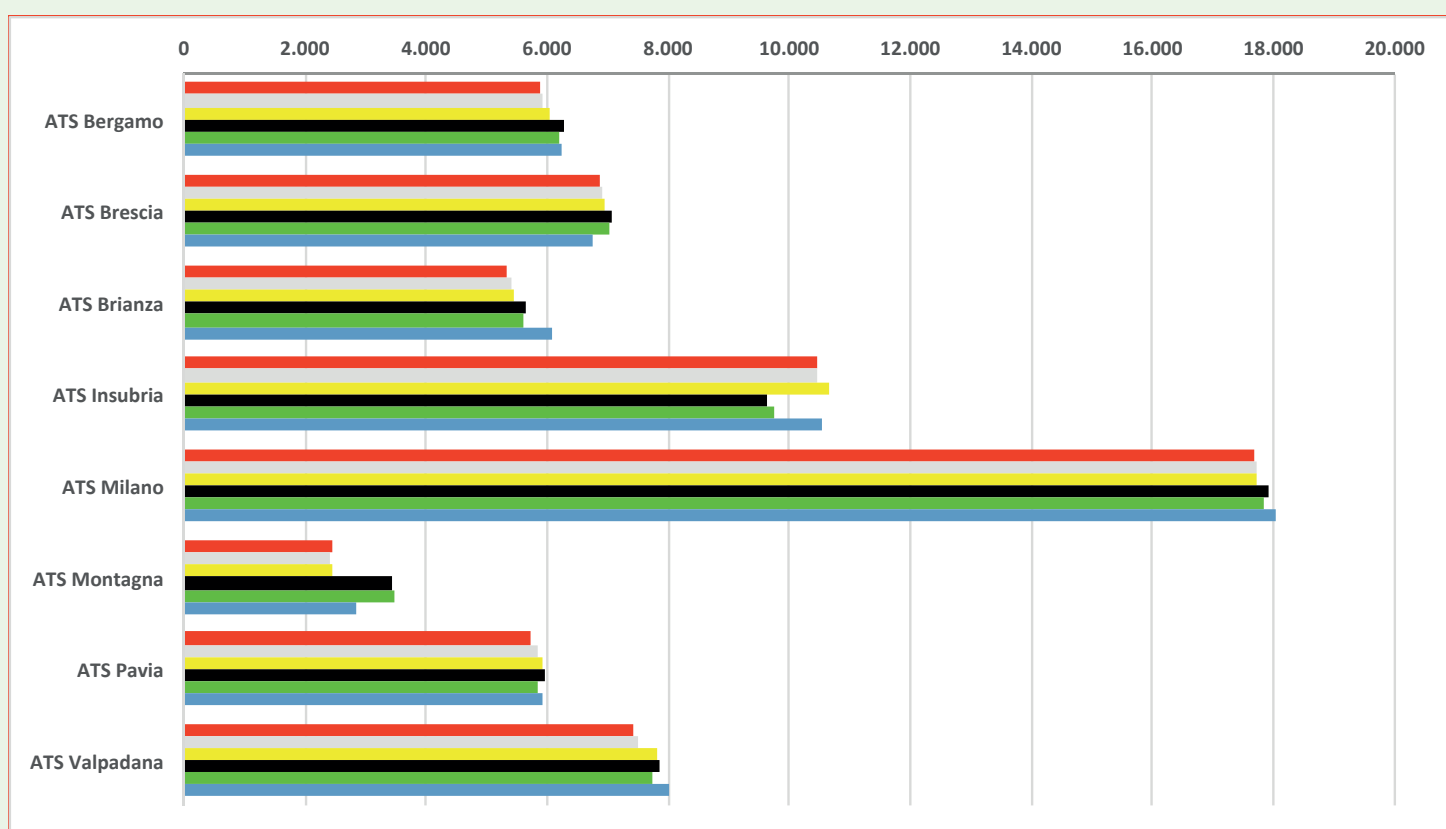
La tabella 4 riporta i dati del nostro Osservatorio dai quali si evince: un incremento del numero di posti letto dal 2014 al 2017, un calo nel 2018 di 311 unità e una crescita di ben 951 unità nel 2019 rispetto all'anno precedente. La crescita dei posti letto è avvenuta in quasi tutte le ATS, in modo particolare nelle ATS dove sono state aperte nuove RSA³.

² Dal 1° gennaio 2019 Regione Lombardia ha modificato la denominazione di posti autorizzati in quella di posti abilitati.

³ Dal 1° gennaio 2019 Regione Lombardia ha deliberato il passaggio di tutti i Comuni del Medio Lario, prima facenti parte dell'ATS Montagna, all'ATS Insubria.

Tab. 4 Confronto posti letto Autorizzati/Abilitati 2014 - 2019 - Grafico 3

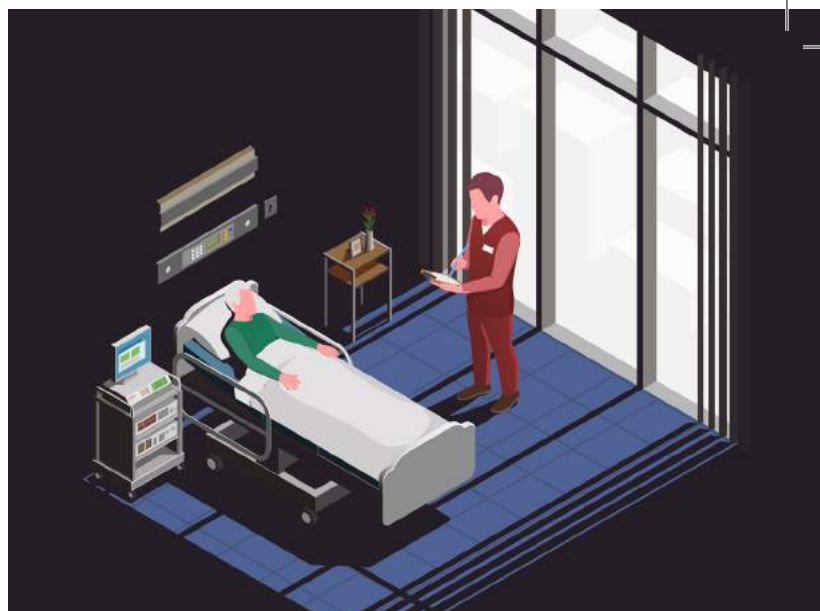
	Posti Letto Autorizzati 2014	Posti Letto Autorizzati 2015	Posti Letto autorizzati 2016	Posti Letto Autorizzati 2017	Posti Letto Autorizzati 2018	Posti Letto Abilitati 2019
ATS Bergamo	5.895	5.919	6.028	6.293	6.190	6.222
ATS Brescia	6.855	6.909	6.960	7.051	7.016	6.767
ATS Brianza	5.334	5.417	5.431	5.655	5.591	6.079
ATS Insubria	10.470	10.479	10.673	9.637	9.747	10.538
ATS Milano	17.689	17.719	17.728	17.923	17.830	18.031
ATS Montagna	2.453	2.430	2.443	3.420	3.493	2.850
ATS Pavia	5.710	5.833	5.935	5.960	5.859	5.926
ATS Valpadana	7.442	7.510	7.821	7.852	7.754	8.018
TOTALE Lombardia	61.848	62.216	63.019	63.791	63.480	64.431



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

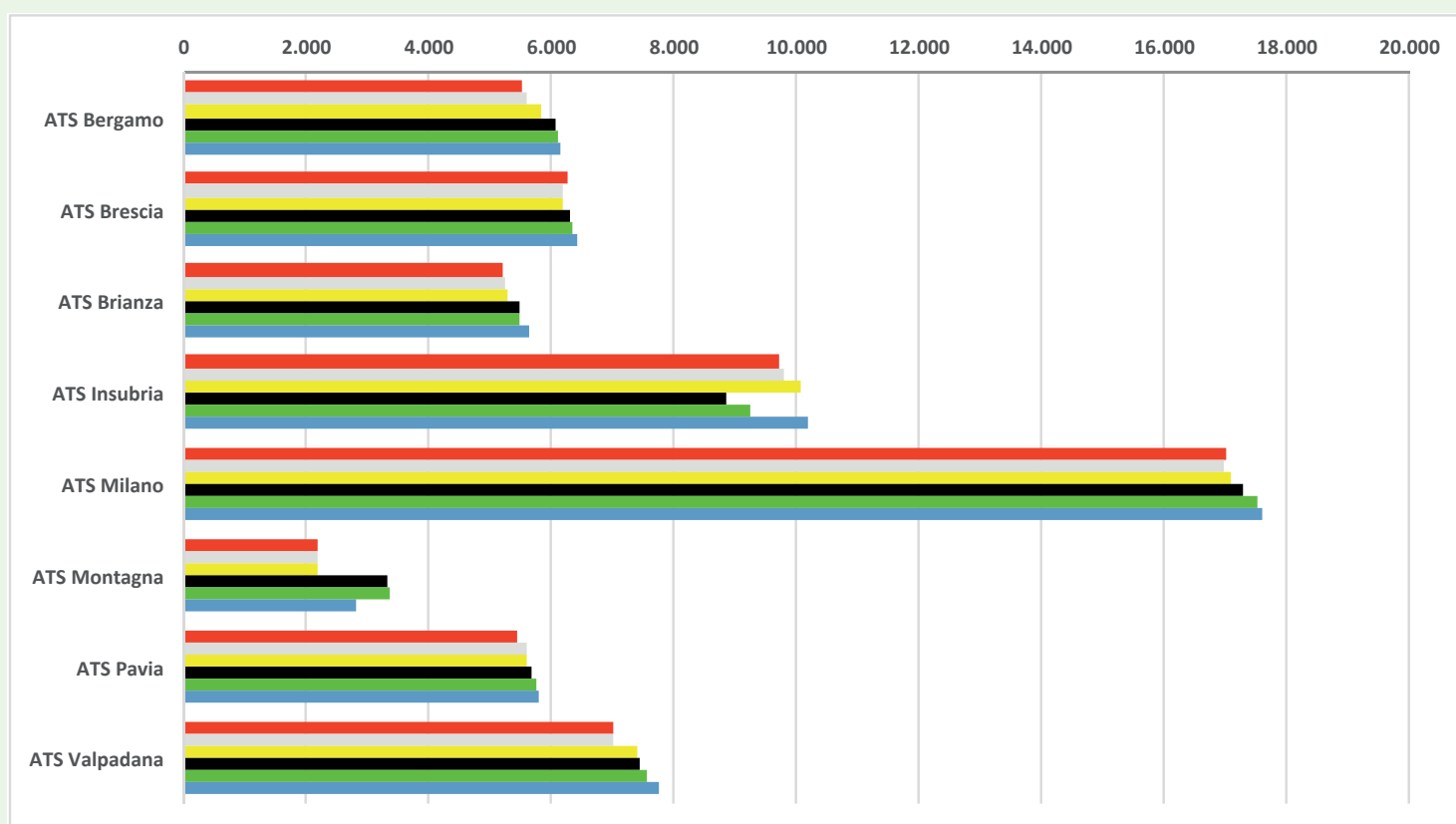
I **posti letto accreditati** sono quelli rientranti negli indicatori di dotazione per aree territoriali omogenee. Tali indicatori considerano l'indice di offerta dei posti letto, valutati in base alle giornate effettivamente remunerate, e l'indice di fabbisogno definito sulla base dei posti letto attivi al dicembre dell'anno precedente.

I posti letto accreditati nel 2019 sono pari a 62.248 (Tab.5). Il trend storico ha registrato un aumento di 3.946 unità dal 2014 al 2019; nell'ultimo anno c'è stato un incremento di accreditamento per 918 posti letto e tale crescita si è registrata in tutte le ATS della Lombardia.



Tab. 5 Confronto posti letto Accreditati 2014-2019 - Grafico 4

	Posti Letto Accreditati 2014	Posti Letto Accreditati 2015	Posti Letto Accreditati 2016	Posti Letto Accreditati 2017	Posti Letto Accreditati 2018	Posti Letto Accreditati 2019
ATS Bergamo	5.522	5.576	5.810	6.067	6.095	6.127
ATS Brescia	6.245	6.198	6.179	6.307	6.329	6.405
ATS Brianza	5.202	5.257	5.282	5.456	5.478	5.630
ATS Insubria	9.697	9.802	10.065	8.840	9.235	10.188
ATS Milano	17.009	16.977	17.086	17.286	17.522	17.580
ATS Montagna	2.187	2.186	2.186	3.316	3.374	2.809
ATS Pavia	5.429	5.604	5.601	5.689	5.735	5.768
ATS Valpadana	7.011	7.012	7.376	7.452	7.562	7.741
TOTALE Lombardia	58.302	58.612	59.585	60.413	61.330	62.248



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

I posti letto contrattualizzati sono quelli riconosciuti da Regione Lombardia tramite regolare contratto; sono inseriti a tutti gli effetti nella programmazione del sistema socio-sanitario lombardo, finanziati con quote fissate tramite la classificazione SOSIA dal Fondo Sanitario Regionale a copertura dei costi sanitari sostenuti dalle strutture.

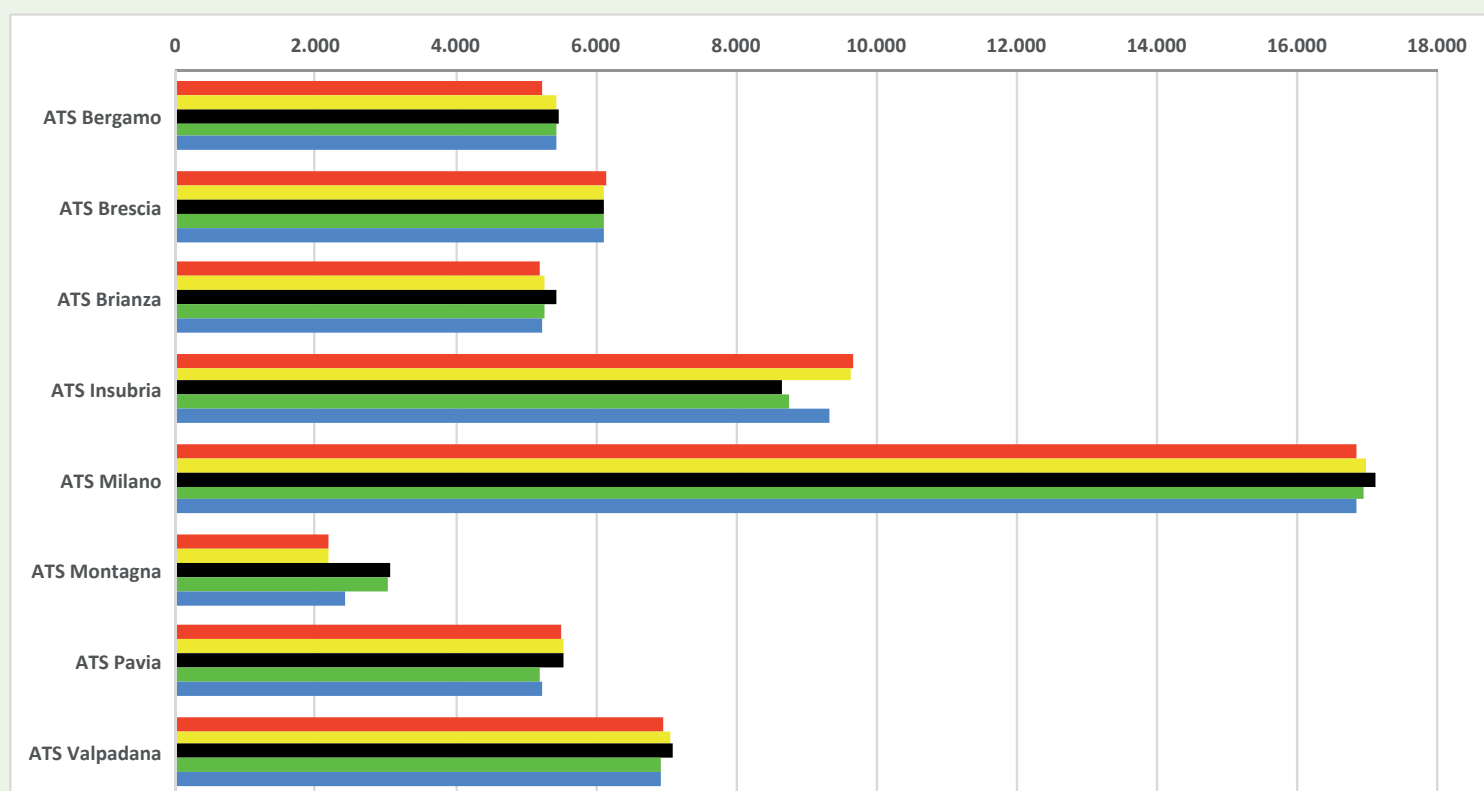
Nella tabella 6 vengono riportati i dati riguardanti l'evoluzione dei posti letto contrattualizzati dal 2015 al 2019. Si evidenzia un aumento di 702 unità negli anni 2015, 2016 e 2017, salvo poi

diminuire di 804 posti letto nel 2018 e nuovamente di 97 posti letto nel 2019.

La maggior concentrazione di posti letto contrattualizzati è presente nell'ATS di Milano (16.849), nell'ATS Insubria (9.415) e nell'ATS Valpadana (6.938).

Tab. 6 Confronto posti letto Contrattualizzati 2015-2019 - Grafico 5

	Posti Letto a contratto 2015	Posti Letto a contratto 2016	Posti Letto a contratto 2017	Posti Letto a contratto 2018	Posti Letto a contratto 2019
ATS Bergamo	5.247	5.434	5.461	5.440	5.437
ATS Brescia	6.140	6.101	6.101	6.121	6.120
ATS Brianza	5.214	5.279	5.427	5.265	5.241
ATS Insubria	9.655	9.637	8.654	8.749	9.342
ATS Milano	16.853	16.992	17.129	16.956	16.849
ATS Montagna	2.186	2.186	3.079	3.043	2.426
ATS Pavia	5.505	5.542	5.548	5.195	5.250
ATS Valpadana	6.972	7.063	7.105	6.931	6.938
TOTALE Lombardia	57.772	58.234	58.504	57.700	57.603



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

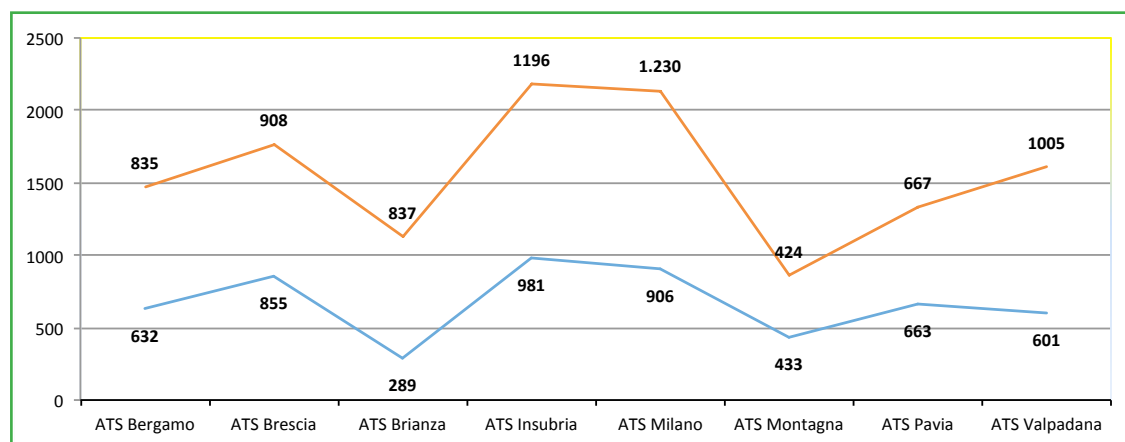
Per riequilibrare la domanda di posti letto e rispondere alle lunghe liste di attesa, molte RSA della Lombardia hanno ritenuto utile aumentare l'offerta di queste prestazioni, istituendo i cosiddetti **posti letto solventi**, ovvero posti letto abilitati da Regione Lombardia (che possiedono i requisiti strutturali previsti) ma non contrattualizzati dalle ATS. Essi non beneficiano della

quota a carico di Regione Lombardia (che copre le spese sanitarie grazie al Servizio Sanitario Regionale); perciò la retta complessiva di quota sanitaria e quota alberghiera risulta a totale carico dell'utente ospite in RSA o dei suoi familiari.

A fronte di un aumento di 951 posti letto abilitati dal 2018 al 2019, i posti letto solventi sono **aumentati di ben 1.742 unità**.

Tab 7 Confronto Posti Letto Solventi 2018- 2019 - Grafico 6

ATS	Anno 2018	Anno 2019	Differenza 2019/2018
ATS Bergamo	632	835	203
ATS Brescia	855	908	53
ATS Brianza	289	837	548
ATS Insubria	981	1196	215
ATS Milano	906	1.230	324
ATS Montagna	433	424	-9
ATS Pavia	663	667	4
ATS Valpadana	601	1005	404
TOTALE Lombardia	5.360	7.102	1.742



Fonte: Osservatorio RSA - FNP
CISL Lombardia (2020)

CLASSIFICAZIONE SOSIA

Ogni ospite delle RSA viene classificato al suo ingresso nella struttura secondo una scala di valutazione uniforme su tutto il territorio regionale, basata sulla condizione sanitaria, che sancisce in quale classe SOSIA l'anziano si trova (S.OS.I.A. è l'acronimo di Scheda di Osservazione Intermedia di Assistenza).

La scheda SOSIA, che viene aggiornata durante tutto il periodo di ricovero, è formata da due sezioni:

1. anagrafica;
2. dati variabili sull'assistenza fornita all'ospite. Questa sezione è suddivisa in sei parti: informazioni sul ricovero, indicatore di mobilità, indicatore di cognitività, indicatore di comorbidità e diagnosi, indicatore sui profili di gravità, indicatore sugli ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso.

Per il calcolo della classe SOSIA vengono presi in considerazione gli indicatori relativi a mobilità, cognitività e comorbidità. Lo scopo principale nella valutazione è la misura del grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale, prestato per qualsiasi ragione.

Gli ospiti nelle strutture RSA sono suddivisi in 8 classi SOSIA: dalla n° 1 con utenti più gravi decrescendo a seconda delle patologie fino alla n° 8.

IL MINUTAGGIO ASSISTENZIALE

Le RSA stanno assumendo, progressivamente, un ruolo diverso da quello previsto originariamente, svolgendo sempre più una funzione di progressiva “sanitarizzazione” dell’utenza nella rete delle cure e di supporto rilevante in termini di integrazione dei servizi.

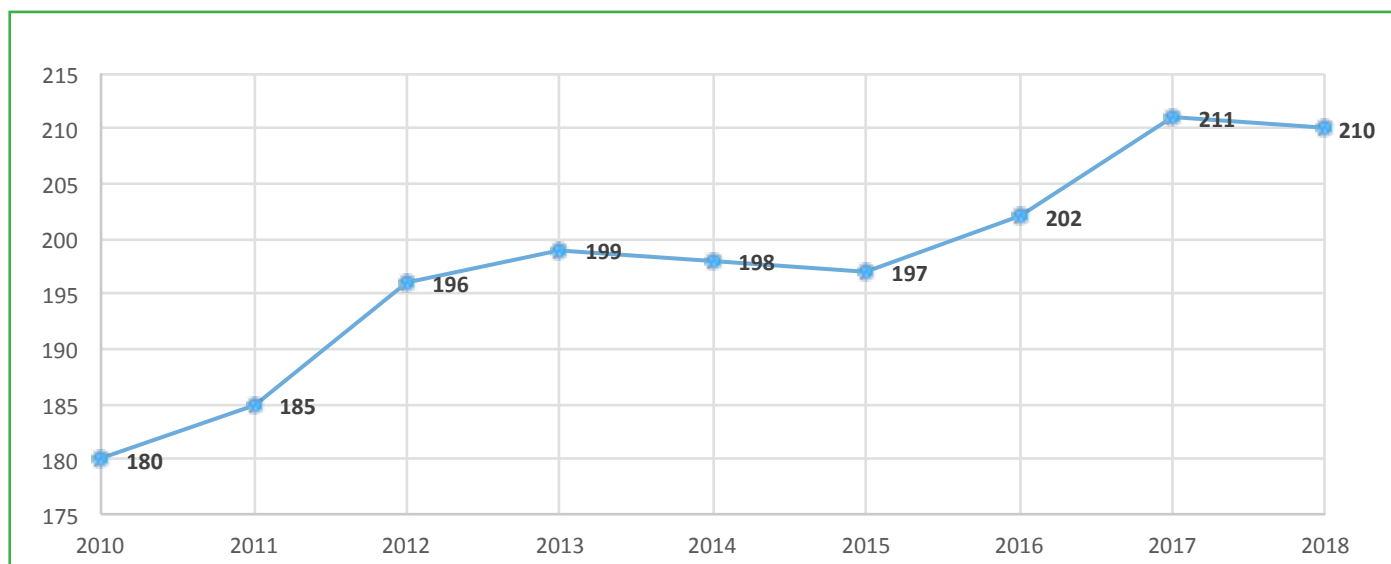
Questo fenomeno vede, però, una differenziazione dei minutaggi assistenziali agli utenti. Analizzando i dati dell’**Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School**⁴ dal 2010

⁴ L'Osservatorio è diretto dal prof. Antonio Sebastiano, il quale ci ha gentilmente concesso la possibilità di pubblicare questi dati.

al 2018, si evince che questi sono molto diversi tra loro. Se da una parte, infatti, i minuti settimanali medi di assistenza per ospite del personale infermieristico in RSA sono stati in costante aumento dal 2010 al 2017 (+ 31 min/sett), nel 2018 scende di un minuto.

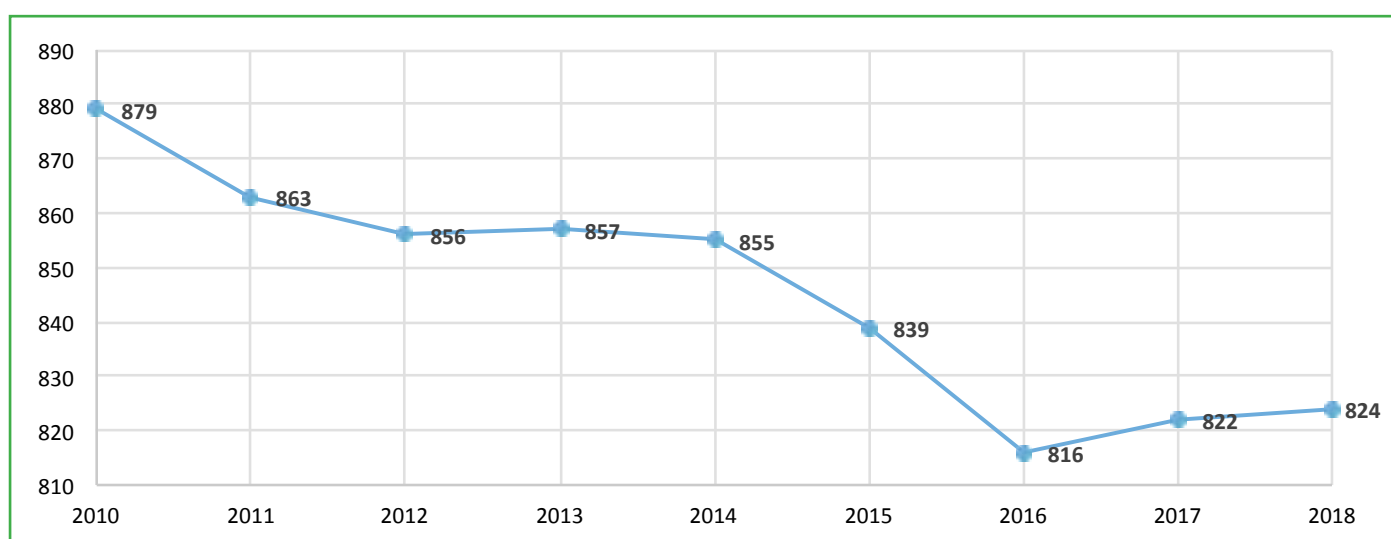
Le altre due rilevazioni mostrano che i minuti settimanali medi di assistenza del personale assistenziale di base ha subito un calo dal 2010 al 2016 (- 63 min/sett) nel 2017 si è attestato a 822 nel 2018 a 824 min/sett. I minuti settimanali medi di assistenza totale per ospite nel 2018 sono 1.159 uguale al 2017, dal 2010 al 2016 hanno avuto una costante diminuzione (- 64 min/sett) solo nel 2017 sono aumentati in modo evidente (+ 23 min/sett).

Grafico 7 Minuti settimanali medi di assistenza per ospite - personale infermieristico



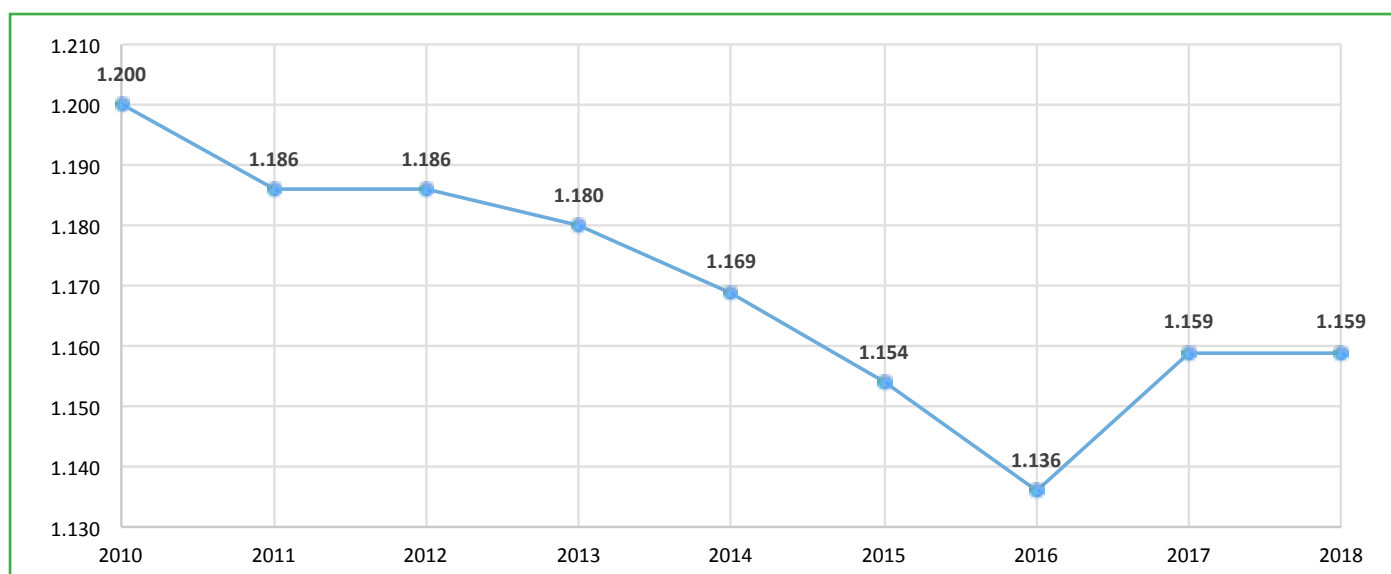
Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 8 Minuti settimanali medi di assistenza per ospite - personale assistenziale di base



Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 9 Minuti settimanali medi di assistenza totale per ospite



Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Una seconda fonte permette di vedere come viene calcolato il personale necessario per garantire il minutaggio di assistenza, previsto dalla normativa regionale in minimo 901 minuti, all'interno delle strutture. La **Funzione Pubblica della CISL** ha elaborato un algoritmo i cui risultati riportiamo nella tabella sottostante. Il caso analizzato è quello di una RSA con 28 ospiti e l'assistenza settimanale per ciascun utente è pari a 901 minuti.

Sono indicate: le figure professionali presenti nella struttura e per ognuna di essa sono riportati i minuti di assistenza, sia per ogni singolo ospite che per il complessivo degli utenti; le giornate di lavoro settimanali e il minutaggio giornaliero di assistenza. Comparando tutti questi dati è possibile determinare il fabbisogno di assistenza per ogni ospite suddiviso in ore e di quante unità di personale dovrebbero essere presenti nella struttura.

Tab 7bis: Il minutaggio di assistenza

personale	minuti settimanali di assistenza per ospite	minuti settimanali	giornate di lavoro settimanali	minuti giornalieri	minuti	ore giornaliere fabbisogno di assistenza*	ore di lavoro giornaliere	unità di personale a tempo pieno**
Infermiere professionale	140	3.920	7	560	60	9,333	7	1,333
Asa/Oss	674	18.872	7	2.696	60	44,933	7	6,419
Educatore	17	476	5	95,2	60	1,587	7	0,227
Fisioterapista	42	1.176	5	235,2	60	3,920	7	0,560
Medico	28	784	5	156,8	60	2,613	7	0,373
TOTALE	901	25.228		3.743		62,387		8,912
minuti settimanali	ospiti	minuti settimanali 2	giornate di lavoro settimanali	minuti complessivi giornalieri***	minuti	ore giornaliere di assistenza	ore di lavoro giornaliere	
901	28	25.228	7	3.604	60	60,067	7	

NB
Asa: Ausiliario socio assistenziale
Oss: Operatore socio sanitario

Fonte: Elaborazione su algoritmo FP CISL Lombardia (2020)

*calcolato dividendo i minuti giornalieri di assistenza per i 60 min (1h)
**calcolato dividendo le ore di fabbisogno per le ore di lavoro giornaliere
***minuti di assistenza complessivi per i 28 ospiti

LE RETTE

L'entità delle rette e della compartecipazione alla spesa deve costituire un punto centrale per l'azione negoziale del sindacato dei pensionati. Ciò anche in relazione al mantenimento e al funzionamento della rete di servizi di supporto (incluso l'eventuale accompagnamento e trasporto sociale, svolto da ANTEAS e dalle altre associazioni, nelle RSA), oltre che di una serie di attività ludico-ricreative che promuovono la socializzazione e la partecipazione attiva dell'anziano attraverso la valorizzazione delle sue capacità e della sua storia personale.

L'intero sistema delle rette deve perciò essere collocato all'interno delle politiche dell'**Osservatorio regionale per il monitoraggio delle RSA**⁵ costituito presso Regione Lombardia, affinché le stesse possano essere utilmente riviste e rese compatibili con le disponibilità economiche delle famiglie, perseguendo il pieno riconoscimento della componente sanitaria del servizio erogato che deve rimanere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La retta complessiva RSA è costituita da due parti distinte: la quota sanitaria e quella alberghiera.



⁵ L'Osservatorio per il monitoraggio delle RSA è stato costituito dall'Assessorato e dalla Direzione Generale al Welfare di Regione Lombardia con CGIL CISL UIL e SPI FNP UILP Lombardia. Partecipano all'Osservatorio anche ANCI Lombardia e i rappresentanti dei soggetti gestori delle RSA contrattualizzate.

L'Osservatorio, nonostante le ripetute richieste da parte delle OO.SS., non viene convocato da Regione Lombardia dal dicembre 2018.

LA QUOTA SANITARIA

La quota sanitaria, che per legge corrisponde al 50% della retta totale, è a carico del SSN ed è corrisposta da Regione Lombardia agli Enti Gestori delle RSA; tale quota è determinata in funzione delle condizioni sanitarie dell'utente ed è ovviamente più alta per le persone più gravi.

Per ogni ospite inserito in RSA, il sistema di classificazione regionale prevede la registrazione all'ingresso della condizione sanitaria ed il suo aggiornamento durante il periodo di ricovero, determinando le così dette classi SOSIA in funzione del grado di autonomia.

Regione Lombardia, oltre la retta pagata dalla persona anziana ricoverata, paga una quota sanitaria giornaliera alle RSA così suddivisa:

- 52€ per gli Alzheimer;
- 49€ per le classi SOSIA 1-2;
- 39€ per le classi SOSIA 3-4-5-6;
- 29€ per le classi SOSIA 7-8.

Tali quote risultano però inferiori a quanto disposto dalla legislazione vigente LEA (50% del costo giornaliero pro capite). Poiché, come rilevato dalle schede struttura più recenti⁶, il costo giornaliero complessivo sarebbe **pari a 103,9€**, il contributo che Regione Lombardia dovrebbe riconoscere alle RSA per posti contrattualizzati per tutte le classi SOSIA sarebbe di **almeno 51,95€/giorno**.

Da tempo come organizzazioni sindacali dei pensionati denunciavamo il fatto che la condizione degli utenti delle case di riposo si è modificata nel tempo. Oggi sostanzialmente si tratta di persone non autosufficienti, molto avanzate nell'età (85 anni), e che pertanto necessitano di un livello di assistenza sanitaria molto superiore rispetto al passato. Per cui il contributo del 50% relativo alla quota sanitaria non risulta più adeguato e dovrà essere necessariamente aumentato.

In sintesi Regione Lombardia paga meno di quanto dovrebbe e tali costi ricadono sulle famiglie degli assistiti.

⁶ Le schede struttura più recenti che Regione Lombardia fornisce sono aggiornate al 2013.

LA QUOTA ALBERGHIERA

La quota alberghiera è la retta⁷ che la persona paga alla RSA sia pubblica che privata che ha un contratto con la propria ATS territoriale. Nelle tabelle e grafici presenti figura con la dicitura “posti letto contrattualizzati”.

Nelle RSA con posti letto abilitati ma non contrattualizzati, i costi sono totalmente a carico

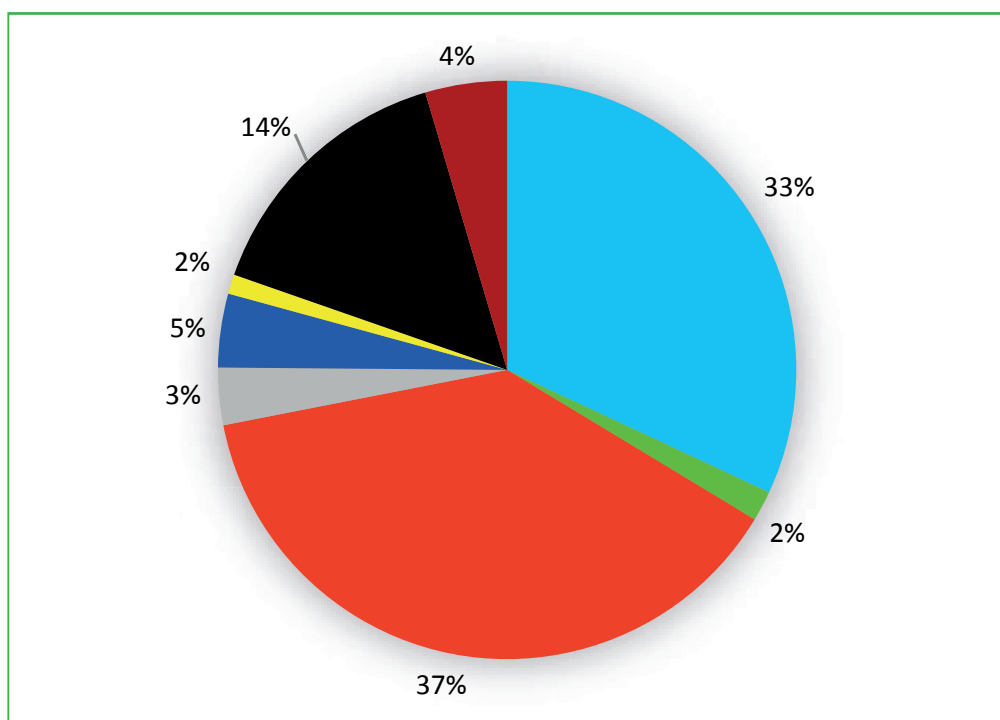
delle persone ospiti; questo è definito “ricovero in regime di solvenza”.

Come si può notare dalla tabella sotto riportata, ben l'84% delle persone ricoverate in RSA rientra nelle classi SOSIA 1-3-7. Si potrebbe proporre di sburocratizzare e di razionalizzare le attuali otto classi passando a tre classi SOSIA, ovvero quelle in cui si concentra il maggior numero di utenti.

⁷ Nella nostre tabelle la quota a carico della persona ricoverata è indicata come retta media minima/massima.

Tab. 8 Distribuzione utenti suddivisi per Classi SOSIA - Grafico 10

CLASSI SOSIA	ANNO 2014		ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017 *		ANNO 2018	
	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione	Assistiti	Distribuzione
1	27.047	32%	27.491	32%	26.664	32%	28.755	32%	30.847	33%
2	1.464	2%	1.578	2%	1.460	2%	1.387	2%	1.730	2%
3	30.662	36%	32.176	37%	31.676	37%	33.155	38%	34.635	37%
4	2.732	3%	3.100	4%	2.842	3%	2.820	3%	2.799	3%
5	4.035	5%	3.930	4%	3.656	5%	4.352	4%	5.049	5%
6	1.105	1%	1.097	1%	965	1%	1.197	1%	1.429	2%
7	12.808	16%	13.114	15%	12.731	15%	13.002	15%	13.273	14%
8	4.179	5%	4.310	5%	4.003	5%	3.973	5%	3.943	4%
TOTALI	84.032	100%	86.796	100%	83.997	100%	88.641	100%	93.705	100%



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

* i dati 2017 sono una stima dei risultati sino al 3° trimestre

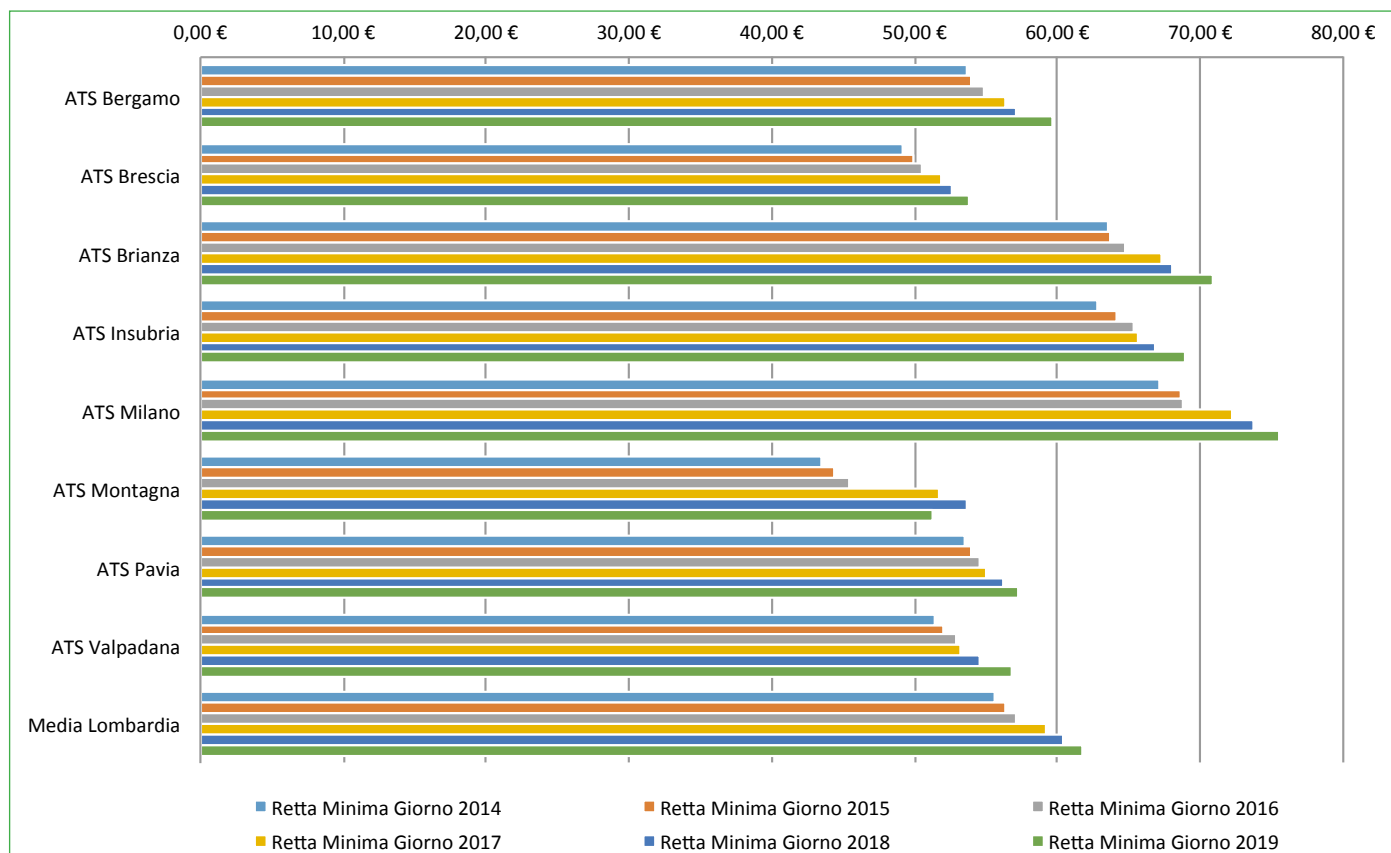
La compartecipazione economica dell'utente alla spesa nelle RSA è tra le questioni più importanti su cui si concentra l'impegno della nostra organizzazione per gli evidenti effetti sulle condizioni di vita degli anziani e delle loro famiglie, soprattutto quelle con ridotte capacità reddituali. Per monitorare costantemente tali questioni, la FNP CISL Lombardia promuove da anni studi, ricerche (tra i quali la realizzazione di questo *Report*) e momenti di confronto sia interni che esterni con gli altri attori del sistema al fine di sensibilizzare i propri quadri dirigenti e tutti i protagonisti della LTC ed elaborare insie-

me proposte concrete da sottoporre a Regione Lombardia.

Osservando infatti l'andamento delle rette medie minime degli ultimi sei anni in Lombardia, notiamo che si passa dai 55,57€ del 2014 a 61,74€, con un aumento medio di 6,17€. Gli incrementi maggiori si sono verificati nelle ATS Milano (+ 8,35€), ATS Montagna (+7,73€) e ATS Brianza (+7,37€), mentre quelli più contenuti nei territori dell'ATS Pavia (+ 3,73€) e ATS Brescia (+ 4,66€).

Tab. 9 EVOLUZIONE RETTE MINIME 2014 - 2019 - Grafico 11

	Retta Minima Giorno 2014	Retta Minima Giorno 2015	Retta Minima Giorno 2016	Retta Minima Giorno 2017	Retta Minima Giorno 2018	Retta Minima Giorno 2019
ATS Bergamo	53,62 €	53,98 €	54,78 €	56,35 €	57,11 €	59,60 €
ATS Brescia	49,10 €	49,83 €	50,47 €	51,89 €	52,66 €	53,76 €
ATS Brianza	63,46 €	63,70 €	64,66 €	67,22 €	67,97 €	70,83 €
ATS Insubria	62,82 €	64,19 €	65,38 €	65,63 €	66,89 €	68,94 €
ATS Milano	67,15 €	68,55 €	68,72 €	72,27 €	73,69 €	75,50 €
ATS Montagna	43,49 €	44,34 €	45,35 €	51,76 €	53,58 €	51,22 €
ATS Pavia	53,49 €	54,01 €	54,48 €	55,02 €	56,24 €	57,22 €
ATS Valpadana	51,42 €	52,03 €	52,91 €	53,21 €	54,56 €	56,86 €
Media Lombardia	55,57 €	56,33 €	57,09 €	59,17 €	60,34 €	61,74 €



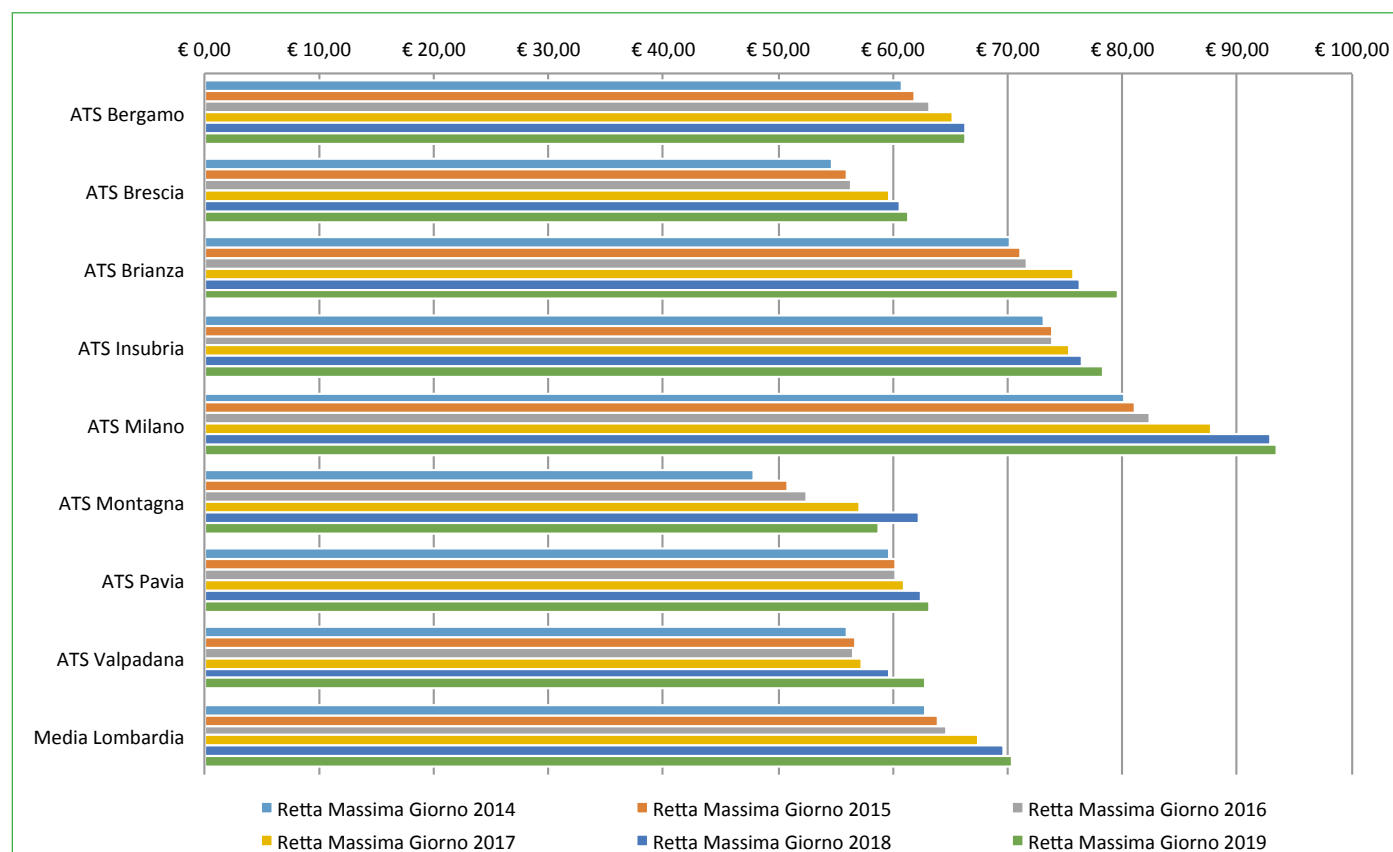
Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)



Anche per le rette medie massime, se pur in misura minore rispetto al 2018 (+ 7,64€), l'andamento è crescente (da 62,77€ del 2014 a 70,41€ del 2019).

Tab. 10 EVOLUZIONE RETTE MASSIME 2014 - 2019 - Grafico 12

	Retta Massima Giorno 2014	Retta Massima Giorno 2015	Retta Massima Giorno 2016	Retta Massima Giorno 2017	Retta Massima Giorno 2018	Retta Massima Giorno 2019
ATS Bergamo	€ 60,70	€ 61,95	€ 63,15	65,20 €	66,37 €	66,27 €
ATS Brescia	€ 54,58	€ 55,93	€ 56,27	59,57 €	60,60 €	61,22 €
ATS Brianza	€ 70,14	€ 71,17	€ 71,70	75,73 €	76,26 €	79,52 €
ATS Insubria	€ 73,18	€ 73,87	€ 73,94	75,33 €	76,38 €	78,25 €
ATS Milano	€ 80,08	€ 81,13	€ 82,29	87,68 €	92,85 €	93,40 €
ATS Montagna	€ 47,91	€ 50,76	€ 52,38	57,14 €	62,23 €	58,77 €
ATS Pavia	€ 59,57	€ 60,22	€ 60,19	60,97 €	62,48 €	63,10 €
ATS Valpadana	€ 56,02	€ 56,61	€ 56,51	57,25 €	59,64 €	62,71 €
Media Lombardia	€ 62,77	€ 63,96	€ 64,55	€ 67,36	69,60 €	70,41 €

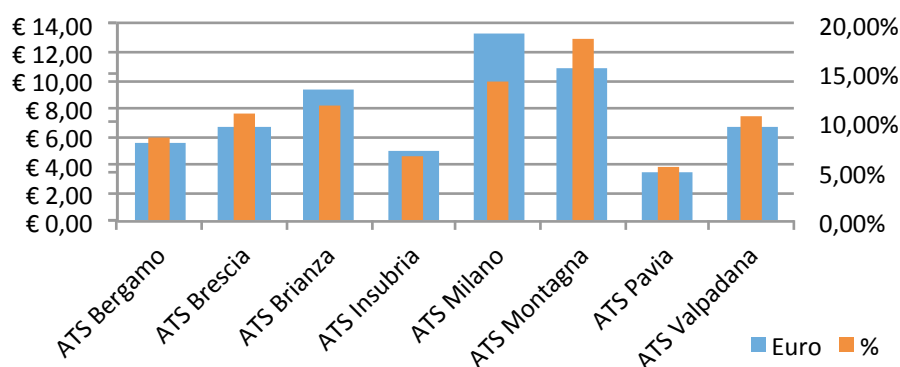


Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

Per quanto riguarda le rette medie minime, le ATS che presentano una percentuale maggiore di incremento dal 2014 al 2019 sono l'ATS della Montagna (15,09%), l'ATS Milano e l'ATS Brianza (rispettivamente + 11,05% e + 10,40%). Anche per le rette medie massime le ATS con il maggiore aumento sono Montagna (+ 18,47%) e Milano (+ 14,26%).

Tab 11 RETTE MINIME VARIAZIONE 2014 - 2019 - Grafico 13

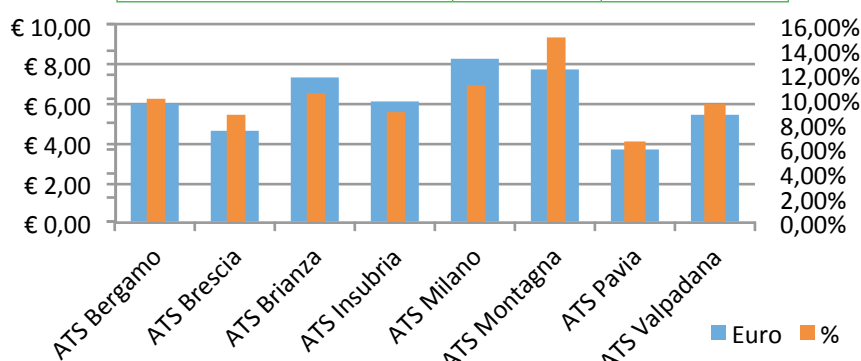
	Euro	%
ATS Bergamo	€ 5,98	10,03%
ATS Brescia	€ 4,66	8,66%
ATS Brianza	€ 7,37	10,40%
ATS Insubria	€ 6,12	8,87%
ATS Milano	€ 8,35	11,05%
ATS Montagna	€ 7,73	15,09%
ATS Pavia	€ 3,73	6,51%
ATS Valpadana	€ 5,44	9,56%
Media Lombardia	€ 6,17	9,99%



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

Tab 12 RETTE MASSIME VARIAZIONE 2014 - 2019 - Grafico 14

	Euro	%
ATS Bergamo	€ 5,57	8,40%
ATS Brescia	€ 6,64	10,84%
ATS Brianza	€ 9,38	11,79%
ATS Insubria	€ 5,07	6,47%
ATS Milano	€ 13,32	14,26%
ATS Montagna	€ 10,86	18,47%
ATS Pavia	€ 3,53	5,59%
ATS Valpadana	€ 6,69	10,66%
Media Lombardia	€ 7,64	10,85%

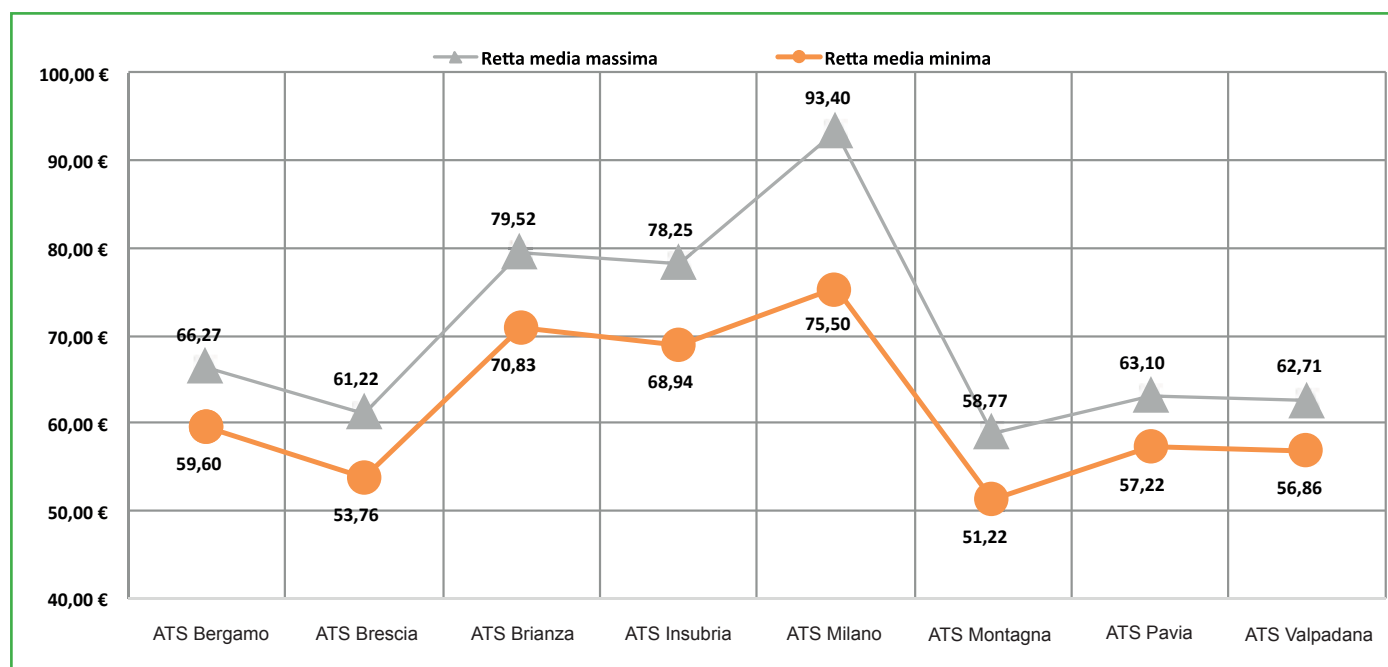


Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

Iniziando ad analizzare i dati quantitativi possiamo notare che la differenza tra la retta media minima e la retta media massima in Lombardia nel 2019 è pari a 8,67€; si registra dunque una lieve diminuzione di 0,59€ giornalieri rispetto al 2018, quando era pari a 9,26€. Permangono comunque molto evidenti le disparità territoriali tra: l'ATS Milano Città Metropolitana con 17,90€ si dimostra la più alta, con una differenza giornaliera di 12,05€ rispetto all'ATS Valpadana e di 9,23€ rispetto alla retta media della Lombardia.

Tab. 13 CONFRONTO RETTE MINIME E RETTE MASSIME 2019 - Grafico 15

13	Retta media minima	Retta media massima	Differenza tra massima e minima
ATS Bergamo	59,60 €	66,27 €	6,67 €
ATS Brescia	53,76 €	61,22 €	7,46 €
ATS Brianza	70,83 €	79,52 €	8,69 €
ATS Insubria	68,94 €	78,25 €	9,31 €
ATS Milano	75,50 €	93,40 €	17,90 €
ATS Montagna	51,22 €	58,77 €	7,55 €
ATS Pavia	57,22 €	63,10 €	5,88 €
ATS Valpadana	56,86 €	62,71 €	5,85 €
Media Lombardia	61,74 €	70,41 €	8,67 €



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

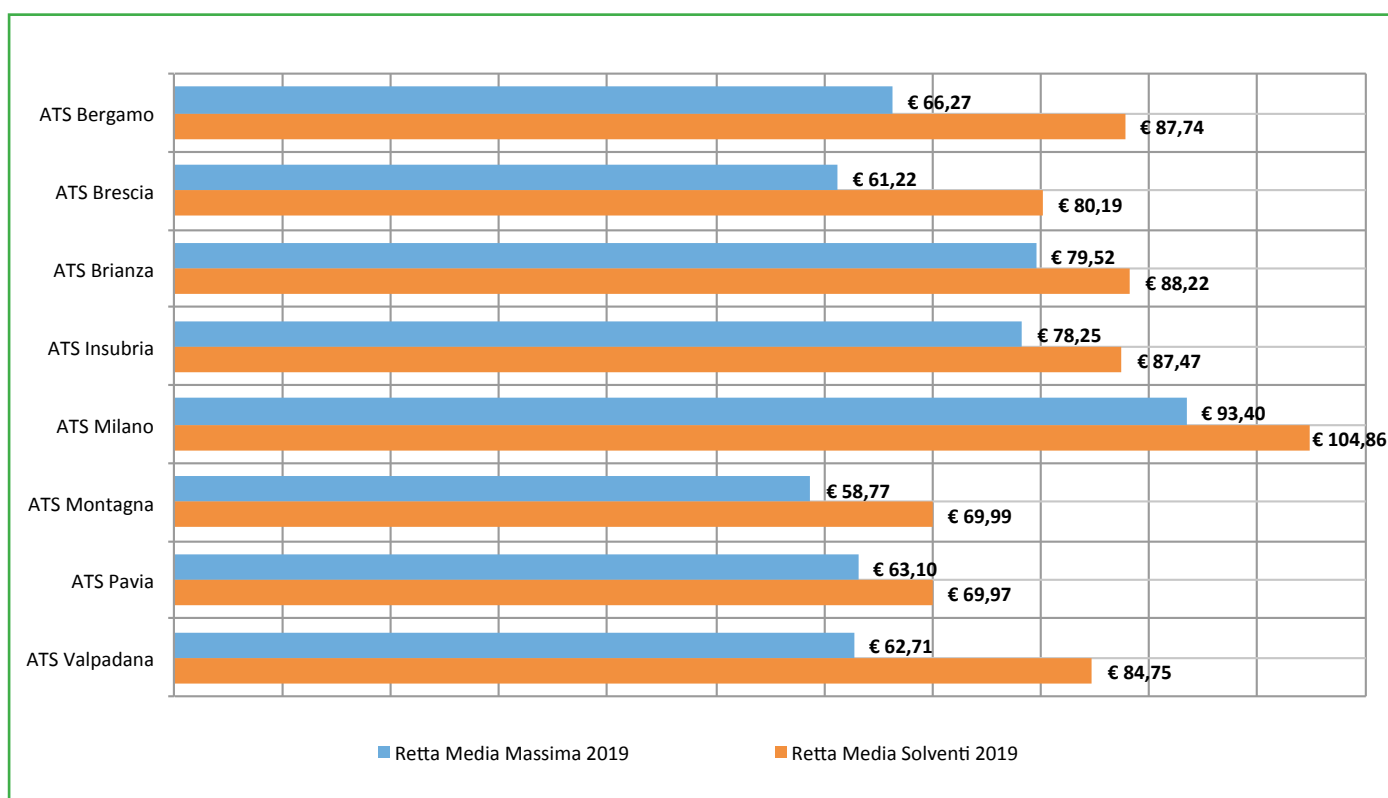


Sempre più spesso, gli enti gestori determinano in autonomia rette solventi superiori a quelle massime applicate omnicomprensive di costi alberghieri e sanitari, generalmente giustificate con alcune migliorie sui servizi alla persona ospite, soprattutto nella componente alberghiera.

La tabella 14 evidenzia le rette medie solventi e le rette medie massime applicate dalle RSA in Lombardia e la differenza tra rette solventi e rette medie massime nel 2019.

TAB 14: CONFRONTO RETTE MEDIE MASSIME E RETTE MEDIE SOLVENTI 2019

ATS	Retta Media Massima 2019	Retta Media Solventi 2019	DIFFERENZA
ATS Bergamo	€ 66,27	€ 87,74	€ 21,47
ATS Brescia	€ 61,22	€ 80,19	€ 18,97
ATS Brianza	€ 79,52	€ 88,22	€ 8,70
ATS Insubria	€ 78,25	€ 87,47	€ 9,22
ATS Milano	€ 93,40	€ 104,86	€ 11,46
ATS Montagna	€ 58,77	€ 69,99	€ 11,22
ATS Pavia	€ 63,10	€ 69,97	€ 6,87
ATS Valpadana	€ 62,71	€ 84,75	€ 22,04
MEDIA Lombardia	€ 70,41	€ 84,15	€ 13,74



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)



COSTI E SERVIZI AGGIUNTIVI

Per una valutazione dei costi standard e dell'efficienza gestionale, Regione Lombardia ha fornito specifiche norme circa la composizione dei costi a rilevanza sociale e socio-sanitaria nelle RSA, rendendoli in gran parte obbligatori ai fini dell'accreditamento. In particolare trattasi di dotazioni infrastrutturali (caratteristiche dell'immobile, funzionamento di servizi generali ed amministrativi, ecc.) e standard gestionali, come il minutaggio minimo di assistenza settimanale per ciascun paziente, oggi stabilito in 901 minuti ma ampiamente insufficiente ad assicurare cure adeguate alla complessità dei bisogni degli utenti.

Vi è inoltre grande eterogeneità tra le RSA circa i costi posti a carico degli ospiti o inclusi nella retta alberghiera, in particolare riguardo a:

- servizi di lavanderia e stireria degli indumenti;
- servizi di podologia;
- servizi di barbiere e parrucchiere;
- servizi per trasporti sanitari (visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri).

Dal nostro monitoraggio riscontriamo che molte RSA ogni anno tolgono dei servizi aggiunti gratuiti, mentre i servizi più diffusi a pagamento sono il trasporto, il podologo e il parrucchiere.

Anche su questi aspetti sarebbe necessario pervenire ad indirizzi comuni, per rendere più chiaro agli utenti quale sia la tariffa complessiva applicata, in quanto non tutte le RSA accreditate pubblicano in modo evidente la carta dei servizi aggiuntivi con i relativi costi, molte, seppur accreditate, non pubblicano nessun dato sui conti e addirittura alcune non hanno nessun sito web.

A tal riguardo, i sindacati dei pensionati, sostengono da tempo l'esigenza di regole e servizi minimi essenziali standard per tutte le RSA.



LE LISTE D'ATTESA

Le liste di attesa sono un altro punto dolente per chiunque debba affrontare il ricovero di un familiare. Quasi tutte le RSA lombarde pubblicano, tramite le proprie ATS, il numero complessivo delle persone in lista di attesa nella propria struttura, generalmente suddiviso in maschi e femmine.

Dai dati del nostro Osservatorio rileviamo che le liste di attesa sono molto diverse a seconda delle ATS poiché influiscono diversi fattori: differenza territoriale, genere, costo delle rette e numero di posti letto in solvenza.

In quattro ATS la media è inferiore alle 150 persone in attesa (Insubria, Milano, Pavia, Valpa-

dana), in 3 ATS il numero di persone in lista di attesa si attesta da 150 a 100 (Brescia, Brianza, Montagna), mentre in quella di Bergamo la media supera le 220 persone in lista di attesa. In tutte le ATS gli uomini hanno un'attesa inferiore rispetto alle donne.

Dall'analisi dei dati che abbiamo elaborato possiamo affermare che uno dei fattori che determinano le liste di attesa nelle RSA in Lombardia è il costo della retta della persona, ma non si possono tralasciare altre componenti di difficile comprensione. Tra queste vi è senza dubbio la quantità di posti letto solventi: nelle RSA con un numero significativo di posti letto in solvenza la lista di attesa è infatti molto limitata (in alcune RSA è addirittura senza persone in attesa).

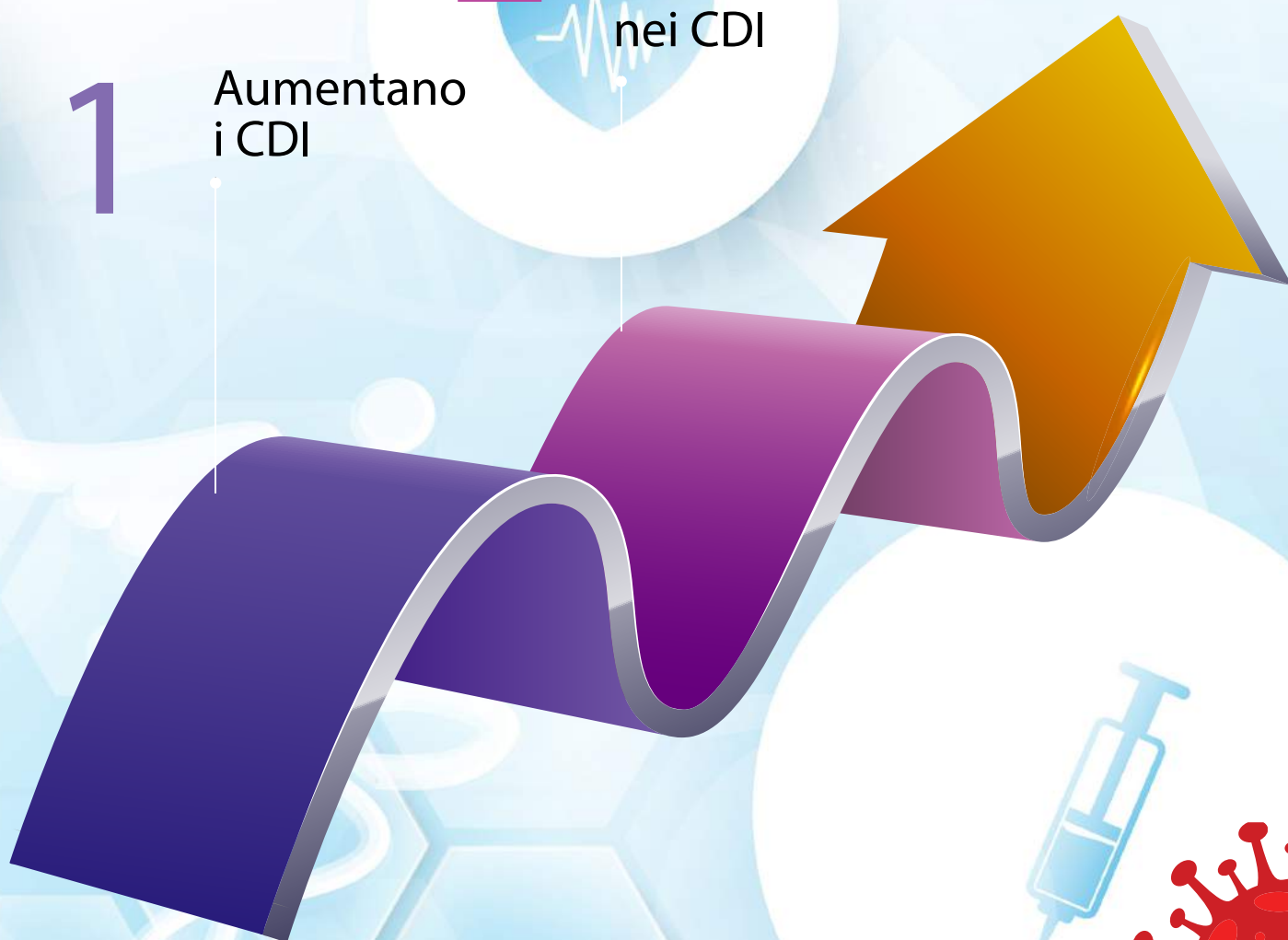


1

Aumentano
i CDI

2

Aumentano
i posti
autorizzati
nei CDI



PROSSIMO INFORMA FNP SPECIALE RSA e COVID-19

I dati riportati in questo numero del periodico Informa FNP sono **aggiornati al 31 dicembre 2019** e pertanto fotografano la situazione in Lombardia prima dell'emergenza sanitaria causata dal virus Covid-19.

La FNP CISL Lombardia, insieme con le altre organizzazioni sindacali dei pensionati SPI CGIL e UILP UIL e le confederazioni CGIL CISL UIL Lombardia, ha fin dall'inizio dell'emergenza chiesto la convocazione dell'Osservatorio RSA a Regione Lombardia e informato la stampa, della drammatica situazione interna alle RSA e alle altre strutture per le persone non autosufficienti.

In questo numero non ci saranno riferimenti alle conseguenze per le RSA e per la popolazione che il virus Covid-19 e le scelte che Regione Lombardia ha deciso in merito; stiamo infatti raccogliendo il materiale e i dati necessari per **redigere uno speciale numero di Informa FNP nei prossimi mesi**, che possa contenere un'analisi tecnica e politica di quanto è successo in Lombardia nelle strutture per gli anziani.

CAP. 3

L'OSSERVATORIO REGIONALE FNP CISL LOMBARDIA SULLE RSA

LE ALTRE PRESTAZIONI RESIDENZIALI

Oltre alle RSA sopra descritte, presso la nostra regione sono stati attivati negli anni altri interventi, prevalentemente rivolti ad anziani o a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza specifica per la particolarità delle patologie e complessità delle cure. Trattasi di prestazioni che rispondono a bisogni specifici dell'utente (forme di demenza o di diversa complessità, ecc...), mirate a contrastare il progressivo decadimento della persona e assicurare il più possibile condizioni di vita adeguate al paziente fino al compimento definitivo dell'esistenza terrena, garantendo contemporaneamente il sostegno necessario alle famiglie.

Le strutture più importanti in questo ambito sono: i nuclei Alzheimer, gli Hospice e i Centri diurni integrati.

I NUCLEI ALZHEIMER

I nuclei Alzheimer sono servizi residenziali o semi residenziali istituiti in Lombardia principalmente presso le strutture delle RSA, degli Istituti della Riabilitazione (IDR) e dei CDI. Hanno l'obiettivo di garantire le necessarie condizioni di cura, protezione e sicurezza, e allo stesso tempo ritmi di vita e stimoli riabilitativi adeguati alle ridotte capacità cognitive e funzionali degli ospiti fino alla fase terminale della vita.

I nuclei Alzheimer presso le RSA assistono persone con demenza conclamata i cui disturbi psico-comportamentali non sono gestibili a domicilio. La retta della degenza (temporanea oppure permanente) è a carico del Servizio Sanitario Regionale per la quota sanitaria, mentre la parte socio-alberghiera è a carico dell'utente o del Comune di residenza qualora sussistano particolari condizioni e requisiti (per esempio reddito insufficiente).

In queste unità di degenza viene costantemente monitorato lo stato cognitivo, comportamentale e funzionale dell'utente, il suo livello di auto-

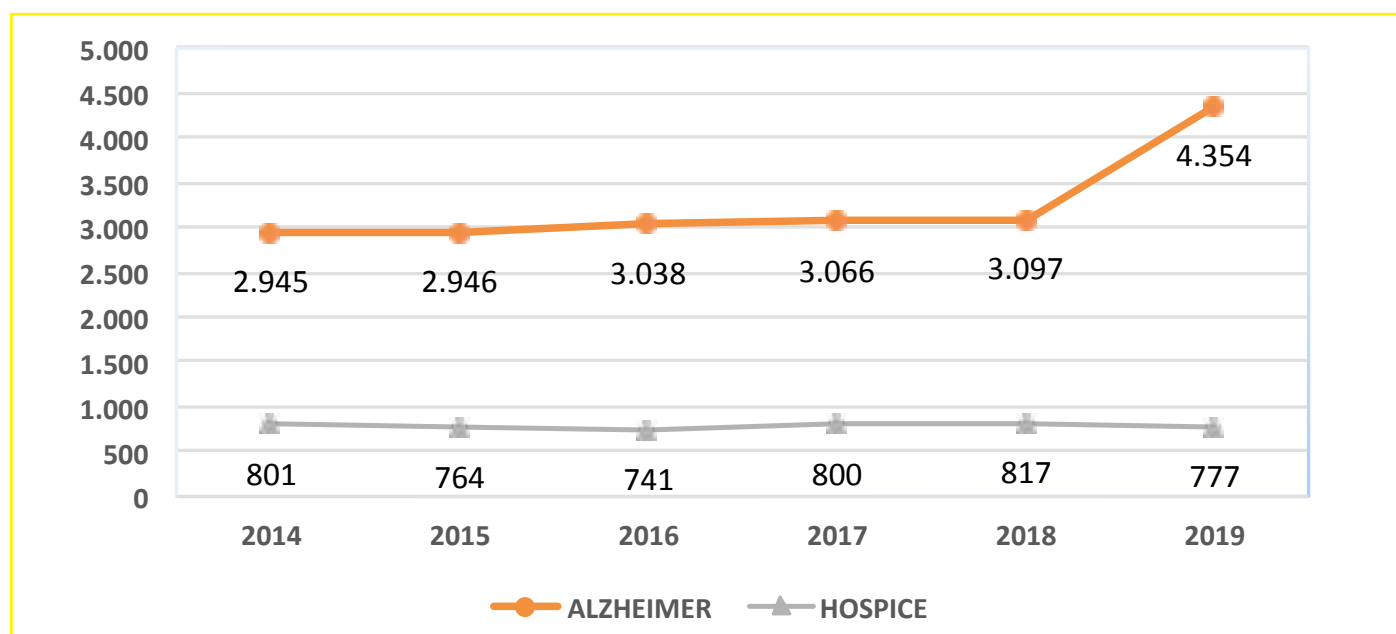
mia e la capacità di interazione con l'ambiente e di collaborazione con il personale di assistenza. La struttura è dotata di un organico autonomo di personale per le condizioni di co-morbilità. In tali strutture, di norma, non vengono assistiti pazienti psichiatrici.

L'impegno di Regione Lombardia nel settore dell'assistenza ai malati di Alzheimer e di altre malattie di demenza senile in termini di posti letto

to accreditati e contrattualizzati presso le RSA ha assunto negli ultimi cinque anni una variabilità indecifrabile. Se leggiamo i dati dal 2014 al 2018 rileviamo infatti che i posti letto accreditati e a contratto sono aumentati di un posto letto nel 2015 e di 92 posti letto nel 2016, per poi diminuire di 28 posti nel 2017 e aumentare di 31 posti nel 2018 attestandosi infine a 3.097 posti letto Alzheimer.

TAB. 15 ANDAMENTO POSTI LETTO ALZHEIMER E HOSPICE 2014-2019 - Grafico 17

ANNI	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ALZHEIMER	2.945	2.946	3.038	3.066	3.097	4.354
HOSPICE	801	764	741	800	817	777



Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

Nel corso del 2019, a seguito di impegni assunti nei vari incontri avvenuti con le Organizzazioni sindacali unitarie confederali e dei pensionati, Regione Lombardia⁸, con un elenco pubblicato in data 22 ottobre 2019, ha dichiarato di aver convertito posti letto ordinari in nuclei Alzheimer, portando la dotazione complessiva a 4.354 posti letto. Vogliamo ricordare altresì che, secondo quanto deciso nei diversi atti deliberati da Regione Lombardia, la dotazione complessiva dovrà raggiungere i 4.596 posti letto entro il 30 aprile 2020, arrivando all'indice di dotazione di almeno 2 posti letto contrattualizzati ogni 1.000 anziani over 65 in ogni ATS.

Viste le recenti sentenze di alcuni tribunali italiani⁹ e la posizione della FNP CISL Nazionale, riteniamo che si debba progressivamente riconoscere il livello di sanitarizzazione di questa ed altre patologie, fino alla loro totale presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Su questa tematica la FNP CISL Lombardia, insieme alle strutture territoriali, è da tempo e costantemente in campo; **come per la continuità assistenziale.**

L'aumento dei posti letto dedicati ai malati di Alzheimer deve essere rapportato al reale bisogno e al reale aumento delle persone potenziali fruitrici, non deve essere un mero spot politico.

⁸ Delibera di Giunta regionale n° XI/1046 del 17 dicembre 2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", le cd. Regole di sistema e successivi atti.

⁹ Sentenze dei Tribunali di Roma (2016), Verona (2016) e Monza (2017).

GLI HOSPICE

Gli hospice sono strutture sanitarie residenziali che in generale accolgono persone che non possono essere assistite a domicilio in fase avanzata e/o terminale di una malattia ad andamento irreversibile e che non prevede trattamenti specifici per la guarigione o per il contrasto della sua progressione. L'obiettivo principale è accompagnare la persona e la sua famiglia in questa fase della vita, nel pieno rispetto della sua dignità, mediante il controllo del dolore e del disagio fisico e psichico¹⁰.

A seguito dell'Intesa Stato-Regioni del luglio 2012, Regione Lombardia ha assunto vari prov-

vedimenti ordinando gli hospice nella rete per le cure palliative con strutture sanitarie e socio-sanitarie, interventi domiciliari specialistici di cure palliative e l'ADI, con attività di *day hospital* e gli ambulatori specialistici.

Nel 2018 le strutture hospice con posti letto accreditati erano 72, di cui 30 in RSA e 42 fuori RSA, per un totale di 817¹¹ posti letto. Nel 2019 le strutture hospice accreditate (esclusi gli accreditati per gli stati vegetativi) in RSA sono 28, mentre il numero degli hospice extra RSA è 39. Il dato complessivo delle strutture è di 67, mentre i posti letto sono diminuiti di 40¹² unità, per un totale di 77 posti letto.

11 Compresi i posti letto per gli stati vegetativi all'interno delle RSA.

12 Sono i posti letto degli stati vegetativi, che per il 2019 abbiamo deciso di non rilevare.

10 Enunciazione da parte della Direzione Generale al Welfare di Regione Lombardia.

TAB.16 CONFRONTO HOSPICE IN RSA E FUORI RSA 2018-2019

Territori ATS	Hospice in RSA 2018	Hospice fuori RSA 2018	Totale Hospice 2018	Totale Posti Hospice 2018	Hospice in RSA 2019	Hospice fuori RSA 2019	Totale Hospice 2019	Totale Posti Hospice 2019
ATS Bergamo	5	2	7	74	5	2	7	74
ATS Brescia	4	4	8	103	4	3	7	95
ATS Brianza	1	4	5	65	1	4	5	65
ATS Insubria	4	5	9	91	5	3	8	83
ATS Milano	8	16	24	264	8	14	22	254
ATS Montagna	0	4	4	36	0	4	4	36
ATS Pavia	4	3	7	89	2	5	7	89
ATS Valpadana	4	4	8	95	3	4	7	81
TOTALE Lombardia	30	42	72	817	28	39	67	777

Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

I CENTRI DIURNI INTEGRATI

I Centri Diurni Integrati sono un servizio semiresidenziale, rivolto ad anziani non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero a tempo pieno.

Per il secondo anno monitoriamo anche queste strutture presenti in Lombardia; nella tabella 17 riportiamo il numero delle strutture e i posti autorizzati in Regione Lombardia. I CDI nel 2018

erano 315, con 7.469 posti autorizzati; nel 2019 i CDI sono 324 (9 in più del 2018), mentre i posti accreditati salgono a 7.896, segnando un incremento di 427 rispetto all'anno precedente.

Purtroppo confermiamo che, anche nel 2019 non siamo in grado di dare un quadro completo delle rette applicate nei CDI in Lombardia, perché solo alcuni di essi le pubblicano. A livello tendenziale comunque, possiamo affermare che le rette applicate nella nostra regione nei CDI accreditati vanno da un minimo di 15€ giornaliero per una presenza parziale a 30€ per una presenza dell'intera giornata, compresa la consumazione del pranzo.

TAB. 17 DIFFERENZA CDI E POSTI IN LOMBARDIA ANNO 2018/2019

Territori ATS	Totale CDI in Lombardia 2018	Totale CDI in Lombardia 2019	Differenza CDI 2018/2019	Totale Posti CDI in Lombardia 2018	Totale Posti CDI in Lombardia 2019	Differenza Posti in CDI 2018/2019
ATS Bergamo	31	32	1	836	872	36
ATS Brescia	54	57	3	1.012	1.158	146
ATS Brianza	31	35	4	859	993	134
ATS Insubria	31	36	5	745	857	112
ATS Milano	71	73	2	1.977	2.060	83
ATS Montagna	16	15	-1	289	236	-53
ATS Pavia	32	28	-4	727	715	-12
ATS Valpadana	49	48	-1	1.024	1.005	-19
TOTALE Lombardia	315	324	9	7.469	7.896	427

Fonte: Osservatorio RSA - FNP CISL Lombardia (2020)

CAP. 4

LA LOMBARDIA NEL CONTESTO NAZIONALE

LA SPESA DELLE FAMIGLIE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Quando in una famiglia un anziano diventa non autosufficiente dopo lo sconcerto iniziale, i parenti si trovano a fare i conti con la necessità di intervenire e di fare una scelta: come assisterlo?

Per districarsi nella “giungla” del sistema di welfare italiano ed effettuare la scelta più appropriata, può aiutare il fatto di rivolgersi alle sedi, ai recapiti e agli Sportelli Sociali FNP, che forniscono informazioni e accompagnamento su queste e altre materie.

Una volta comprese quali sono le possibili strade da intraprendere (servizi a domicilio, presso strutture specializzate, ecc...), occorre quantifi-

care anche lo sforzo economico si trova ad affrontare la famiglia dell'assistito.

Di seguito riportiamo delle stime che abbiamo effettuato come Dipartimento Welfare della FNP CISL Lombardia sulla base di cifre economiche reali.



SPESA PER RSA

La spesa sostenuta nell'anno 2019 da una persona ricoverata in una RSA lombarda e/o dai suoi familiari, è stata di **almeno 24.000€**. Questo è il risultato che emerge moltiplicando la retta media¹³ giornaliera nella nostra regione (66,08€) per 365 giorni.

Se questa somma la moltiplichiamo per il totale dei posti letto abilitati nel 2019 in Lombardia (64.431), la spesa complessiva ammonta ad **oltre 1,5 miliardi €**. A questa cifra partecipano anche i Comuni lombardi per un costo stimato¹⁴ tra i 47 e i 53 milioni €. La spesa della famiglia risulta però molto diversificata sia all'interno della stessa ATS, sia tra un'ATS e l'altra.

SPESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Comparando questa elaborazione con i dati pubblicati da CERGAS Università Bocconi¹⁵ nel 2019, si può estendere l'analisi non più solamente per le strutture RSA, ma alla non autosufficienza nella sua complessità.

La definizione della spesa pubblica per la *long term care* non risulta di facile definizione; la Ragioneria Generale dello Stato l'ha quantificata in **29,3 miliardi di €** (pari all'1,7 del PIL 2017).

In Lombardia gli assistenti familiari regolarmente assunti sono 72.759 (circa il 40% del totale), mentre gli irregolari si stima siano 109.138, per un totale di **181.897**. Considerando un costo per le famiglie pari a circa 17.000€ all'anno, il costo complessivo delle famiglie per tale comparto sarebbe pari a **circa 3,1 miliardi di €**.

Possiamo quindi stimare che complessivamente le famiglie in Lombardia spendono ogni anno per l'assistenza dei propri familiari a domicilio con assistenti familiari (3,1 mld/€) e ricoverati in RSA (1,5 mld/€) **circa 4,6 miliardi di €**.

LA LOMBARDIA E L'ITALIA

Quando parliamo di non autosufficienti a quante persone ci riferiamo?

Anche in questo caso la ricerca di dati certi non è semplice; le stime più recenti dell'ISTAT indicano che il numero degli anziani non autosufficienti in Italia è pari a **2.909.090** (il 4,71% della popolazione italiana), con una crescita media di oltre 60.000 individui l'anno.

In Lombardia i dati parlano di circa 367.000 persone con più di 65 anni e con limitazioni funzionali che necessitano di cure e assistenza, pari al 3,66% della popolazione totale.

L'assistenza per la *long term care* in Italia, come abbiamo avuto modo di dire in precedenza, non è uniforme su tutto il territorio nazionale, ma presenta differenziazioni tra le 20 regioni.

Una recente analisi del "Network Non Autosufficienza", comparando l'offerta di quattro misure: ADI, SAD, indennità di accompagnamento e ricoveri in strutture residenziali, ha delineato sei modelli assistenziali:

- 1. modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare - Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige** - caratterizzato da investimenti elevati nelle strutture residenziali e nel SAD, ma con un'offerta bassa di ADI e uno scarso sviluppo dell'indennità di accompagnamento;

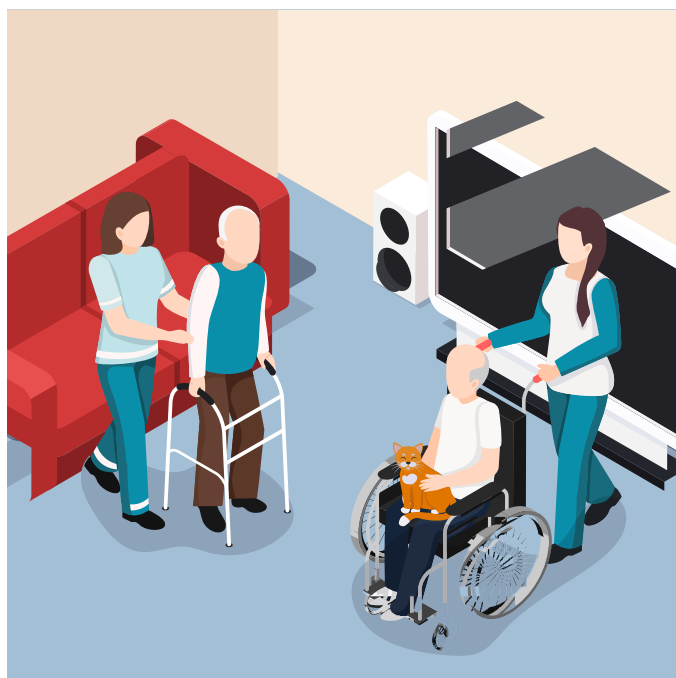


¹³ La retta media giornaliera regionale è stata determinata dalla media delle rette minime medie (61,74€) e delle rette massime medie (70,41€).

¹⁴ Prof. Antonio Sebastiano - Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School.

¹⁵ "Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali - 2° Rapporto Osservatorio LTC".

2. **modello dell'assistenza sanitaria domiciliare** - *Emilia-Romagna e Toscana* - presenta la più elevata offerta di ADI in Italia, mentre SAD e indennità di accompagnamento sono poco utilizzati;
3. **modello dell'assistenza mista** - *Veneto e Friuli-Venezia Giulia* - si caratterizza per alti livelli di erogazione dei servizi di ADI, SAD e residenze;
4. **modello del cash-for-care** - *Umbria, Campania, Puglia e Calabria* - vede il tasso più elevato in Italia di beneficiari dell'indennità di accompagnamento, mentre gli altri servizi domiciliari e residenziali registrano tassi inferiori alla media nazionale;
5. **modello del cash-for-care misto** - *Marche, Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna* - l'indennità di accompagnamento è il servizio maggiormente utilizzato, ma parallelamente si sviluppano i servizi di ADI e SAD;
6. **modello dell'assistenza residenziale** - *Piemonte, Liguria e Lombardia* - molto frequente è il ricorso ai servizi residenziali, mentre ADI, SAD e indennità di accompagnamento sono residuali.¹⁶



¹⁶ "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017/2018. Il tempo delle risorse". A cura di NNA Network Non Autosufficienza. Maggioli Editore

LE RETTE IN LOMBARDIA E IN ITALIA

In Italia non esiste un sistema unitario per determinare le tariffe dell'assistenza residenziale rivolta agli anziani, infatti ogni regione si è organizzata adottando modalità proprie. Con il contributo di Franco Pesaresi¹⁷ cerchiamo di fare luce su questo importante aspetto offrendo un quadro analitico dei diversi sistemi di tariffazione utilizzati e degli importi applicati, corredato da riflessioni orientate al miglioramento della qualità del servizio e all'utilizzo ottimale delle risorse.

Per le RSA i sistemi di tariffazione adottati e/o gli importi applicati cambiano da una regione all'altra, con ricadute significative sull'organizzazione dei servizi e sulla qualità delle prestazioni erogate.

I sistemi tariffari usati nel nostro Paese nel settore dell'assistenza residenziale per anziani sono due:

- la tariffa per giornata di degenza;
- la tariffa giornaliera per caso trattato.

Ambedue sono tariffe giornaliere, ma la prima rappresenta il sistema più semplice ed il più usato in Italia; esso prevede una tariffa uguale per tutti indipendentemente dalle condizioni e dalle necessità assistenziali del paziente e per questa ragione è considerato il sistema più generico. Invece il secondo sistema tiene conto delle condizioni di ogni singolo paziente e del suo effettivo assorbimento di risorse, ed è per questo che è ritenuto più equo ed efficace.

In Italia il più noto sistema tariffario per caso trattato è il sistema SOSIA, che viene utilizzato da cinque regioni tra cui la Lombardia. Questo sistema garantisce più di altri l'efficienza produttiva e l'equità nella distribuzione delle risorse fra gli erogatori, poiché riconosce che a una casistica più complessa corrispondono prestazioni più complesse e dunque anche un maggior impegno di risorse.

Le rette delle RSA sono decise dalle regioni per la parte sanitaria, mentre la quota alberghiera è in capo ad ogni singola RSA.

Fare un confronto tra le rette giornaliere e mensi-

¹⁷ Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN) e direttore del Network Non Autosufficienza.



li applicate in Lombardia e quelle vigenti sul territorio nazionale non è cosa semplice, in quanto a livello nazionale non esiste un Osservatorio specifico come quello di FNP CISL Lombardia; inoltre è molto complicato fornire un'indicazione sulle rette nelle RSA, poiché esse dipendono da diversi fattori, in modo particolare da quali servizi forniscono: assistenza sanitaria, servizi alberghieri e i cosiddetti servizi aggiuntivi.

In generale le rette possono variare anche di molto, a parità di offerta dei servizi, tra le diverse zone dell'Italia: prendendo a riferimento le sole rette minime dichiarate, quelle del Centro e in modo particolare del Sud sono tendenzialmente inferiori rispetto a quelle del Nord.

Dai dati in nostro possesso relativi all'anno 2018, nel Sud Italia e nelle isole le rette medie mensili si attestano attorno ai 1.224€ (40,24€ al giorno), al Centro sono di 1.395€ (45,86€ al giorno), al Nord-Est sono di 1.604€ (52,73€ al giorno), al Nord-Ovest si attestano attorno ai 1.682€ (55,29€ al giorno). Si possono comparare questi dati con quelli rilevati dall'Osservatorio RSA della FNP CISL Lombardia, dove nel 2019 le rette medie regionali sono pari a 2.009,78€ mensili e a 66,75€ giornalieri.

È dunque vero che prima di scegliere una RSA bisogna valutare la capacità di spesa e la vicinanza della struttura all'abitazione dei familiari, ma è altrettanto importante verificare che la RSA sia autorizzata e abbia posti letto a contratto con ATS; inoltre occorre verificare quale tipologia di assistenza sociosanitaria e alberghiera viene prestata alla persona ricoverata.

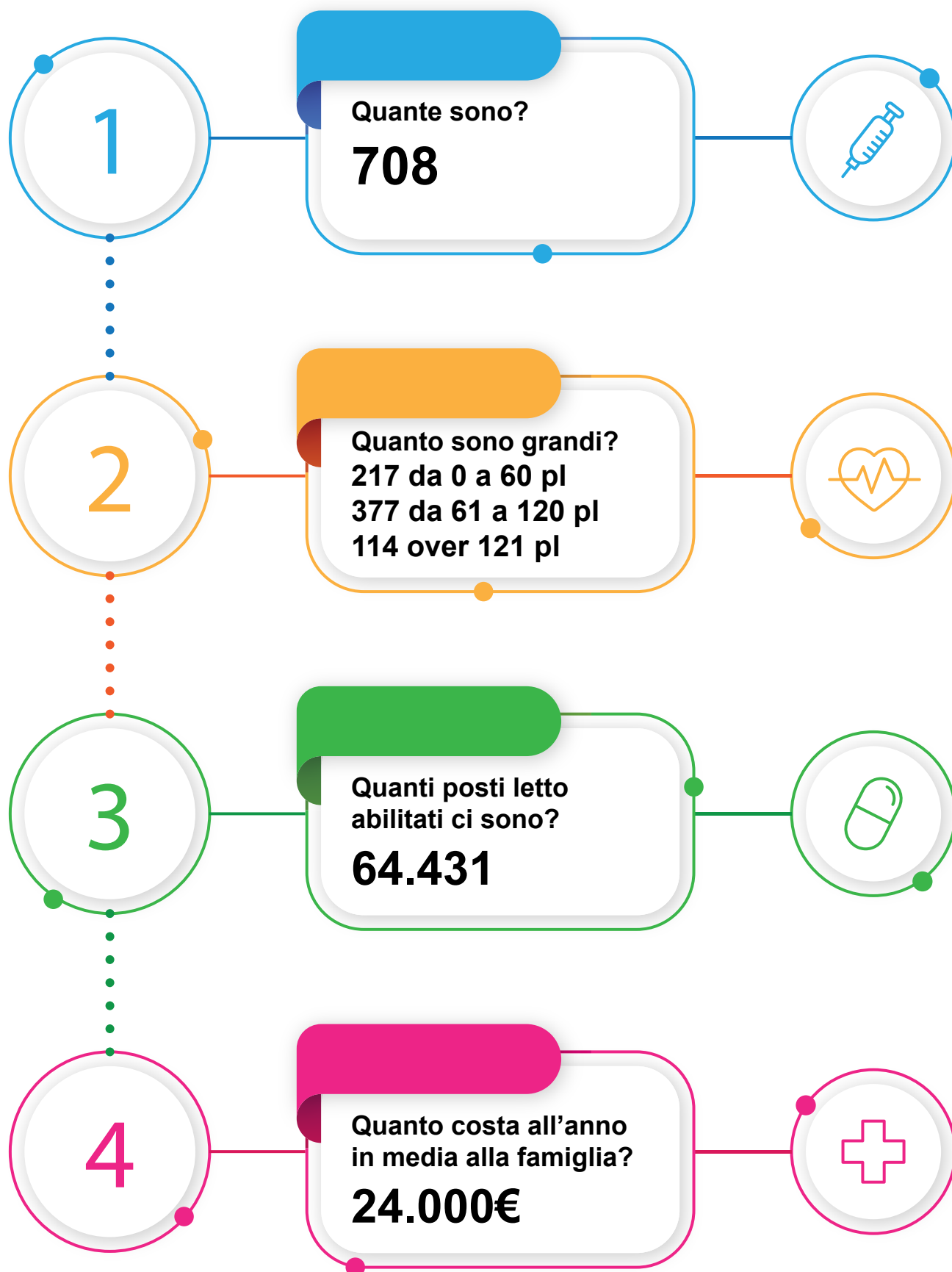
Risulta evidente che scegliere una residenza per anziani non è una cosa semplice; da parte dei familiari va inoltre prestata particolare attenzione perché negli ultimi anni si sono verificati a livello nazionale diversi casi di strutture non conformi o addirittura illegali, con denunce di maltrattamento e percosse sugli anziani ricoverati; anche come rilevato dalle indagini dai NAS.



CHI PAGA LA RETTA DELLE RSA?



LE RSA IN LOMBARDIA



CONSIDERAZIONI E PROPOSTE

IL FUTURO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il sistema italiano della non autosufficienza è quindi tuttora un settore in continuo mutamento, che necessita di un ruolo attento e negoziale da parte del sindacato e in modo particolare di quello dei pensionati, a tutti i livelli:

- *nazionale*, con il Governo per arrivare ad una legge chiara e che faccia sistema, con risorse economiche adeguate;
- *regionale*, affinché si provveda al reale ed omogeneo completamento dell'offerta territoriale, per giungere ad un sistema equo di assistenza;
- *territoriale*, di vicinanza e informazione per le famiglie, di negoziazione con le strutture e con le istituzioni.

Con specifico riferimento al mondo delle strutture RSA, sintetizzando possiamo affermare che, come già evidenziato nel 2018, anche nel 2019

emerge un **quadro lombardo dove a fronte di un costante aumento della domanda di cura e assistenza, diminuisce l'offerta di posti letto contrattualizzati dalle ATS; di conseguenza diminuisce la spesa totale da parte delle istituzioni pubbliche e aumenta ormai in modo insostenibile quella privata delle famiglie.**

Riprendendo ancora la ricerca di CISL Lombardia e BiblioLavoro, emerge in modo costante che il grosso problema è il reperimento delle risorse economiche; nella stessa si afferma che sarà del tutto improbabile che tali risorse possano essere garantite totalmente dal finanziamento pubblico, fermo restando, a nostro parere, che **la spesa pubblica deve continuare a garantire per il futuro la copertura totale della componente di spesa sanitaria.**

Come FNP CISL Lombardia rileviamo con piacere che finalmente (con questa ricerca e la sue proposte) la CISL Lombardia, insieme a tutte le sue categorie, affermano che **il problema della non autosufficienza è un tema che va affrontato da tutto il sindacato e non solo dai pen-**



sionati.

Condividiamo finalità e obiettivi contenuti nella pubblicazione, che devono garantire agli anziani e alle persone anche giovani con fragilità, degenti in strutture residenziali, le risorse necessarie per pagarsi la retta riferita alla quota alberghiera e assicurare alle persone in condizioni di vulnerabilità e non autosufficienza che decidono di restare nel proprio domicilio o dai loro familiari, le risorse economiche necessarie per pagare uno stipendio regolare ad un assistente familiare, c.d. “badante”, e/o riconoscere e valorizzare il ruolo del *caregiver* familiare come proposto dalla campagna #iosonocaregiver.

Lo studio e lo sviluppo congiunto di **forme integrative** a sostegno della non autosufficienza è considerata dalla FNP CISL Lombardia assolutamente utile ma soprattutto necessaria per l’elaborazione di una proposta concreta da proporre a tutte le categorie del sindacato come contributo in occasione dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali e aziendali di lavoro.

Vogliamo altresì precisare che queste forme integrative, oltre che avere caratteristiche “mutua-

listiche, contrattuali, solidali e intergenerazionali”, devono prevedere in modo vincolante il tema della “portabilità”, ovvero la possibilità di proseguire tutte le tutele anche in caso di cambio di settore di impiego. Soprattutto la portabilità deve essere garantita al momento del pensionamento, così come la possibilità per il pensionato di continuare la sua adesione al fondo.

Ricordiamo e rilanciamo anche la proposta dei sindacati dei pensionati della Lombardia, fatta direttamente al presidente della Giunta regionale Attilio Fontana, di una compartecipazione da parte anche dei pensionati, attraverso la tassazione generale (IRPEF) dedicata agli interventi per la non autosufficienza.

Nelle considerazioni finali vogliamo rimarcare che restano ancora due questioni irrisolte: **le lunghissime liste d’attesa** per l’ingresso e le **elevate rette pagate dall’utenza**, per la quota alberghiera.

Di seguito riprendiamo alcune proposte contenute nelle pagine precedenti che rappresentano la linea che la FNP CISL Lombardia persegue nel migliorare i servizi per la *long term care*.



1. RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

La variegata quantità di servizi ed interventi in campo, la presenza di diversi attori, l'utilizzo di diverse scale di misurazione del bisogno e della condizione dell'utente, sono tutti elementi che sarebbe auspicabile fossero oggetto di una razionalizzazione e di una sistematizzazione dell'intero settore della non autosufficienza. Ciò sarà possibile grazie ad una legge nazionale "cornice", come da tempo sostengono i sindacati nazionali confederali e dei pensionati.

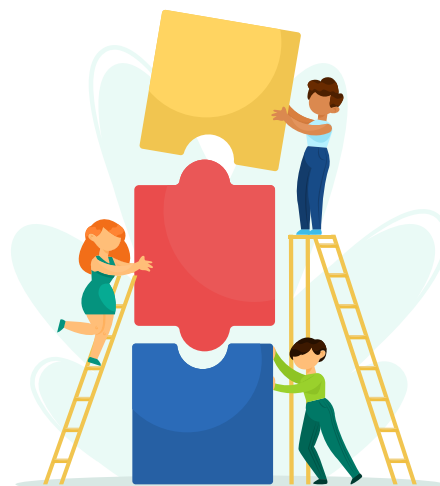
Questa azione aprirebbe la strada anche alla realizzazione di uno strumento di raccolta di tutte le misure delle quali beneficia la singola persona, indipendentemente da quale sia il soggetto erogatore, che fino a questo momento è stato più volte annunciato ma mai attuato (casellario assistenziale).



2. QUALITA' E DIMENSIONI DELLE RSA

Risulta evidente che gli aspetti sia organizzativi che finanziari delle strutture, non risultano determinanti solamente ai fini delle così dette economie di scala e dell'eventuale utile di esercizio, ma risultano fondamentali per la stessa qualità delle prestazioni erogate e per le condizioni di salute e socialità dei pazienti ricoverati.

Il numero dei posti letto in esercizio in una singola struttura, il numero della dotazione organica del personale e la struttura stessa intesa come edificio, sono elementi imprescindibili per garantire un degno diritto alla salute.



3. COMPARTECIPAZIONE NELLE RSA

Le rette e la compartecipazione alla spesa rappresentano da tempo un tema centrale per l'azione negoziale del sindacato dei pensionati.

La quota sanitaria che Regione Lombardia paga per i posti letto a contratto delle RSA è inferiore a quanto previsto dalla legislazione vigente e inadeguata al livello di assistenza sanitaria che viene fornita. Andrebbe quindi incrementata la quota coperta dal Fondo Sanitario Regionale. Questa proposta va discussa all'interno dell'Osservatorio RSA.



4. CLASSIFICAZIONE SOSIA

Il sistema di classificazione degli utenti nelle RSA andrebbe rivisto sia a livello sistemico (le 8 classi risultano infatti anacronistiche e superate), sia a livello di analisi della “situazione sanitaria” della persona, indagando se il bisogno dell’utente è legato alla deambulazione, all’aspetto psico-cognitivo o ad entrambi.

In questo modo si avrebbe una maggior appropriatezza delle cure che, unita ad una rivisitazione del sistema delle cure per le degenze di transizione e della continuità assistenziale, renderebbe l’assistenza più vicina ai reali bisogni dell’anziano non autosufficiente.



5. DIFFERENZIAZIONI TERRITORIALI

Osiamo teorizzare la presenza di una sorta di “tetraedro delle RSA” ovvero 4 facce dello stesso argomento che si combinano tra di loro componendo quadri diversi tra le 8 ATS lombarde e

anche all’interno delle stesse:

1. la collocazione geografica (in città, fuori dai centri urbani, nella zona alpina, nella Pianura Padana, ecc..),
2. le liste d’attesa,
3. i costi a carico dell’utente,
4. i servizi offerti.

Ricostruendo queste quattro componenti ci troviamo ad osservare, a titolo esemplificativo, in alcuni territori la famiglia con un anziano non autosufficiente, alle prese con rette alte, basse liste d’attesa, servizi extra retta (in diverse RSA della zona metropolitana Milano e dell’area della Brianza), mentre in altri le liste d’attesa sono lunghe, le rette basse, la gestione quasi familiare della struttura.



6. ALZHEIMER E DEMENZA SENILE

Il problema è nazionale e ha visto il pronunciamento anche di alcuni autorevoli organi giurisdizionali; sembra si vada verso un progressivo riconoscimento del livello sanitario degli utenti ricoverati affetti dalla malattia dell’Alzheimer che sono ricoverati presso le RSA.

APPENDICE

VERBALE DI ACCORDO CON REGIONE LOMBARDIA

“DEDUZIONI E DETRAZIONI FISCALI DELLE SPESE SANITARIE SULLE RETTE RSA E RSD”

Nel mese di febbraio 2019 l'azione congiunta di CGIL, CISL, UIL, FNP CISL, SPI CGIL, UILP UIL ha portato Regione Lombardia a rivedere la norma relativa ai costi deducibili e detraibili fiscalmente nelle unità di offerta sociosanitaria, attraverso un accordo con la Direzione Generale Welfare. Infatti è stata modificata la normativa approvata a dicembre 2018 che avrebbe ridotto drasticamente i benefici fiscali per le famiglie degli ospiti ed è stato definito un criterio più chiaro, semplice e immediato, per la deducibilità (nel caso di persona disabile ai sensi della legge 104/92 con accompagnamento) o della detrai-

bilità fiscale delle spese sanitarie sulla retta di ricovero in una struttura sociosanitaria.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 1298 del 25 febbraio 2019 è stato approvato il provvedimento che fissa una percentuale forfettaria unica del 58%, valida in tutta la regione, da applicare alla retta di ricovero degli ospiti delle strutture sociosanitarie per calcolare l'importo delle spese mediche e di assistenza specifica che si possono portare nella dichiarazione dei redditi in deduzione dal reddito complessivo o in detrazione dall'IRPEF dovuta.

La norma sarà attiva per le dichiarazioni dei redditi per l'anno d'imposta 2018.

La percentuale del 58% è stata dedotta attraverso una disamina delle schede struttura delle RSA contrattualizzate, riclassificando i costi, superando la precedente categoria dei cosiddetti costi misti e valorizzando voci di costo da riferire a spese di natura sanitaria o di assistenza specifica (consulenze sanitarie; formazione del personale; assicurazioni obbligatorie e costi per la sicurezza delle strutture; ammortamenti attrezzature).

Sicuramente si può ancora migliorare, continuando il confronto con Regione Lombardia per cercare di affinare il nuovo metodo di calcolo, in relazione alla gravità della condizione sanitaria dei pazienti e alle differenti tipologie di struttura.

**VERBALE DI INCONTRO CON CGIL CISL UIL LOMBARDIA E SPI FNP UILP LOMBARDIA
del 21 febbraio 2019**

Presenti: Direttore Generale Cajazzo, Salmoiraghi Marco, Pio Dario Vivone, Spreafico Isabella, Paola Palmieri, Giuseppe Matozzo, Giuliani Amedeo, Claudio Dossi, Valentina Cappelletti, Rancati Pierluigi, Emilio Didonè, Rosa Perego, Stefano Landini.

Regione Lombardia, in relazione alla problematica della certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie sostenute dagli ospiti o dai loro familiari rilasciata dagli enti gestori delle unità di offerta residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, evidenzia che la medesima deve essere redatta secondo le indicazioni della vigente normativa fiscale in tema di detrazioni e deducibilità dei costi, che superano le precedenti indicazioni regionali in materia.

Evidenzia che le pregresse determinazioni regionali (DGR n. 26316/1997) erano basate su Linee Guida del Ministero della Sanità (n. 1/94) incise dalla normazione via via sopravvenuta (dpcm 29 novembre 2001 e dpcm 23 aprile 2008) come chiarita sia dall'Agenzia delle Entrate che dal Ministero della Salute (nota prot 67026 del 15.5.2014) che giudica superata la metodologia di calcolo dei costi (totalmente sanitari, totalmente non sanitari e misti).

Regione Lombardia informa anche che vi è stato un proficuo incontro con l'Agenzia delle Entrate in merito alla proposta di Regione Lombardia di determinare applicando alla retta di ricovero una percentuale forfetaria stabilita da delibere regionali così come previsto dalla circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 7 del 4/4/2017.

Regione Lombardia illustra la metodologia applicata. In particolare precisa che l'obbligo di rilascio delle dichiarazioni ai fini fiscali da parte dei soggetti gestori, il cosiddetto "cedolino", riguarda tutti i soggetti anziani e disabili aventi diritto, che fruiscono di prestazioni nelle unità d'offerta della rete socio sanitaria, sia residenziali che semi residenziali.

La valutazione dei dati per l'identificazione di una percentuale forfettaria, da portare in detrazione/deduzione, si è focalizzata sulle RSA, in quanto casistica maggiormente rappresentativa delle unità di offerta socio sanitarie.

Sono stati elaborati i dati 2017 dei costi consuntivati dai soggetti gestori di 686 RSA, pervenuti in Regione Lombardia attraverso il debito informativo "Scheda Struttura". Su Scheda Struttura i dati economici sono già suddivisi seguendo la ripartizione in costi "sanitari", "alberghieri" e "misti", secondo una precisa metodologia indicata da Regione Lombardia.

L'analisi dettagliata dei costi ha portato a rilevare che nella categoria dei "costi misti", ve ne sono allocati alcuni che, per loro specificità e natura, necessitano di essere allocati tra i cosiddetti "costi sanitari", in quanto derivanti da standard qualitativi definiti dalla normativa regionale.

Nel caso specifico sono stati più propriamente ricollocati tra i costi "sanitari" i seguenti: formazione del personale a standard, consulenze sanitarie, assicurazioni obbligatorie e sicurezza.

Evidenzia altresì che i costi alberghieri e quelli misti non possono essere considerati di assistenza specifica, ai sensi della circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 7 del 4/4/2017 e quindi non possono essere portati in detrazione/deduzione.

L'analisi dei dati di Scheda Struttura ha prodotto come risultato finale la definizione della percentuale del 58% di incidenza dei costi sanitari sul totale dei costi.

Il risultato sopra descritto consente di pervenire alla definizione della predetta percentuale di costo detraibile/deducibile dalle rette di ricovero, da parte degli aventi diritto, unica a livello regionale, pertanto uguale per le unità di offerta.

Tale percentuale verrà applicata per le dichiarazioni fiscali a partire dalle dichiarazioni da rilasciare per l'anno fiscale 2018.

Regione Lombardia precisa che le prestazioni erogate nelle unità di offerta socio sanitarie sono caratterizzate da una forte connotazione sanitaria e dalla ulteriore inscindibilità tra prestazioni sanitarie e assistenziali. Evidenzia inoltre che il processo di individuazione dei costi potenzialmente deducibili verrà ulteriormente implementato al fine auspicabile di graduare la soglia dei costi deducibili in relazione al grado di complessità assistenziale sotto il profilo sanitario, nonché per le diverse tipologie di unità di offerta residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili.

Le OOSS evidenziano che a partire dalle elaborazioni fatte sul cedolino fiscale venga attivato un confronto per cercare di rendere più trasparente la formazione della retta e la necessità di fare un lavoro più approfondito sulla formulazione omogenea della retta e sulla sua formazione.

I presenti condividono e sottoscrivono il presente accordo.

Roberto
Giuseppe Motosso
me myh

Spilceri
Vignelli CGIL Lombardia
Hofen Jansen
Alcanti Rom.
Enli Dioni FIP CISL
Piero Tizio Neri

Regione Lombardia

P.zza Città di Lombardia, 1

20124 Milano

t +39 02 6765 8791

I VOLONTARI ANTEAS NELLE RSA

Da sempre ANTEAS, attraverso i suoi servizi alla persona, persegue la solidarietà civile e sociale, promuovendo iniziative dedicate a quanti si trovano in condizioni di disagio e a rischio di esclusione. In questa categoria rientrano gli anziani ospiti delle RSA, a cui i volontari ANTEAS offrono molteplici servizi. Attualmente su tutto il territorio lombardo sono impiegati più di **300 volontari** in una cinquantina di strutture, per un totale di più di **60.000 ore annue di attività**.

Uno dei servizi forniti da quasi tutte le ANTEAS Territoriali della Lombardia è l'**accompagnamento** e il **trasporto degli anziani** alla RSA attraverso le auto messe a disposizione dall'Associazione. Questo servizio, solo apparentemente il più semplice, aiuta le persone a non sentirsi sole e rappresenta un aiuto concreto a favore degli anziani e dei loro familiari.

L'ANTEAS ODV¹⁸ di Sondrio offre questo servizio anche a parenti e amici di anziani in RSA, accompagnandoli per visite settimanali.

I volontari ANTEAS sono poi impegnati nelle attività di animazione, con lo scopo di contrastare la solitudine e favorire un maggior benessere dell'anziano, che nella RSA si trova a vivere in una struttura diversa dalla propria dimora insieme a persone estranee al proprio nucleo familiare. Il rischio di isolamento in questo contesto è, infatti, molto elevato e può impattare negativamente sulla salute e sul benessere psicofisico dell'anziano.

Le attività animate comprendono la realizzazione di spettacoli teatrali (ANTEAS APS¹⁹ Legnano-Magenta), la proiezione di film e cineforum (ANTEAS APS Milano) e l'intrattenimento musicale attraverso canti e musica popolare (ANTEAS ODV Como, Lecco e Sondrio).

Le ANTEAS di Lecco e Sondrio, ciascuna con il proprio coro di volontari, attraverso canzoni popolari e folkloristiche permettono agli anziani di condividere momenti piacevoli nel ricordo della propria gioventù. I canti popolari, infatti, rappresentano un importante patrimonio culturale e, attraverso il richiamo ai valori e alle tradizioni di un tempo, consentono all'anziano di riscoprire chi è e da dove viene, quindi di affermare la sua identità.

Allo stesso modo, l'attività di musicoterapia (ANTEAS ODV Sondrio) è volta a facilitare il rilassamento dell'anziano e a stimolare le sue capacità comunicative. La musica, infatti, servendosi di un linguaggio emotivo che va al di là delle parole, permette il riaffiorare di ricordi autobiografici ed emozioni positive. Si favorisce così un maggior benessere dell'anziano, riducendo la manifestazione di disturbi del comportamento quali agitazione, aggressività e oppositività.

I volontari delle ANTEAS APS di Cremona, Legnano Magenta e Milano sono impegnati anche nelle attività di lettura del quotidiano e di poesie, che aiutano la socializzazione, la comunicazione verbale e l'orientamento spazio-temporale degli anziani, e nelle attività ludico-ricreative, volte a coinvolgere gli ospiti attraverso giochi di gruppo e a stimolare le loro abilità motorie e manuali. I volontari di ANTEAS APS Vallecamonica, ad esempio, impegnano le donne presenti in RSA nelle attività di stireria e sartoria; queste richiamano alla memoria delle signore mansioni a loro familiari, rafforzando la loro autostima e il senso di competenza.

Tutte le attività elencate mirano, in generale, a promuovere la socializzazione e la partecipazione attiva dell'anziano attraverso la valorizzazione delle sue capacità e della sua storia personale. La molteplicità di servizi offerti dai volontari ANTEAS ha, infatti, come obiettivo quello di coinvolgere quanti più anziani possibile, affinché ciascuno riscopra l'attività che più rispecchia i suoi interessi.

ANTEAS si è resa inoltre promotrice di un importante scambio intergenerazionale tra anziani e bambini. L'ANTEAS ODV di Sondrio, con il progetto "Un bambino adotta un nonno", ha permesso di rafforzare i legami tra le due generazioni. Gli anziani infatti hanno visto riconosciuto il valore della figura del nonno nella vita dei bambini; questi ultimi, invece, hanno imparato a relazionarsi con persone anziane e portatrici di disabilità. In un'epoca in cui l'anzianità e la disabilità talvolta costituiscono ancora uno stigma sociale, ANTEAS ritiene indispensabile contribuire a rafforzare questo dialogo, con l'obiettivo di favorire la solidarietà sociale.

Non sono meno importanti i servizi che i volontari ANTEAS prestano nel supporto all'assistenza degli ospiti in RSA, aiutando gli operatori durante la somministrazione dei pasti, lo spostamento dell'anziano da un locale all'altro della RSA o durante soggiorni e gite al di fuori della struttura.

18 Organizzazione di Volontariato.

19 Associazione di Promozione Sociale.

CONVENZIONE

SALMOIRAGHI & VIGANÒ

UN GRANDE PARTNER
OFFRE SOLO GRANDI VANTAGGI

Salmoiraghi & Viganò offre agli iscritti alla convenzione e ai loro familiari, promozioni esclusive presso i propri punti vendita e sul sito e-commerce.

I SEGUENTI SCONTI RISERVATI SONO APPLICATI AL PREZZO DI LISTINO DEL PRODOTTO E NON CUMULABILI CON EVENTUALI PROMOZIONI IN CORSO:

SCONTO DEL 30%	• OCCHIALI DA VISTA CON LENTI GRADUATE • OCCHIALI DA SOLE CON LENTI GRADUATE • LENTI GRADUATE	
SCONTO DEL 20%	• OCCHIALI DA SOLE	
SCONTO DEL 50%	• LENTI A CONTATTO (OGNI DUE CONFEZIONI ACQUISTATE DELLA STESSA MARCA)	

IN CASO DI PROMOZIONI IN CORSO, IN SOSTITUZIONE DELLO SCONTO 30%, SI POTRANNO UTILIZZARE I SEGUENTI EXTRASCONTI *:

EXTRASCONTO DI 20€	OCCHIALI DA VISTA CON LENTI MONOFOCALI	OCCHIALI DA VISTA CON LENTI PROGRESSIVE	EXTRASCONTO DI 50€
------------------------------	--	---	------------------------------

*non cumulabili con i buoni emessi con lo scontrino, sconti riservati ricevuti via email, sms o posta, lo sconto secondo occhiale e il tagliando oculisti

**** E' POSSIBILE UTILIZZARE UN UNICO VOUCHER PER ACQUISTO ****

COME ACCEDERE ALLE PROMOZIONI?

- ❖ Registrati al link: www.convenzionisalmoiraghievigano.it ed inserisci il tuo codice azienda: **10543**
- ❖ Scarica il coupon dell'offerta, stampalo e presentalo in uno dei negozi Salmoiraghi & Viganò o Ray-Ban Store presenti in tutta Italia (o mostralo dal tuo smartphone o tablet).
TROVA IL NEGOZIO più vicino su www.salmoiraghievigano.it
- ❖ Richiedi i codici sconto per acquistare a prezzi vantaggiosi sul sito e-commerce.

salmoiraghi & viganò

