



Le R.S.A.

Evoluzione, attualità e prospettive

Un'indagine a campione sul sistema residenziale per non autosufficienti
nella provincia di Bergamo
1999-2010
alcuni elementi di qualità e di criticità attuali, il cambiamento nei prossimi anni

A cura di Rita Bianchin

con la collaborazione di Elena Ferrante e Gianni Peracchi

SETTEMBRE 2011

Nei commenti ci si riferisce anche a dati non pubblicati in questo volume.
La versione “integrale” e tutti i grafici della ricerca sono consultabili sul sito www.lomb.cgil.it/spibg nelle sezioni Ricerche e/o Case di riposo.

Indice

Un lavoro durato un anno l'indagine, gli obiettivi, il metodo e altre considerazioni	pag. 5
Le R.S.A. in provincia di Bergamo e il campione dell'indagine	pag. 6
Presentazione	pag. 7
La CGIL e il sindacato pensionati per la tutela dei più deboli	pag. 9
Evoluzione delle principali caratteristiche delle RSA rilevate dalle indagini dello SPI negli anni 1999 e 2010	pag. 10
Risposte al questionario, l'indagine	pag. 23
Allegato 1	pag. 57
Allegato 2	pag. 61
Allegato 3	pag. 64

Un lavoro durato un anno. L'indagine, gli obiettivi, il metodo e altre considerazioni

Questo lavoro sulle RSA nasce dalla determinazione dello SPI di mantenere accesa l'attenzione nei confronti di un servizio dedicato ad una fascia di popolazione particolarmente debole, con alle spalle contesti familiari spesso altrettanto deboli, se non completamente perduti.

La RSA, in funzione del suo mandato sociale, si occupa di persone che, proprio perché ricoverate, rischiano di diventare invisibili, di perdere le loro prerogative di cittadini. È come se le loro vite, già prima del ricovero difficili, limitate da povertà non solo economiche, segnate dalle sofferenze dalla malattia, dalle perdite funzionali e dallo sradicamento, perdessero ogni loro valore, proprio perché si stanno concludendo in una "istituzione totale". Ma anche la RSA corre il rischio dell'invisibilità; non della sua rappresentazione formale, esteriore, costruita dai documenti burocratici, ma piuttosto di quella più intima, del volto di un contesto dedicato all'impegno del prendersi cura, alle relazioni, alla protezione e al riconoscimento del valore delle vite che custodisce a cui cerca di restituire un senso.

A distanza di poco più di dieci anni interessa tornare a guardare questo volto non immediatamente percepibile, fatto dai sentimenti e dalle fatiche dei cittadini ricoverati e in parallelo di quelli degli operatori. Un volto segnato da una molteplicità di espressioni, dalle tracce di storie personali che a volte scorrono parallele, a volte si incontrano, si intrecciano, si fronteggiano. Abbiamo voluto cercare di cogliere e apprezzare i cambiamenti, comprendere i percorsi che li hanno resi possibili e le difficoltà che li hanno rallentati o ostacolati e immaginare altre strade per migliorare.

Tutte le fasi della ricerca, dalla progettazione all'elaborazione dei dati, sono state discusse in un gruppo di lavoro formato da componenti dei direttivi SPI e Funzione Pubblica, i quali hanno contribuito mettendo in comune riflessioni e critiche e un patrimonio ricco e interessante di conoscenze sulle RSA, sugli ospiti, sulle loro vite, sui loro familiari, sulle loro emozioni, sui lavoratori, sui modelli organizzativi e sugli stili di intervento. Il contributo di un gruppo di lavoro non omogeneo, misto, per competenze ed esperienze, pur comportando alcune difficoltà nella messa a punto di un linguaggio comune, ha costituito una ricchezza di spunti durante tutto il percorso dell'indagine. La dott.ssa Pia Maj, sociologa, docente di Metodologia della ricerca sociale all'Università Bicocca di Milano e la dott.ssa Patrizia Tacconi psicologa, già docente della stessa Università, hanno seguito questo lavoro fin dall'inizio con benevolenza, non hanno fatto mancare il loro prezioso contributo professionale e i loro incoraggiamenti.

Il questionario utilizzato per la raccolta dei dati, prima di essere inviato a tutte le RSA della provincia, è stato testato su un piccolo campione. Il numero dei questionari restituiti compilati ha consentito di selezionare un "campione per dimensioni" formato in modo da rappresentare la gamma delle situazioni nella loro diversità, comprese alcune realtà interessanti, anche se particolari e magari uniche. Le RSA inserite nel campione sono state 29 sul totale di 61, pari al 47,5%; i dati raccolti, le elaborazioni ed i commenti riguardano questa realtà.

Un particolare ringraziamento a tutte le R.S.A. che hanno collaborato alla preparazione dell'indagine e alla raccolta dei dati.

Presentazione

Le RSA bergamasche offrono una serie di risposte ai problemi sempre più difficili di molti anziani. Si occupano di una parte rilevante di non autosufficienti, si stima un terzo circa del numero complessivo.

È un sistema in rapida evoluzione, per i mutamenti demografici del nostro Paese e della nostra provincia, che vedono la popolazione anziana in continua crescita, con i problemi che l'età avanzata porta con sé. Abbiamo quindi pensato, attraverso la somministrazione di uno specifico questionario, di analizzare alcuni elementi qualitativi ed alcune criticità del sistema, dagli aspetti economici a quelli che riguardano la vita dell'ospite nelle strutture.

Abbiamo comparato questi elementi con una analoga ricerca effettuata nel 1999 e, soprattutto, abbiamo provato ad immaginare cosa potrà essere necessario in futuro, ipotizzando per le RSA un ruolo più integrato e riconosciuto nel territorio.

La logica è quella di costruire orientamenti consapevoli che ci aiutino nel confronto territoriale con gli attori sociali ed istituzionali che si occupano degli anziani in grave difficoltà, al fine di migliorare il sistema nel suo complesso.

Gli anziani, quelli che ricevono assistenza a casa loro e quelli che sono costretti a rivolgersi alle strutture residenziali, in una società civile meritano attenzione, dignità e rispetto.

Questo è il fine ultimo delle nostre riflessioni.

Le R.S.A. del campione anno 2010

Posti letto	Comune	Posti letto	Comune
148	ALBINO	99	LOVERE
72	ALMENNO SAN SALVATORE	87	NEMBRO
92	ALZANO LOMBARDO	85	PONTE SAN PIETRO
32	ARDESIO	89	SOVERE
80	BERGAMO (San Francesco)	38	SPIRANO
421	BERGAMO (Santa Maria Ausiliatrice)	67	STEZZANO
200	BREMBATE SOPRA	61	TRESCORE BALNEARIO
71	BREMBILLA	151	TREVIGLIO
190	CAPRIATE SAN GERVASIO	90	URGNANO
105	CASNIGO	29	VALBONDIONE
25	COVO	57	VERDELLO
40	GORLE	81	VERTOVA
35	GROMO	45	VILLA D'ALMÈ
60	GRUMELLO DEL MONTE	110	ZOGNO
103	LEFFE		

La CGIL e il sindacato pensionati per la tutela dei più deboli

Per noi, per la CGIL e per il Sindacato Pensionati, l'impegno politico tradizionale di rivendicazione e tutela dei diritti dei più deboli, e in questo caso degli anziani non autosufficienti e dei loro famigliari, è sempre stato accompagnato e sostenuto da un percorso parallelo di studio ed approfondimento. Vogliamo che la conoscenza dell'invecchiamento come fenomeno sociale nelle sue diverse implicazioni, e come esperienza individuale e collettiva vissuta da chi è diventato più vulnerabile, sia la base di riferimento del nostro agire e sia un segno tangibile di profondo rispetto e gratitudine per tutti coloro che con il loro lavoro, i sacrifici, le lotte, hanno contribuito a costruire anche il nostro benessere.

Alla fine vogliamo che il nostro lavoro contribuisca a creare le condizioni affinché invecchiare con dignità diventi una prospettiva reale nella vita di ciascuno, poiché la vecchiaia ci appartiene, è il futuro a cui vogliamo guardare pacificati e tranquilli, trattenuti entro la soglia di un benessere non solo economico. La vecchiaia per molti aspetti ci fa diversi e più vulnerabili, lascia però intatto il bisogno di continuare a crescere, di comunicare, di esprimersi, di mantenere l'esercizio di ruoli famigliari e sociali, di essere accolti per come si è, ancora persone, nonostante le offese della malattia, della non autosufficienza, della demenza. Tutto questo può essere conquistato se riusciamo, tutti insieme, a costruire una società che non si limita a contare il numero degli anziani, a considerarli come rovine da nascondere ed emarginare e che riduce il welfare a puro assistenzialismo, ad una fastidiosa necessità che cancella ogni politica orientata alla cura, che per noi vuol dire difendere anche il valore delle relazioni e dei sentimenti.

A partire dai primi anni '90 il Sindacato Pensionati, con il contributo e l'appoggio della Camera del Lavoro e della Funzione pubblica, e grazie alla collaborazione di istituzioni private e pubbliche e alla generosità di molti cittadini, ha percorso una sua strada per cercare di costruire mappe di riferimento non ideologiche, per la lettura dei bisogni degli anziani e dei loro famigliari e per analizzare, in parallelo, la qualità delle risposte dei servizi. Un lavoro di ricerca sempre oggetto di momenti di confronto pubblico, i cui frutti e le cui sollecitazioni hanno contribuito alla crescita culturale al proprio interno e fornito supporto e completamento ai contenuti delle proprie specifiche azioni.

In conclusione ricordiamo brevemente una prima ricerca sullo stato dell'arte dei servizi domiciliari e residenziali nella provincia di Bergamo, discussa in due convegni nel maggio e nel giugno del 1990, denominata: "Invecchiare con dignità, un diritto per tutti". Da qui nascono tutta una serie di idee e di stimoli e si rinforza la convinzione che il legame del Sindacato con la realtà va conquistato con la conoscenza. Si passa quindi ad indagare sul lavoro di cura delle famiglie che assistono in casa gli anziani non autosufficienti, allora una realtà invisibile, con una delle prime ricerche in Italia, pubblicata con il titolo "Dentro la cura", presentata in un incontro pubblico chiamato: "La parola a chi cura", nel maggio del 1994.

Sono successivamente seguiti altri lavori, come: "Persone e case di riposo in provincia di Bergamo", realizzato nel maggio 1999 con lo scopo di guardare dentro un mondo a parte, un

contenitore nato dalla cultura dell'emarginazione e dell'esclusione; "I Centri Diurni Anziani in provincia di Bergamo, una risorsa da integrare nella rete dei servizi" dell'ottobre del 2006, una realtà trascurata quella dei centri anziani, eppure ricca di potenzialità che potrebbero essere spese per pensare e fornire buone occasioni per non invecchiare in solitudine, umiliati e impoveriti dalla paura, per dare un senso alla propria esistenza di cittadini liberi di decidere e di contribuire al bene comune. E infine "Le badanti, uno spaccato sul fenomeno a Bergamo" del marzo 2009, per ragionare sull'entità delle dimensioni di questo fenomeno, sull'isolamento delle persone coinvolte, sui loro diritti, sulle emozioni e le contraddizioni che attraversano questo universo.

Dedichiamo questo lavoro in primo luogo a tutti gli iscritti allo SPI, e tra loro a tutti i delegati, responsabili di Lega e militanti che da sempre si impegnano con generosità e grande sensibilità nella difesa dei diritti dei più deboli.

Evoluzione delle principali caratteristiche delle RSA rilevate dalle indagini dello SPI negli anni 1999 e 2010

■ DATI A CONFRONTO - I CAMBIAMENTI PIÙ SIGNIFICATIVI

Tab. 1

1999	2010
56 Case di riposo accreditate + 4 Case albergo	60 RSA accreditate + 1 RSA solo autorizzata

■ OFFERTA POSTI LETTO - COME IN DIECI ANNI SI È MODIFICATA LA SITUAZIONE

Tab. 2

	1999	2010	Incremento
posti degenza in RSA accreditati (NAT + NAP + autosufficienti)	4.571	5.273	702 15,36%
posti in nuclei Alzheimer	50	109	59 118%
posti autorizzati NON accreditati	–	370	

In dieci anni l'offerta di posti letto accreditati aumenta di 702 unità, ma nel frattempo aumentano del 37,13%, pari a 22.740 unità, gli anziani con età superiore ai 75 anni. In particolare è il numero dei grandi vecchi a registrare una vera e propria impennata (tab. 8).

La crescita di posti letto accreditati registrata nel decennio è dovuta in buona parte all'ampliamento della capienza delle RSA esistenti, finanziato anche dalla Regione o a fondo perduto o con fondi a rotazione, e alla costruzione di 2 nuove RSA di medie dimensioni: Dalmine e Seriate.

Parte dei 370 posti autorizzati e non accreditati, i cui costi sono quindi totalmente a carico dell'utente, poiché esclusi dal rimborso della spesa sanitaria, sono destinati a forme di accoglienza temporanea.

■ LE RSA - UN SERVIZIO IMPEGNATO SU DUE FRONTI

Tab. 3 - Età degli ospiti e sesso

classi d'età anni	anno 1999	anno 2005*
≤ 59	3,39%	2,5%
60-69	4,84%	7,0%
70-79	17,99%	23,0%
≥ 80	67,17%	67,5%
n. r.	6,61%	0,0%
totale	100%	100%
di cui maschi	23%	24%
di cui femmine	77%	76%

* fonte ASL

Da notare, nel confronto fra 1999 e 2005, che nelle RSA permane la presenza di persone relativamente giovani, sotto i 70 anni, per circa il 9,5%. Presenza non trascurabile per entità, diversità e complessità dei bisogni che manifesta. Presenza dovuta probabilmente all'accoglienza di soggetti con particolari patologie, non più assistibili in ospedale o al domicilio, o che non trovano collocazione in servizi dedicati, come i malati di mente oppure casi "sociali".

Resta pressoché invariata l'incidenza degli ultra ottantenni, 67,17% nel 1999 e 67,5% nel 2010. L'insieme, grandi vecchi da un lato e persone al di sotto dei 70 anni, configura un universo tutt'altro che omogeneo, sicuramente origine di criticità che spesso non trovano vie di soluzione nell'organizzazione delle RSA, piuttosto rigida e sempre più orientata a fornire prestazioni sanitarie.

Gli ospiti delle RSA sono in grande maggioranza donne; sono quasi sempre vedove e accettano più docilmente la soluzione del ricovero. Le donne, con il ricovero, in più subiscono la perdita dolorosa di ruoli legati alla casa, alla cura dei famigliari, alle relazioni amicali e a forme di socialità di vicinato. Tutte esperienze che per molti anni sono state determinanti per il loro benessere complessivo.

■ PER QUANTI ANNI UNA PERSONA VIVE IN RSA?

Tab. 4 - Tempo di permanenza in RSA*

permanenza	1999	2010
meno di 1 anno	11,15%	29,9%
fino a 2 anni	13,20%	15,1%
da 3 a 5 anni	28,15%	27,0%
≥ 5 anni	35,10%	28,0%
n. r.	12,40%	0,00%
totale	100,00%	100,00%

* fonte SPI

Mentre gli anziani presenti nelle RSA tendono ad essere sempre più vecchi, la loro permanenza si sta accorciando in modo significativo, principalmente nelle degenze di breve periodo (fino ad un anno). Vediamo infatti che nel 2010 rispetto al 1999 sono molto aumentati i ricoveri di durata inferiore all'anno, sono rimaste quasi invariate le presenze fino a 2 anni e da 2 a 5 anni, e sono decisamente diminuite anche le permanenze a lungo termine, quelle oltre i 5

anni, che infatti sono diminuite di oltre 7 punti. Queste ultime restano comunque ancora numerose: nel 2010 interessano più di un quarto degli ospiti, corrispondente a quasi 1.500 persone. Probabilmente vivono meno di un anno in RSA i grandi vecchi, in grande maggioranza donne, in condizioni di salute molto precarie e spesso provenienti direttamente da un ospedale, piuttosto che dalla loro casa.

I ricoveri di breve durata sono probabilmente determinati dalla scelta di rimandare il più possibile il ricovero, per un insieme di ragioni spesso concomitanti. Giocano: il guadagno di anni in discrete condizioni di salute, l'incidenza dell'aumento delle rette, il cambiamento culturale che spinge sempre le famiglie, con ancora discrete disponibilità economiche e risorse interne, a tenere nella sua casa l'anziano anche se malato o fragile, il ricorso al lavoro di cura privato ad opera di donne straniere, economicamente conveniente quando è pagato parzialmente in nero o in grigio.

In provincia di Bergamo si stima che siano presenti circa diecimila donne straniere che lavorano, con tempi diversi, come assistenti famigliari, e che i costi sostenuti dalle famiglie per questi aiuti ammontano a circa 40 milioni di euro l'anno.

La contemporanea presenza di degenze brevi caratterizzate da gravità e da prevalenti bisogni sanitari e di permanenze di più lungo termine, vede le RSA ancora una volta costrette a far fronte a necessità molto differenziate, a volte anche contrastanti, tali da mettere in crisi l'organizzazione, alzare i costi e determinare un sovraccarico di fatiche per gli operatori.

■ NON AUTOSUFFICIENZA - BISOGNO DI AIUTO E DI CURA

Tab. 5 - Carico assistenziale

	1999 totale		SOSIA	2010 totale		differenze 1999-2010
assistenza totale e allettati (NAT)	1.660	48,10%	1-2-3	1.803	63,06%	8,61%
assistenza parziale (NAP)	1.229	35,61%	4-5-6	355	12,42%	-71,11%
autosufficienza e relativa autosufficienza	487	14,11%	7-8	701	24,52%	43,94%
non risposto	75	2,17%	0	-		
totale	3.451	100,00%		2.859	100,00%	

Nel 1999, la classificazione degli ospiti delle RSA, in base alla valutazione standardizzata dei bisogni assistenziali, prevedeva solo tre categorie: non autosufficienti totali (NAT), non autosufficienti parziali (NAP) e autosufficienti (Aut). In seguito, la Regione ha introdotto un sistema di valutazione molto più articolato e complesso, il SOSIA.

Le classi previste dal SOSIA sono 8, in ordine di gravità decrescente. Nella classe 1 sono compresi i casi più gravi, con bisogni di cura e assistenza molto elevati, e via via fino alla classe 8, dove troviamo persone con difficoltà e necessità molto inferiori. Per rendere sufficientemente comparabili le due categorie, abbiamo aggregato le classi SOSIA.

È utile ricordare che a partire dal 2000 la Regione non rimborsa la quota di spese sanitarie per autosufficienti.

Questa tabella conferma quanto già descritto in quelle precedenti circa la gravità delle persone accolte nelle RSA. Dal confronto tra il 1999 e il 2010 si nota un aumento del 16,9% di non autosufficienti e una diminuzione del 14,71% di ricoverati con bisogni assistenziali meno ragguardevoli. Il dato sconta il limite del campione esaminato ma, pur con differenze rispetto a quello dell'Asl del 2004, ci pare indicativo.

È evidente che le RSA in questi anni hanno dovuto fronteggiare la crescita della non auto-

sufficienza, alzando il livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni sanitarie e assistenziali necessarie alla cura, ma questo sforzo non è stato accompagnato da corrispondenti adeguamenti dei contributi regionali. L'inevitabile aumento dei costi come conseguenza ha spinto in alto l'importo delle rette e accentuato l'accelerazione di processi riorganizzativi interni, come ad esempio il ricorso all'appalto, per una parte o per tutte le attività, fino alla gestione "chiavi in mano".

■ RETTE E CONTRIBUTI PUBBLICI

Scheda di comparazione A

contributi regionali	1999	2011	diff.
NAT	€ 36.15 (70.000 lire)	€ 49.00 (cat. A ex sosia 1 e 2) € 39.00 (cat. B ex sosia 3,4,5 e 6)	+ 35,5% + 7,9%
NAP	€ 19.11 (37.000 lire)	€ 29.00 (cat. C ex sosia 7 e 8)	+ 51,7%
Alzheimer	€ 49.06 (95.000 lire)	€ 52.00	+ 5,9%

Scheda di comparazione B

medie	1999*	2011**	diff.
retta minima	€ 27,210 (52.691 lire)	€ 49,200	+ 80,81%
retta massima	€ 35,494 (68.725 lire)	€ 58,143	+ 63,81%

* fonte regione Lombardia rette al 13 ottobre;

** dati sito ASL, spesso in difetto

Come si può agevolmente rilevare, nel corso di un decennio le rette sono aumentate significativamente. Confrontando i valori medi, e cioè la somma delle rette del 1999 diviso per il numero delle RSA di quel periodo con lo stesso dato del 2011, si registra un incremento di quasi il 64% per le rette massime e di quasi l'81% per le rette minime.

Questi valori sono peraltro in difetto, perché molte RSA, pur avendo recentemente aumentato le rette, non hanno ancora aggiornato i corrispettivi sul sito dell'ASL.

Di contro, l'aumento dei contributi regionali, tenuto conto delle diversità di classificazione degli ospiti e paragonando, convenzionalmente, le categorie A e B odierne ai NAT del 1999 e la C ai NAP, è notevolmente inferiore.

In particolare, se consideriamo che la stragrande maggioranza degli ospiti è in condizioni di non autosufficienza, gli aumenti dei contributi insistono in una forbice che va dall'8% circa al 35,5% (si tenga presente che nel periodo 2000-2011 l'inflazione è stata del 26,7%).

Con buona pace di chi sostiene che oggi i contributi si avvicinano al 50% dei costi complessivi di ospite/struttura e, soprattutto, dei bilanci delle RSA, molto più in difficoltà che in passato. Anche perché oggi le RSA devono affrontare nuove tipologie di interventi, essendo le condizioni degli utenti molto più gravi.

■ DOMANDE IN LISTA D'ATTESA, QUANTE SONO E PERCHÉ SONO COSÌ TANTE?

Tab. 6

anno 1999	anno 2010
3.748**	2.100*
	3.364**
	4.606***

* Fonte ASL; ** fonte indagini SPI; *** fonte dichiarazioni RSA

La prima cosa che si nota in questa tabella è la notevole differenza tra i valori riferiti dall'ASL nel suo "Documento di programmazione per l'anno 2011", quelli dichiarati dalle RSA, e quelli registrati nel corso delle nostre indagini. Un così elevato numero di domande in lista d'attesa non è un problema nuovo; si trascina da decenni e da decenni nei vari documenti di programmazione vengono prospettate soluzioni, alla fine mai realizzate.

È noto che in genere la stessa domanda di ricovero viene presentata in più strutture, mediamente tre o quattro, e che solo poche di esse prevedono procedure di verifica del mantenimento dei requisiti di validità e quindi operano eventuali cancellazioni. Il CUP è attivo solo in pochissimi distretti, ma anche in queste zone persistono domande di ricovero non soddisfatte. Il vero problema non è tanto trovare la formula per depurare la lista d'attesa e ridurre così il numero delle domande, quanto piuttosto quello di darsi degli strumenti efficaci per capire le ragioni della richiesta di ricovero, spesso sintomo di situazioni drammatiche e altrettanto drammatiche lacerazioni famigliari, ed essere in grado di prospettare, quando opportuno, alternative condivise realmente percorribili. Il problema è che spesso non esistono alternative adatte. L'offerta dei servizi pubblici è ancora poco differenziata, sostanzialmente rigida, distribuita in modo disomogeneo e di fatto insufficiente.

In ogni caso, anche se depurata dai doppioni, l'entità della domanda di ricovero ci dice che sta crescendo un bisogno che non è più affrontabile con il lavoro di cura privato pagato dalle famiglie o con la sola espansione dell'offerta di posti letto.

■ IL BISOGNO DI AIUTO CRESCE CON L'ETÀ - QUANTI SONO GLI ANZIANI?

Tab. 7 - Provincia di Bergamo, distribuzione popolazione anziana per classi d'età quinquennali e sesso al 1° gennaio 2010***

età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	≥100	totale	
femmine	28.532	26.761	22.581	17.767	11.292	3.473	1.281	142	111.829	58,2%
maschi	26.242	22.732	16.139	9.634	4.391	850	250	20	80.258	41,8%
totale	54.774	49.493	38.720	27.401	15.683	4.323	1.531	162	192.087	100,0%

* fonte Istat;

[** popolazione con più di 75 anni: 87.820 (di cui maschi 31.284 e femmine 56.536)]

La Regione ha stabilito che il fabbisogno di posti letto nelle RSA debba essere calcolato sul 7% del totale di anziani con età superiore ai 75 anni. Per poter calcolare il numero di posti letto in modo che corrisponda alle reali necessità della popolazione anziana, è indispensabile disporre di dati aggiornati, viste le rapide dinamiche di crescita che interessano il fenomeno di invecchiamento anche nella nostra provincia.

■ LA POPOLAZIONE ANZIANA AUMENTA: CONFRONTO E DIFFERENZE TRA IL 1999 E IL 2010

Tab. 8 - Provincia di Bergamo, distribuzione popolazione anziana per classi d'età quinquennali; confronto tra il 1999 e il 2010 e percentuale di incremento***

età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	≥100	totale	
anno 2010	54.774	49.493	38.720	27.401	15.683	4.323	1.531	162	192.087	
anno 1999	48.077	41.904	31.772	16.769	11.293	4.282	827	137	155.024	
incremento	6.697	7.589	6.948	10.632	4.390	41	704	25	37.063	
	13,9%	18,1%	21,8%	63,4%	38,8%	0,9%	85,1%	18,2%	23,9%	

* fonte Istat;

[** totale incremento soggetti con età ≥ 75 anni = 22.740 (38,03%)]

■ UNA PROVINCIA FATTA DI MOLTE DIFFERENZE E MOLTI CAMPANILI

Tab. 9 A - Provincia di Bergamo, distribuzione popolazione anziana con età ≥ 75 anni per distretto al 1° gennaio 2010 e offerta posti letto in RSA*

distretto	n° ≥ 75 anni	indice di vecchiaia	% ≥ 75 anni	RSA n° posti autorizzati	RSA n° posti accreditati	indice su posti accreditati
Bergamo	17.195	161,6	11,4	1.075	1.053	6,12
Dalmine	9.303	91,0	6,5	378	362	3,8
Seriate	4.557	84,8	6,1	272	244	5,3
Grumello	3.043	84,7	6,3	131	123	4,0
Valle Cavallina	3.756	89,5	7,1	217	205	5,4
Monte Bronzone	2.356	100,3	7,5	155	92	3,9
Alto Sebino	3.079	138,9	9,8	291	280	9,0
Media Val Seriana	9.191	122,3	9,2	955	860	9,3
Alta Val Seriana e Scalve	4.140	123,2	9,3	239	232	5,6
Valle Brembana	4.474	138,5	10,2	-	313	6,9
Valle Imagna	4.177	98,8	8,0	147	117	2,8
Isola Bergamasca	9.043	101,1	6,9	705	695	7,6
Treviglio	8.479	118,3	7,7	318	295	3,4
Romano	5.425	97,8	6,6	412	402	7,4
totali	88.218	116,8	-	5.643	5.273	media 5,7

* fonti Istat - ASL

Tab. 9 B - Provincia di Bergamo, indice di vecchiaia serie storica 1971-2010 e previsione al 2021*

1971	1981	1991	2001	2010	2021
33,7	47,6	79,8	107,93	116,8	141,1

* fonte Istat

L'ASL ha suddiviso il territorio provinciale in 14 distretti sociosanitari, che per la loro dislocazione, storia, sviluppo socioeconomico, dinamica demografica, processi di invecchiamento e caratteristiche culturali presentano, nella quasi generalità dei casi, specifiche identità.

L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione con più di 65 anni e quella con meno 14 anni di età (giovannissimi). Permette di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione, e cioè quanti anziani per ogni 100 giovani; più alto è l'indice più alto è il grado di invecchiamento. Significa che, mentre il numero dei giovanissimi si riduce per via della diminuzione delle nascite, quello degli anziani in confronto aumenta, poiché contemporaneamente aumenta la durata della vita. In base a questo calcolo, risulta che l'indice di vecchiaia delle donne è superiore a quello degli uomini. La provincia di Bergamo, con un indice di vecchiaia di 116,8 risulta la più giovane della Lombardia, mentre il comune più "vecchio" della provincia è Bergamo ha un indice di 182,2.

I dati della tabella 9 A descrivono una situazione di disomogeneità accentuata, sia rispetto alla disponibilità di posti letto nei diversi territori, sia rispetto all'incidenza della popolazione con età ≥ 75 anni sulla popolazione residente. Si vedano ad esempio, agli estremi, la Valle

Imagna, dove l'indice di disponibilità di posti letto ammonta al 2,8% e corrisponde a meno della metà di quello indicato dalla Regione, oppure, sul versante opposto, l'ambito della Valle Seriana, dove lo stesso indice risulta del 9,3%, il più alto di tutta la provincia.

Se guardiamo agli indici degli ambiti di Treviglio, Dalmine o a quello di Bergamo, vediamo come di fronte ad una consistente presenza di popolazione anziana corrisponda paradossalmente una sensibile carenza di posti letto in RSA. Carenza già messa in risalto dalla nostra indagine del 1999. È chiaro che in più di 10 anni non sono stati attuati interventi significativi e condivisi con gli Enti e le Istituzioni interessate tali da governare un'offerta di posti letto differenziata ed equamente distribuita. L'orientamento a gestire il quotidiano, piuttosto che a lavorare per obiettivi, da parte di chi per legge dovrebbe esercitare compiti di programmazione dei servizi socio sanitari, e di chi questa programmazione dovrebbe ispirare e controllare, ha penalizzato gravemente una popolazione anziana fragile, per l'età avanzata, per la scarsità di legami famigliari su cui contare, per abitare in zone isolate e carenti di mezzi e opportunità e per disporre di limitate risorse economiche.

C'è quindi da chiedersi se questa offerta di residenzialità sia stata pensata e costruita tenendo conto della realtà, di valutazioni epidemiologiche e delle condizioni socioeconomiche e culturali della popolazione, o se invece, nonostante i consistenti investimenti di denaro pubblico fatti in passato, essa sia perlopiù il risultato dell'appagamento di altri interessi evidentemente estranei al bene comune.

Questi dati ci dicono anche con chiarezza che, a fronte dell'incremento costante e rapido del numero di grandi anziani previsto per ancora molti anni (vedi tabelle 12 e 13), non si possa pensare di rispondere al bisogno di assistenza solo nelle fasi più avanzate della non autosufficienza, espandendo solo l'offerta di residenzialità, ma sia necessario intervenire prima, investendo nella prevenzione, per contenere e rallentare le perdite e i processi involutivi, e garantire al grande anziano condizioni di vita buone. I 157 centri diurni, già presenti in 137 comuni della nostra provincia, una volta riqualificati, potrebbero diventare un vero e proprio presidio per la prevenzione.

Anche nell'indagine del 1999 si rimarcavano carenze qualitative e quantitative dei servizi più leggeri e meno invasivi dedicati agli anziani. In particolare, come del resto anche oggi, era nella povertà della gamma dell'offerta che si individuavano le criticità più importanti. Così come succede in altri paesi europei, l'offerta dovrebbe articolarsi di più sulle esigenze sia delle persone che delle famiglie, dovrebbe diventare più flessibile, accessibile e differenziata anche a seconda delle caratteristiche culturali e socioeconomiche delle popolazioni dei diversi territori. La copertura dei costi, compresi quelli relativi alla qualificazione e al sostegno, non solo economico, del lavoro di cura privato e famigliare, garantita da un fondo appositamente dedicato.

È bene ricordare che il fondo per la non autosufficienza è stato finanziato nel 2008 con 300 milioni di euro e nel 2010 completamente azzerato.

Attualmente, la domanda di residenzialità che arriva alle RSA non è quasi mai oggetto di attenta valutazione in tutte sue dimensioni. In genere si fa giustamente molta attenzione ai bisogni sanitari, ma non ci si interroga quasi mai sulle possibili alternative alla RSA e forse non si riflette abbastanza sulla eticità di una scelta cruciale come il ricovero. Se cioè questa decisione rappresenti davvero il bene per quel vecchio o se invece il trauma che la accompagna lo possa ferire irrimediabilmente. Prima di decidere, non ci si preoccupa abbastanza di ascoltare e accogliere i suoi desideri, anche quando è in grado di esprimerli, e di cercare di rispettare il suo diritto di poter scegliere per la sua vita oramai alla fine. Proprio perché fragile, incapace di difendersi, dipendente dall'aiuto degli altri, viene destinato a passare gli ultimi anni, o mesi o anche solo giorni dentro a un sistema che per come funziona lo priverà del poco che gli è ancora rimasto, della "normalità" del suo declino.

■ GLI ANNI DI VITA CONTINUERANNO AD AUMENTARE ANCHE IN FUTURO?

**Tab 10 - Speranza di vita in Lombardia alla nascita e a 65 anni, distribuzione per sesso
Confronto anni 1999-2010 e previsione al 2021***

	anno 1999		anno 2010		anno 2021	
	alla nascita	a 65 anni	alla nascita	a 65 anni	alla nascita	a 65 anni
maschi	78,5	17,7	79,4	18,4	80,9	19,3
femmine	84,3	21,8	84,6	22,1	86,2	23,2

* fonte Istat

La tabella 10 ci mostra quanti anni di vita erano teoricamente disponibili per una bambina o per un bambino nati in Lombardia rispettivamente nel 1999 o nel 2010, quanti anni resteranno loro da vivere una volta raggiunta l'età di 65 anni e quale saranno le prospettive di vita fra 10 anni, nel 2021. Le differenze tra i valori nei venti anni considerati appaiono poco significative, sia per il breve periodo che per l'entità dei livelli di sopravvivenza già raggiunti e consolidati già piuttosto elevati. L'evidenza conferma che anche nei prossimi anni aumenterà il numero dei grandi anziani e si manterranno scarti significativi tra la sopravvivenza dei maschi e quella delle femmine, sia alla nascita che a 65 anni, a tutto vantaggio di queste ultime.

La superiore speranza di vita delle donne è però segnata, soprattutto negli ultimi anni, da disabilità medio gravi, dovute al progressivo aggravamento delle malattie croniche presenti, malattie per le quali le cure sanitarie sono in grado di ridurre la mortalità, ma non sempre di avviare processi di guarigione. Si sa che anche le risposte ai farmaci e in generale alle cure sono diverse nei maschi e nelle femmine. Gli studi degli ultimi anni hanno dimostrato che gli esiti delle terapie non dipendono solo da dosaggi calcolati sul peso corporeo, ma anche dalla specificità e dalla diversità delle caratteristiche biologiche di genere.

L'ammontare della speranza di vita, calcolato sulla base di dati sulla mortalità di una generazione, viene considerato dall'OMS (Organizzazione mondiale della sanità), insieme al livello di scolarizzazione e al tasso di mortalità infantile, un indicatore significativo dello sviluppo sociale di un popolo. Nel nostro paese, all'inizio del 1900, la speranza di vita alla nascita si aggirava in media intorno ai 42 anni, mentre un adulto che arrivava a 60 poteva sperare di avere davanti a sé ancora 14 anni di vita. Ad oggi, nei paesi dell'Africa sub sahariana la speranza di vita alla nascita non supera mediamente i 50 anni, ma si registrano valori anche molto inferiori in alcuni Stati. In Italia si vive più a lungo, e le donne in particolare. Il problema è fare in modo che gli anni di vita guadagnati rispetto al secolo scorso siano anni, seppure segnati dalle conseguenze dell'invecchiamento, per quanto possibile di buona vita.

■ I POSTI LETTO ATTUALMENTE ESISTENTI NELLE RSA SONO SUFFICIENTI PER TUTTI GLI ANZIANI CHE POTREBBERO AVERNE BISOGNO?

Tab. 11 - Provincia di Bergamo, fabbisogno posti letto in RSA al 1° gennaio 2010 calcolati in base all'indice regionale 7 posti letto ogni 100 anziani con età superiore ai 75 anni

anziani ≥ 75 anni	fabbisogno posti in RSA su indice regionale	posti accreditati esistenti	Fabbisogno – posti accreditati
87.820	6.147	5.273	– 874 = 14,2%

Ad oggi, tenuto conto dell'indice regionale, nella nostra provincia mancherebbero 874 posti; sarebbero necessarie una decina di nuove strutture di medie dimensioni. L'attuale entità della domanda di ricovero è probabilmente enfatizzata, come abbiamo già visto, dallo scollamento, ampliandosi negli anni, tra i cambiamenti dell'entità e della qualità dei bisogni di assistenza e la capacità dei servizi di fornire risposte adeguate.

I dati e gli studi attualmente disponibili confermano, anche per i prossimi dieci, venti anni, un costante e rapido incremento del numero di grandi anziani, quasi tutti donne (+ 50%, tabelle 12 e 13), in discrete condizioni di salute fino alla soglia degli 80 anni, e che negli anni successivi avranno bisogno più di assistenza che di cure sanitarie, per la presenza di più malattie croniche invalidanti.

Il quadro, già oggi piuttosto critico, verrebbe ulteriormente complicato dalla contemporanea ulteriore riduzione delle possibilità di assistenza da parte dei famigliari, sempre meno numerosi e sempre più anziani, dal venir meno di possibilità economiche da destinare all'acquisto di lavoro di cura privato, dalla costante contrazione quantitativa e qualitativa dell'offerta di servizi socio sanitari pubblici. A partire dal 2000, inizio della seconda legislatura dell'attuale governo regionale, la giunta Formigoni ha avviato un insieme di riforme delle politiche sociali, pensate e difese in modo assai incisivo dall'allora Assessore alla famiglia Giancarlo Abelli, in forte continuità di contenuti con quelle, già attuate, della sanità. Le criticità nel frattempo emerse nel campo sanitario – come ad esempio l'aumento del consumo di prestazioni, del volume delle attività ospedaliere di riparazione a scapito di quelle preventive e territoriali, della spesa e di irregolarità di varia natura – sembra non siano state tenute in conto. A differenza però di quanto previsto per la sanità, dove prevalgono i soggetti erogatori con scopo di lucro, per la gestione dei servizi socio assistenziali la Regione punta sul no-profit.

Il cittadino diventa consumatore; viene introdotta la libertà di scelta tra fornitori pubblici e privati e tra l'utilizzo di servizi o, in alternativa, di aiuti economici. Ma soprattutto si avvia la costruzione di un modello di "quasi mercato", nel quale il ruolo principale del pubblico, delle ASL e tendenzialmente anche dei Comuni, non sarà più quello di fornire servizi, compito questo lasciato al privato, ma di governare la domanda. In questa logica e nonostante tutte le evidenze che mettono in luce la crisi del sistema famigliare come produttore di prestazioni assistenziali, si vede la famiglia in quanto tale e non in quanto povera o in difficoltà, come entità sociale definita dagli articoli 29 e 30 della Costituzione, fondata sul matrimonio. La famiglia, secondo il disegno delle politiche sociali lombarde, è considerata in grado di "auto-organizzare le risposte in funzione delle diverse sue necessità, se lasciata libera di esprimersi è un soggetto capace di creare nuovi servizi e innovare la società". Secondo questo approccio, definito promozionale, "ogni nucleo famigliare, anche se problematico o in difficoltà, possiede sempre le risorse" per fronteggiare le proprie criticità, l'ente pubblico deve aiutare la famiglia a sostenere i propri membri, senza intervenire nel suo ambito di vita e di azione.

Per i cittadini più fragili, per i nuclei famigliari più debilitati e impoveriti, sarà sempre più difficile se non impossibile contare su una rete di servizi pubblici garantiti, accessibili, appropriati e poter quindi esercitare il diritto alla libera scelta.

■ AD OGGI, QUANTI SONO GLI ANZIANI?

E LE DONNE SONO SEMPRE PIÙ NUMEROSE DEGLI UOMINI?

Tab. 12 - Provincia di Bergamo, distribuzione popolazione anziana per classi di età quinquennali e sesso - 1° gennaio 2010*

	75-79	%	80-84	%	85-89	%	90-94	%	95-≥100	%	totale
maschi	16.139	41,7	9.634	32,2	4.391	28,0	850	19,7	270	15,3	31.284
femmine	22.581	58,3	17.767	67,8	11.292	72,0	3.473	80,3	1.423	84,7	56.536
totale	38.720	100	27.401	100	15.683	100	4.323	100	1.693	100	87.820

* fonte Istat

Nelle fasce d'età fino ai 65 anni, il numero delle femmine e dei maschi è pressoché uguale. La differenza inizia a farsi notare dopo i 65 anni. A partire dalle classi 65-74 si comincia ad evidenziare una certa differenza, che si fa via via sempre più accentuata. Ciò è dovuto al

fatto che le donne vivono più a lungo rispetto agli uomini e quindi il loro numero aumenta con l'avanzare dell'età. Si passa infatti da una differenza di presenze femminili rispetto a quelle maschili del 16,6% nella fascia d'età tra i 75 e i 79 anni, all'89,4% in quella tra i 90 e i 100 anni.

■ NEI PROSSIMI 10 ANNI, QUANTI SARANNO GLI ANZIANI? E CHI ASSISTERÀ I PIÙ FRAGILI?

Tab. 13 - Distribuzione popolazione anziana per classi d'età quinquennali e sesso previsione al 1° gennaio 2021*

età	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	≥100	totale
maschi	19.115	15.339	8.046	3.168	787	62	46.517
femmine	23.598	21.840	14.403	7.911	2.508	316	70.576
totale	42.713	37.179	22.449	11.079	3.295	378	117.093

* fonte Istat

■ SE IL NUMERO DEI GRANDI VECCHI AUMENTA, SERVIRANNO PIÙ POSTI NELLE RSA O ANCHE ALTRI SERVIZI?

Tab. 14 - Fabbisogno posti letto in RSA 2010 e previsione al 1° gennaio 2021*

situazione al 2010					previsione al 2021	
anziani ≥75 anni	fabbisogno posti	posti accreditati esistenti	posti accreditati mancanti	anziani ≥75 anni	fabbisogno posti letto accreditati	posti accreditati mancanti 2010/2021
87.820	6.147	5.273	874	117.093	8.196	2.923

* fonte Istat

La tabelle 13 e 14 confermano che il processo di invecchiamento in atto proseguirà con un certo ritmo ancora nei prossimi anni, contribuendo a cambiare profondamente il sistema familiare e la nostra società nel suo insieme. Le trasformazioni dell'invecchiamento, mai lineari, modificheranno ancora di più i tratti delle reti di solidarietà familiare. Le reti familiari non sono strutture fisse, immutabili, sono continuamente sottoposte a cambiamenti, a revisioni e a trasformazioni, sono un mix di risorse che interagiscono tra loro combinandosi in quadri segnati da equilibri instabili. Situazioni apparentemente solide, possono, per un evento imprevisto o atteso, indebolirsi anche rapidamente, tanto da non riuscire più a riprendere gli assetti iniziali. Se già ora, dentro le reti, osserviamo delle gravi difficoltà nel gestire le emergenze che la non autosufficienza produce, perché mancano le risorse personali ed economiche necessarie a fronteggiarle, che cosa succederà nel prossimo futuro?

Il compito della cura nel nostro Paese e in particolare nella nostra provincia è in gran parte ancora oggi svolto dalle reti di aiuto familiare. Per decenni questo modello di welfare si è basato sulla disponibilità della famiglia a sostenere, al suo interno e fuori dalle mura domestiche, i propri componenti più fragili (anziani, disoccupati, disabili, giovani madri ecc.) e in particolare sull'impegno delle donne nel lavoro di cura. I cambiamenti in atto, la crisi economica, il protrarsi dell'impegno anche economico dell'assistenza dei familiari anziani stanno impoverendo le famiglie, che per farvi fronte tendono a selezionare sempre di più le aree di bisogno più critiche verso le quali indirizzare gli le azioni di sostegno. In questo momento al centro dell'interesse sono i giovani disoccupati o precari e le giovani famiglie con figli piccoli.

Significa che, in presenza di una diminuzione di risorse, l'aiuto principale non è più riservato, come in passato, agli anziani, ma viene convogliato verso le generazioni più giovani. Le trasformazioni sociali e demografiche in corso e che si svilupperanno in futuro modificheranno

profondamente anche le reti di parentela all'interno delle quali gli individui si trovano inseriti e cambieranno le figure sulle quali possono contare per ricevere aiuto o alle quali sono tenuti a fornire sostegno. Sono per lo più le donne delle età centrali, quasi sempre le figlie, al centro delle relazioni di cura, ruolo spesso obbligato, svolto in solitudine e che con il passare del tempo, per le generazioni di donne che si succederanno, diventerà sempre più gravoso.

Una donna nata nel 1940 potrebbe trovarsi impegnata nella cura di un familiare anziano per almeno 12 anni della sua vita e a quella di più anziani contemporaneamente per almeno 2 o 4 anni. Ma avrebbe intorno a sé ancora un numero apprezzabile di altre donne della famiglia, tra sorelle, zie, cugine e nipoti, con cui eventualmente condividere le sue fatiche e le sue responsabilità. Invece una donna nata nel 1960 avrebbe mediamente davanti a sé circa 18 anni di impegno nel lavoro di cura di familiari anziani, di cui almeno 12 con più anziani componenti e un numero di altre presenze femminili consistentemente più ridotto rispetto alla prima.

■ LE DEMENZE, UN PROBLEMA IN CRESCITA

Tab. 15 - Provincia di Bergamo, incidenza demenze e malattia di Alzheimer anno 2005*

	anno 2004	deceduti	2005 nuovi casi	totale casi	% Alzheimer	totale casi Alzheimer
casi censiti	4.531	1.040	2.108	5.599	26,9	1.506

* fonte ASL

Nel 1999, in occasione della nostra prima indagine, il problema dell'incidenza delle demenze tra gli anziani, e in specifico tra gli ospiti delle case di riposo, non è stato rilevato. Allora non sembrava preoccupare più di altre malattie, ma nel corso di questi ultimi anni il fenomeno si è fatto più evidente per la sua estensione e per il sempre maggiore volume di risorse necessario all'assistenza delle persone che ne sono colpite.

I dati riportati nelle tabelle che seguono sono nostre elaborazioni su dati tratti dal Registro delle demenze dell'ASL di Bergamo, dove l'individuazione dei casi di demenza e di malattia di Alzheimer è stata ricavata da fonti come i ricoveri in RSA, le prescrizioni dei farmaci in uso per le specifiche terapie, l'esenzione dal ticket per patologia e le diagnosi di demenza compiute dai servizi sanitari e socio sanitari. L'incidenza misura il numero di nuovi casi che si verificano in un dato periodo; per esempio quanti nuovi casi di demenza e di malattia di Alzheimer si sono verificati nella provincia di Bergamo nel 2005. La malattia di Alzheimer è la forma di demenza più frequente e, a seconda degli studi, può rappresentare oltre il 50% di tutte le demenze. Secondo i calcoli del Registro delle demenze, mediamente nell'ASL di Bergamo si verificano 5,7% di nuovi casi ogni anno. Come abbiamo già visto, il territorio provinciale si differenzia molto sia per le condizioni socio economiche sia per quelle sanitarie; anche per quanto riguarda le demenze si riscontrano dati molto diversi da distretto a distretto. Nel distretto di Lovere ogni anno si ammala il 7,8% di persone in più rispetto all'anno precedente, mentre in quello di Grumello l'aumento è pari al 3,3%.

Tab. 16 Provincia di Bergamo, tasso di prevalenza delle demenze per 1.000 abitanti, distribuzione per sesso*

2004		2005		incremento %
maschi	femmine	maschi	femmine	
8,5	15,7	10,7	18,7	21,1

* ASL

I dati della tabella 16 potrebbero far pensare che le donne si ammalano di demenza più degli uomini. Anche in questo caso i risultati degli studi condotti in Italia e in Europa non sono univoci e danno della dimensione di genere valutazioni diverse. Sappiamo che la demenza è una malattia frequente nelle età più avanzate; le donne vivono più a lungo e questo spiega, almeno in parte, la loro maggiore presenza tra gli ammalati. I problemi più gravi, connessi ai casi di demenza e in particolare a quelli di Alzheimer, sono la tempestività della diagnosi, la durata della malattia, il progressivo aumento dei bisogni assistenziali e il sempre più pesante coinvolgimento dei famigliari nel lavoro di cura; si parla infatti di malattia famigliare. L'assistenza è per lo più in carico alle famiglie anche nelle situazioni più gravi.

■ CHI SI OCCUPA DEI MALATI DI DEMENZA?

Tab. 17 - UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) presenti in Lombardia anno 2010*

Bg	Bs	Co	Cr	Lc	Lo	Mb	Mi	Mn	Pv	So	Va
8	14	3	6	2	3	6	22	3	5	5	4

* Federazione Alzheimer Italia

È la famiglia, come abbiamo già visto, a sostenere il carico maggiore dell'impegno di cura con o senza l'aiuto di personale esterno, spesso straniero. Il Registro delle demenze documenta che solo il 18,6% dei 5.599 malati censiti nel 2005 poteva contare su una qualche forma di intervento o servizio strutturato, mentre l'81,4% (4.557 malati) era totalmente dipendente dal sostegno famigliare. Una rilevazione sull'utilizzo di servizi formali da parte di malati di Alzheimer, compiuta nel 1999 dall'Associazione Primo Ascolto Alzheimer di Bergamo, ha fotografato, da questo punto di vista, un contesto provinciale più variegato. Nei SAD comunali erano allora assistiti 410 malati, altri 120 in 14 Centri diurni integrati, 109 in Nuclei Alzheimer e 1.553 in reparti geriatrici delle RSA; non è stato rilevato il dato sugli assistiti dall'ADI.

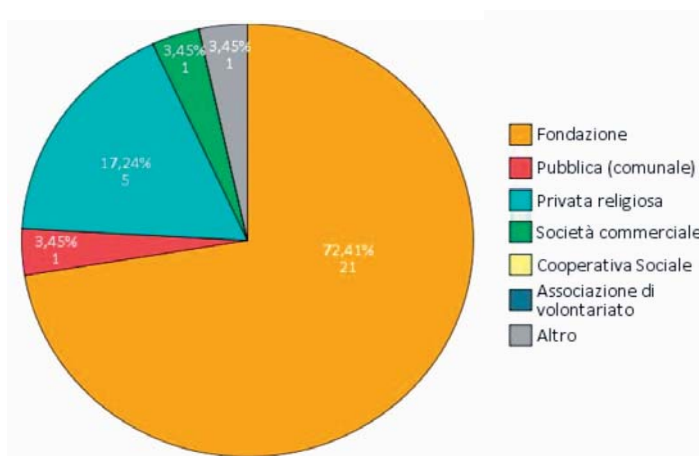
Nel 2010, secondo l'ASL, i malati (di demenza) nella nostra provincia erano circa 6-7.000, pari al 3,5% della popolazione con più di 65 anni. Significa che tra le 3.500 e le 4.500 persone malate non hanno ricevuto, e probabilmente non ricevono, supporti dai servizi e sono state quindi sostenute solo dai famigliari. Ma la famiglia-risorsa, centro delle ripetute insistenti dichiarazioni dell'amministrazione regionale, è di fatto lasciata sola. Anche per far parte di una associazione o partecipare ad un gruppo di mutuo aiuto sono necessarie energie da spendere. La famiglia socialmente o culturalmente più debole o debilitata dal carico psicologico dell'assistenza non ha forze da spendere per aiutarsi.

Infine ancora due dati vanno comunque sottolineati. Il primo è la storica pochezza della rete dei CDI bergamaschi e il ritardo con cui si è costituita; attualmente sono 23 con circa 550 posti complessivi, di cui solo 20 per malati di Alzheimer. Ricordiamo per inciso che la provincia di Brescia, non molto più popolosa della nostra, dispone di oltre 50 CDI attivi da oltre 15 anni e di 14 UVA. Il secondo dato riguarda il numero di malati accolti nei reparti geriatrici delle RSA, per i quali la Regione non corrisponde integrazioni economiche. Non c'è allora da meravigliarsi se in alcuni casi vengono selezionati in ingresso i casi meno gravi.

L'indagine

Risposte al questionario

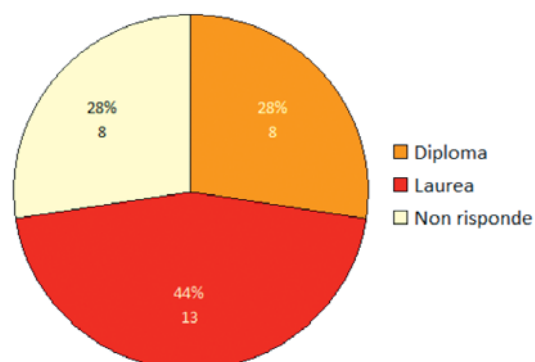
Natura giuridica - tipologia di ente



Sono 5 le tipologie di natura giuridica rilevate nel nostro campione: fondazione privata, privata religiosa, società commerciale, associazione di volontariato (complessivamente 28 casi) e 1 pubblica. Dalla natura giuridica della RSA dipende, nella sostanza, il tipo di contratto di lavoro che viene applicato al personale quando è assunto direttamente. Quando invece le attività sono appaltate a soggetti esterni possono coesistere contratti di lavoro diversi. La diversità dei contratti significa condizioni, normative e trattamenti economici a volte differenti tanto da spiegare, in certi casi e almeno in parte, l'intensità del turn over.

Titolo di studio del Direttore Generale

Titolo di studio del Direttore Generale		
	N° RSA	%
Diploma	8	27,6
Laurea	13	44,8
Non risponde	8	27,6
Totale	29	100



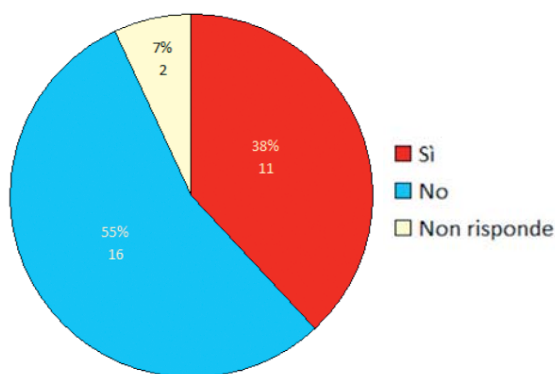
La maggioranza dei direttori o di coloro che si qualificano in modo analogo è laureato e quasi un terzo diplomato.

In entrambi i casi prevalgono titoli di studio ad orientamento giuridico amministrativo, 2 direttori sono in possesso di laurea umanistica e altri 2 hanno completato la loro formazione con master universitari o corsi di specializzazione. L'organizzazione e la gestione di una RSA,

anche di piccole dimensioni, implica competenze tecniche di diversa natura, capacità di ascolto e sensibilità relazionali nei confronti di ospiti, famigliari e personale, abilità non sempre garantite dalla formazione tradizionale. Un percorso formativo post universitario appositamente pensato e strutturato, potrebbe contribuire a meglio definire il ruolo e le competenze del direttore generale anche sotto il profilo relazionale.

Gestione attività

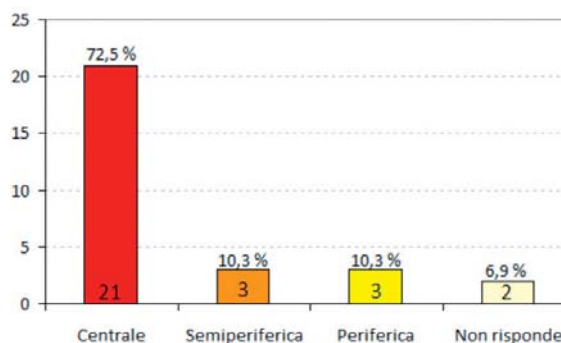
L'ente legalmente responsabile gestisce tutte le attività della RSA?		
	N° RSA	%
No	16	55,2
Sì	11	37,9
Non risponde	2	6,9
Totale	29	100



Le RSA che gestiscono direttamente tutte le attività sono 11, mentre 12 ne gestiscono solo una parte e 4 hanno optato per la formula “chiavi in mano”. Il 38% gestisce in proprio, il 55,2% ha fatto ricorso ad appalti. In 15 casi gli appaltatori sono società commerciali o ditte individuali, in 10 cooperative sociali, e il resto liberi professionisti. I servizi più appaltati sono i pasti in 14 casi, la lavanderia in 13, il servizio infermieristico e l’assistenza alla persona in 10, la manutenzione e le pulizie in 8, la riabilitazione e l’animazione in 6 e l’amministrazione in 5 casi. A volte (in 3 casi) lo stesso servizio è gestito sia dalla RSA che da un appalto. In queste circostanze si verifica che personale con la stessa qualifica e che svolge lo stesso lavoro abbia contratti e remunerazioni diversi, uno meno vantaggioso dell’altro. Rispetto all’indagine del 1999, il ricorso all’appalto è diminuito, di oltre 12 punti: si è passati dal 64,4% di allora al 52,2 di oggi. Infatti risulta che alcune RSA che in passato avevano fatto la scelta di appaltare, viste le criticità e gli esiti qualitativi ottenuti, hanno deciso di riprendere la gestione diretta, a conti fatti spesso più vantaggiosa anche economicamente.

Collocazione - Posizione RSA

Posizione		
	N° RSA	%
Centrale	21	72,5
Semiperiferica	3	10,3
Periferica	3	10,3
Non risponde	2	6,9
Totale	29	100



Quasi tutte le RSA sono situate in zona centrale o prossime al centro; questa collocazione può rendere possibile una più agevole e naturale permeabilità e visibilità sociale. Nei nostri paesi il centro storico è ancora un contesto dove circolano e si scambiano relazioni, essere in “centro” può rendere più agevole per la RSA superare spinte autoreferenziali e costruirsi l’identità sociale come servizio per tutta la comunità.

Posti letto

Nei 3030 posti letto totali delle 29 RSA esaminate, si registra un range di valori che va da un minimo di 25 (nella Fondazione casa di riposo "G. Scarpini" di Covo) ad un massimo di 486 (Fondazione Maria Ausiliatrice di via Gleno in Bergamo).

Posti letto	N°	Media
Autorizzati	3030	105
di cui accreditati	2820	97
Per degenze brevi e ricoveri di sollievo	91	3
di cui accreditati	15	0,5

Posti letto	Totali	Autorizzati	di cui accreditati	Per degenze brevi e sollievo	Media
Struttura 1	101	101	89	0	0
Struttura 2	85	85	77	2	0
Struttura 3	85	85	85	0	0
Struttura 4	38	38	38	0	0
Struttura 5	82	82	81	2	1
Struttura 6	95	95	90	0	0
Struttura 7	113	113	110	3	0
Struttura 8	96	96	92	1	0
Struttura 9	62	62	57	5	0
Struttura 10	110	110	99	1	0
Struttura 11	115	115	105	10	0
Struttura 12	62	62	40	0	0
Struttura 13	38	38	35	3	0
Struttura 14	65	65	45	0	0
Struttura 15	73	73	67	4	0
Struttura 16	82	82	72	10	0
Struttura 17	103	103	98	0	0
Struttura 18	91	91	87	4	0
Struttura 19	74	74	71	3	0
Struttura 20	486	486	486	12	12
Struttura 21	207	207	200	7	0
Struttura 22	25	25	25	0	0
Struttura 23	29	29	29	0	0
Struttura 24	200	200	190	10	0
Struttura 25	61	61	61	1	0
Struttura 26	200	200	148	2	0
Struttura 27	66	66	60	6	0
Struttura 28	32	32	32	0	0
Struttura 29	154	154	151	5	2

Distribuzione camere per numero letti		
Camere con	Somma	Media
un letto	316	11
due letti	967	33
tre letti	206	7
più letti	43	2
per coppie	3	0,1

Distribuzione RSA per camera	
Numero RSA con almeno una camera a	
un letto	27/29
due letti	29/29
tre letti	22/29
più letti	11/29
per coppie	3/29

210 sono i posti solo autorizzati (il 6,9% del totale), di cui 91 dedicati alle degenze brevi presenti in 19 strutture del campione, e di questi solo 15 sono accreditati; gli altri 119 vengono presumibilmente utilizzati per le degenze ordinarie che risultano più onerose economicamente perché escluse dal contributo regionale per la parziale copertura dei costi sanitari. In quasi tutte le strutture, in 27 su 29, è presente almeno una camera con un letto, sistemazione questa che garantisce sempre il migliore livello di protezione della riservatezza per l'ospite e i famigliari quando si verificano situazioni critiche come i tempi del fine vita o negli stati di agitazione. Nello stesso tempo la camera singola consente per gli altri ospiti una maggiore protezione dallo stress e per gli operatori dell'assistenza condizioni di lavoro più agevoli. La presenza di camere a tre o più letti, rispettivamente in 22 e in 11 strutture, segna un elemento di criticità direttamente proporzionale alla durata del ricovero. La disponibilità di uno spazio proprio da poter abitare secondo i propri tempi e desideri dà tranquillità e benessere. Da sottolineare l'opportunità rappresentata da camere per coniugi, ora esistenti in solo 3 strutture. Un facile adattamento a costi irrisori per consentire alle coppie di non separarsi a causa del ricovero, con conseguenze a volte penose.

Alloggi protetti

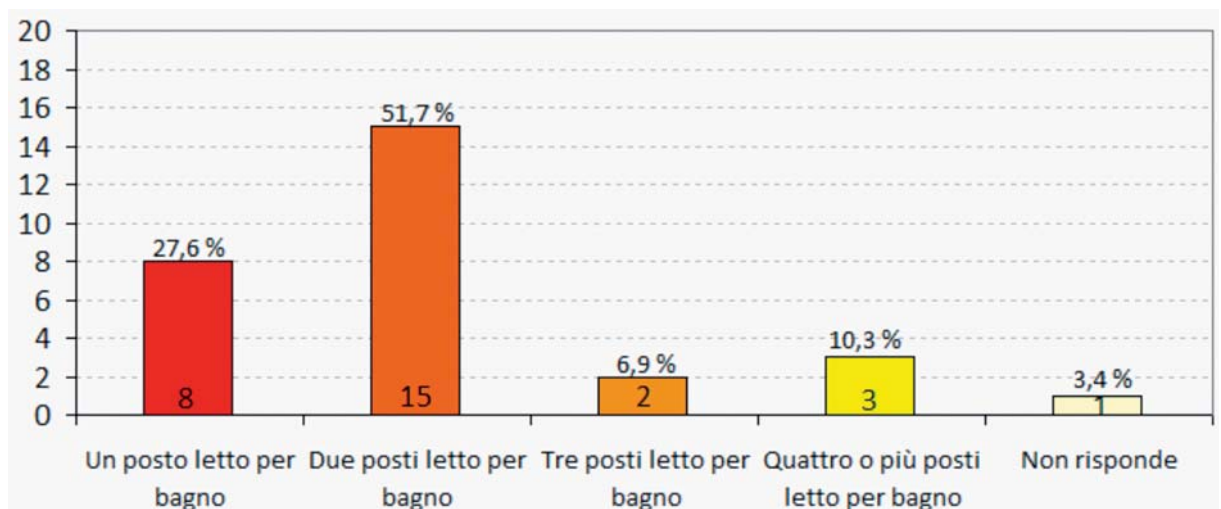
Questo tipo di risorsa può rappresentare un buon esempio di differenziazione dell'offerta di servizi per anziani. È un intervento che permette di razionalizzare i costi di un buon livello di protezione sia sanitaria che assistenziale e nello stesso tempo consentire la conservazione di buoni margini di autonomia e di libertà. Gli alloggi possono essere situati in edifici esclusivamente assegnati a questo scopo, oppure collocati in prossimità o nello stesso stabile della RSA. Sono 3 le RSA che dispongono di questa possibilità per un totale di 25 alloggi. Nella nostra provincia non ci sono esempi di alloggi protetti ottenuti dalla ristrutturazione di appartamenti già abitati da anziani.

Qui da noi scegliere questo tipo di sistemazione significa abbandonare la propria casa. Il numero irrilevante e la scarsissima diffusione territoriale di questa risorsa, come di tutti gli interventi per la domiciliarità, può essere letto come indicatore di una visione della vecchiaia, ancora purtroppo persistente e diffusa, come condizione indifferenziata e stabile, della quale si negano variabilità individuale e sociale e prospettive evolutive. In questa logica si tende ad occuparsi della vecchiaia non come parte del percorso di vita uguale a tutti quelli che l'hanno preceduta, ma solo quando diventa un problema. Ci si dimentica che mantenere l'anziano entro la soglia del benessere attraverso la messa in atto di iniziative a sfondo preventivo fa risparmiare i costi dell'assistenza.

Bagni

Posti letto per numero di bagni	
Media	2,4
Minimo	1
Massimo	16

Numero di posti letto per bagno		
	Frequenza	Percentuale
Un posto letto per bagno	8	27,6
Due posti letto per bagno	15	51,7
Tre posti letto per bagno	2	6,9
Quattro o più posti letto per bagno	3	10,4
Non risponde	1	3,4
<i>Totale</i>	29	100



Il bagno individuale, riservato ad un singolo ospite, può essere considerato un elemento strutturale qualificante l'accoglienza offerta dalla RSA. Il bagno ad uso esclusivo di un solo ospite, presente in 8 strutture, assicura maggiori margini di autonomia e la possibilità di preservare più a lungo le capacità per provvedere alle proprie necessità personali e un più facile adattamento alla vita in struttura.

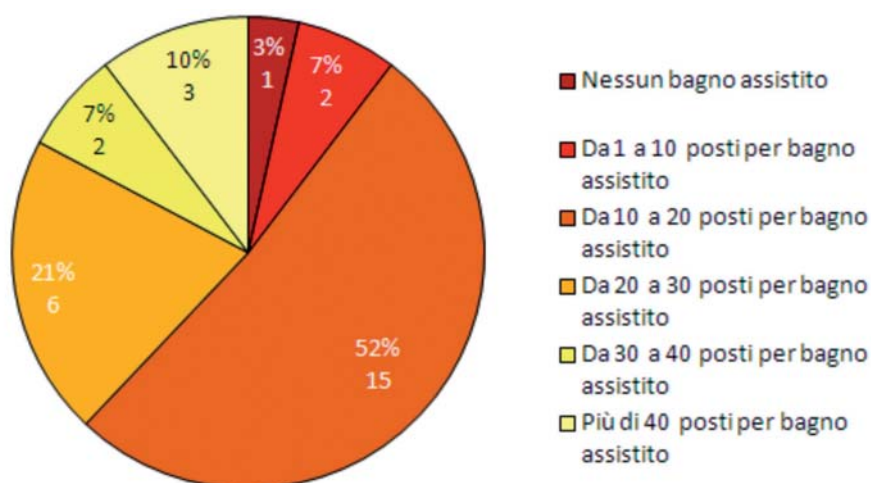
Nel campione prevale la frequenza di un bagno ogni 2 posti letto. Quando invece è disponibile un bagno per tre o più persone, capita in 5 casi del campione pari al 17,3%, si possono immaginare disagi per gli ospiti e per il personale.

Bagni assistiti

Bagni assistiti			
	RSA	Somma	Media
Bagni assistiti	29	253	8,72

I bagni assistiti nelle strutture vanno da un minimo di 0 ad un massimo di 115 (RSA di Capriate San Gervasio); questa quota massima però è singolare, è un valore che si distacca molto dagli altri, infatti la seconda RSA per numerosità di bagni assistiti ne ha solo 19 (115 può essere quindi considerato un valore outlier).

Numero di posti letto per bagno assistito		
	RSA N°	%
Nessun bagno assistito	1	3,4
Da 1 a 10 posti per bagno assistito	2	6,9
Da 10 a 20 posti per bagno assistito	15	51,7
Da 20 a 30 posti per bagno assistito	6	20,7
Da 30 a 40 posti per bagno assistito	2	6,9
Più di 40 posti per bagno assistito	3	10,3
<i>Totale</i>	29	100,0



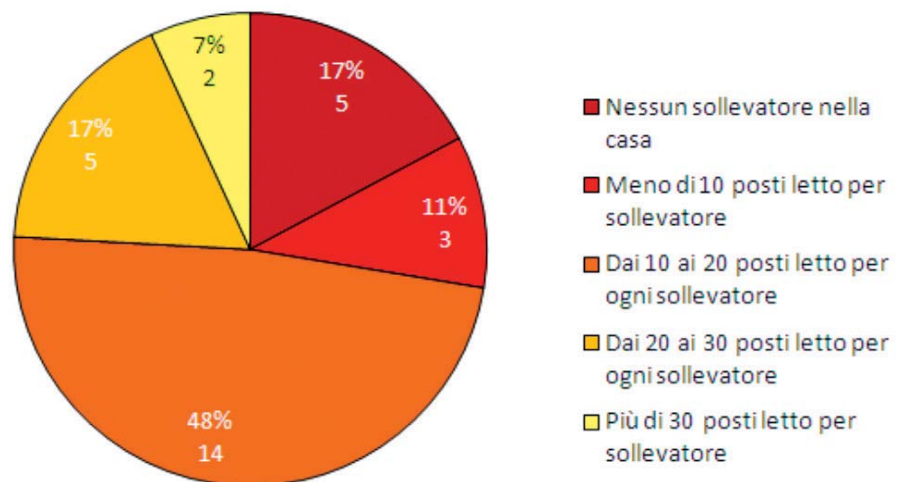
La presenza di bagni assistiti, attrezzati con alza persone e vasca libera sui tre lati, in numero proporzionalmente adeguato a quello degli ospiti, indica da un lato la possibilità di garantire alla persona anche in condizioni critiche, il beneficio dell'igiene totale tutte le volte che è necessario e dall'altro agli operatori l'opportunità di eseguire una procedura di per sé piuttosto delicata e complessa in modo agevole. I bagni assistiti sono presenti in tutte le strutture, con frequenza diversa. In maggioranza, nel 51,7% dei casi, è presente un bagno assistito per ogni 10-20 posti letto. In un caso tutti i bagni, 115, sono corredati come bagni assistiti. In 4 RSA i bagni assistiti sono completati da vasche per l'idromassaggio. Nessuna struttura dispone di piscina.

Sollevatori

Sollevatori			
	RSA	Somma	Media
Sollevatori	29	161	5,55

Distribuzione sollevatori per posti letto			
	RSA	Minimo	Massimo
Numero di posti letto per ogni sollevatore	24	8,50	50,50

Numero di posti letto per ogni sollevatore		
	N° RSA	%
Nessun sollevatore nella casa	5	17,2
Meno di 10 posti letto per sollevatore	3	10,3
Dai 10 ai 20 posti letto per ogni sollevatore	14	48,3
Dai 20 ai 30 posti letto per ogni sollevatore	5	17,2
Più di 30 posti letto per sollevatore	2	6,9
<i>Totale</i>	29	100



Il sollevatore è considerato un ausilio, uno strumento tecnologico che consente di spostare in tutta sicurezza persone non deambulanti e di evitare agli operatori danni muscolari o scheletrici. La disponibilità di sollevatori presenta una certa disomogeneità, che va dall'assenza riscontrabile in 5 strutture, alla frequenza massima di un sollevatore ogni 8,5 letti. Da qualche tempo sta aumentando, tra gli operatori addetti all'assistenza, ASA e OSS, l'incidenza di forme patologiche anche gravi dell'apparato muscolo scheletrico, presumibilmente dovute alla scorretta movimentazione di carichi. Questi incidenti, oltre a costituire un danno per la persona, quando sono relativamente numerosi, diventano per la RSA o per il gestore delle attività assistenziali problemi organizzativi, gestionali e alla fine economici, non facilmente risolvibili. All'interno della RSA non sempre è possibile trovare per queste persone collocazioni alternative sufficientemente soddisfacenti.

Servizi e interventi di cui dispone la RSA

Rispetto all'indagine del 1999 il numero delle RSA che hanno attivato servizi in aggiunta alla tradizionale accoglienza si è incrementato di oltre il 70%. Attualmente sono 20 le strutture, il 68,9% del campione, con almeno un servizio complementare realizzato. Nel dettaglio abbiamo rilevato:

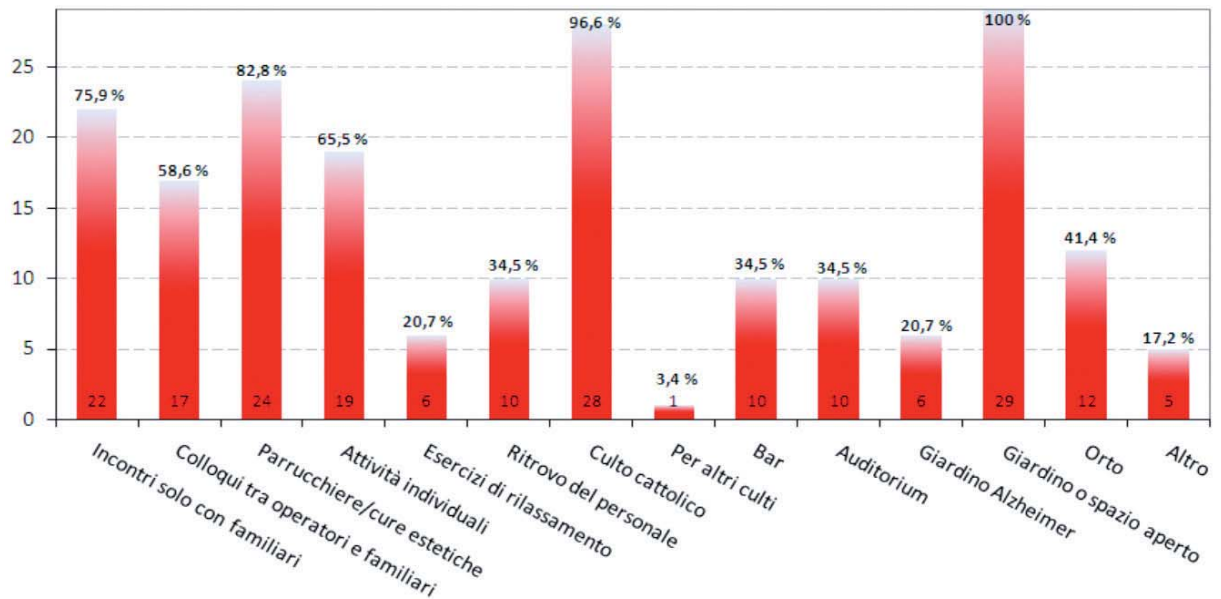
Servizio attivato	n° RSA	n° posti
Hospice	1	8
Reparto psichiatrico	3	120
Reparto di riabilitazione	3	86
Reparto per comatosi	2	26
Nucleo Alzheimer	3	133
CDI	9	216
Alzheimer caffè	3 (una apertura sett.le)	media 15 frequentanti

Sono 11 le RSA del campione con servizi aggiuntivi e tra queste 9 hanno aperto un CDI. 4 sono le RSA che hanno realizzato un CDI come unico servizio. Da notare la significativa disponibilità di 3 strutture ad ospitare un Alzheimer caffè, iniziativa sostenuta da associazioni di volontariato e da singoli volontari e nata per offrire spazi e tempi dedicati al sostegno di malati e famigliari provenienti dall'esterno. Si richiama infine l'attenzione sulla presenza di servizi non ancora accreditati, nucleo Alzheimer, CDI, nonostante rispondano a bisogni pressanti e siano attivi da più anni.

Locali e spazi

La RSA dispone di locali per	N° RSA
Incontri solo con i familiari	22
Colloqui tra operatori e familiari	17
Parrucchiere/cure estetiche	24
Attività individuali	19
Esercizi di rilassamento	6
Ritrovo del personale	10
Culto cattolico	28
Per altri culti	1
Bar	10
Auditorium	10
Giardino Alzheimer	6
Giardino o spazio aperto	29
Orto	12
Altro	5

La disponibilità di spazi e locali attrezzati e predisposti per specifiche attività o funzioni rende concretamente possibili iniziative strutturate e programmate sia per l'interno della RSA che per l'esterno e ne garantisce più facilmente la continuità. Gli spazi ampi e inarticolati, destinati a funzioni plurime, in genere non aiutano la concentrazione e per una persona anziana possono diventare difficilmente riconoscibili, disorientanti e suscitare sentimenti di inquietudine. Da notare



che tutte le RSA del nostro campione dispongono di spazi esterni, giardini, orti, cortili, dove si svolgono attività strutturate o momenti di convivialità a volte aperte anche ad esterni. L'attività all'aria aperta, anche durante i mesi invernali, porta benefici al corpo, facilita le relazioni, produce una serie di stimolazioni determinanti per la sensorialità, l'orientamento spazio temporale, il rilassamento. Una residenza è dotata di un luogo per il culto diverso da quello cattolico. La presenza di anziani immigrati credenti di altre religioni potrebbe diventare nel prossimo futuro un aspetto da tenere in considerazione. Ventidue, 75,9%, sono fornite di un locale destinato esclusivamente agli incontri tra operatori e familiari. Nel 1999 solo il 35,6% delle strutture offriva questa opportunità, negli altri casi i colloqui avvenivano nelle camere di degenza o nei soggiorni. Dedicare uno spazio anche fisico alle relazioni con i familiari va letto come un segno di rispetto e insieme di riconoscimento del valore della loro presenza, è un modo per incoraggiare e mantenere legami significativi per l'anziano. In ultimo va rilevato che in 21 casi le attività di animazione si tengono in locali appositamente riservati. L'animazione, quando tiene conto dei desideri delle persone, della loro cultura e dei loro talenti sa creare momenti di benessere, aiuta a riconoscere e considerare gli aspetti emotivi e a guardare la persona prima che all'anziano da assistere.

Impianti

Impianti	N° RSA
Climatizzazione o raffrescamento in tutti i locali	7
Condizionatore d'aria in tutti i locali	4
Condizionatore d'aria solo in alcuni locali	17
Ventilatori o pale a soffitto in tutti i locali	2
Ventilatori o pale a soffitto solo in alcuni locali	9
Per il ricambio forzato dell'aria	14
Fotovoltaico per riscaldamento	1
Fotovoltaico per produzione acqua calda	1
Per il riciclo dell'acqua non potabile	0
Piscina	0
Altri impianti per il risparmio energetico	4
Altri impianti	7

Il territorio provinciale presenta caratteristiche topografiche diverse, ed è tenendo conto delle diverse collocazioni che è opportuno valutare le modalità con cui, durante i mesi più caldi, viene garantito il controllo della temperatura interna alle RSA. Le RSA del nostro campione sono situate: 12 in pianura, 11 in collina, in montagna 4, sui laghi 2. Quando è presente un impianto centrale, significa che tutti i locali sono rinfrescati. Negli altri casi vengono solitamente rinfrescati alcuni locali, sempre le sale da pranzo di nucleo, i soggiorni, le camere dei degenti critici, i locali dell'animazione e in genere gli spazi comuni frequentati dagli ospiti e in qualche caso anche gli uffici. Le attrezzature utilizzate sono pale a soffitto, condizionatori fissi o mobili, ventilatori.

Collocazione	n° RSA
Pianura	12
Collina	11
Montagna	4
Laghi	2
Totale	29

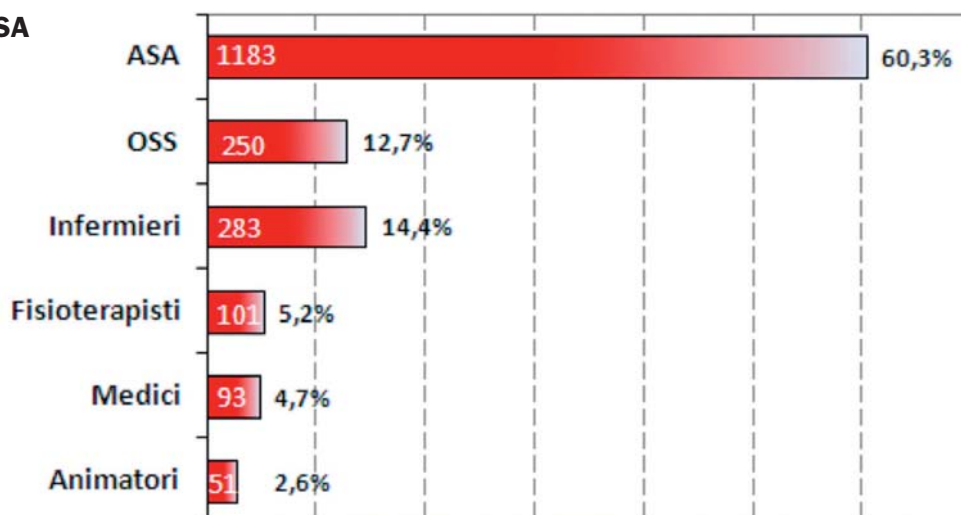
In genere sono gli anziani allettati a soffrire maggiormente delle alte temperature ambientali, ma anche quelli non costretti a letto possono rischiare danni da disidratazione, malesseri fisici e psicologici dovuti al surriscaldamento del corpo. Anche gli operatori, in particolare quelli addetti all'assistenza, che per lavorare usano continuamente il loro corpo, sono avvantaggiati da temperature fresche e con loro gli anziani assistiti. Il ricambio forzato dell'aria assicura migliori condizioni igieniche sia per gli

ospiti che per i lavoratori. È presente in 14 residenze delle 26 che hanno risposto a questa domanda. In 4 strutture sono installati impianti per il risparmio energetico e la produzione di energia elettrica, 1 recupera le acque bianche di scarico.

Risorse umane (Personale in servizio = dipendenti RSA + dipendenti cooperative)

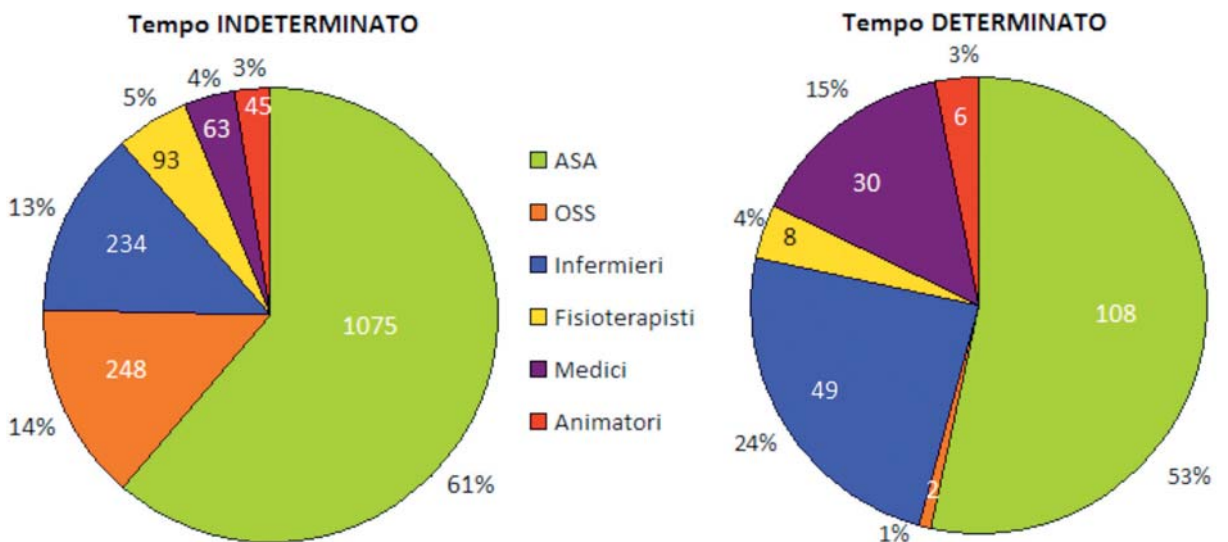
Distribuzione del personale per tipologia d'impiego, tipologia di contratto e provenienza		
Personale a	N°	%
Tempo Indeterminato	1758	89,7
Tempo determinato	203	10,3
Tempo Pieno	1472	75,1
Part-time	489	24,9
Italiani	1791	91,3
Stranieri	170	8,7
Totale	1961	100

Personale delle RSA

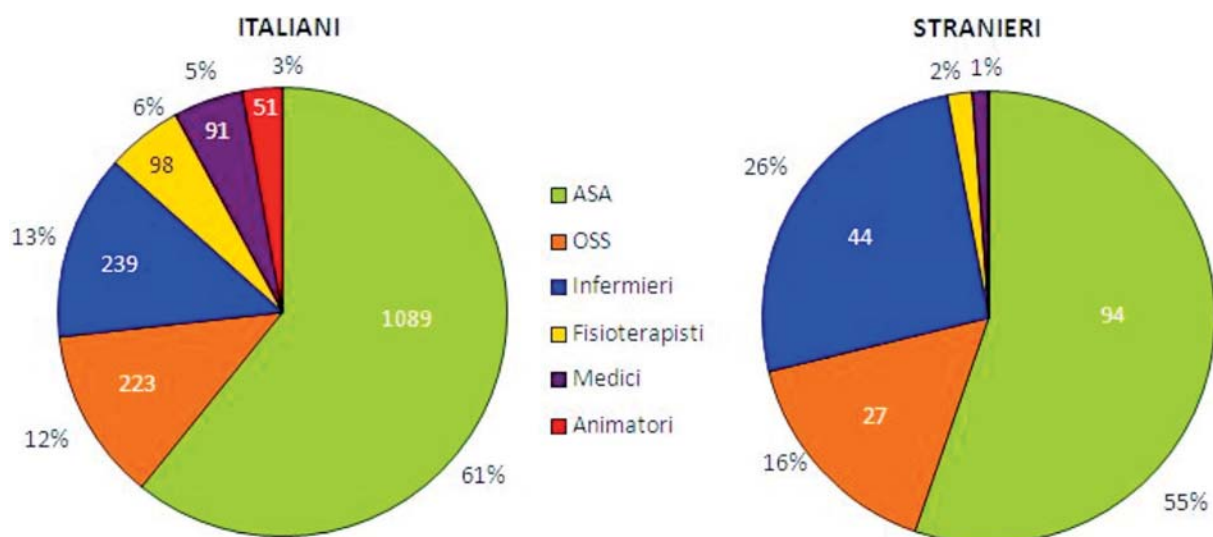


Personale in servizio	Tempo INDETERMINATO				
	n° a tempo pieno	di cui stranieri	n° part-time	di cui stranieri	Totale
ASA	836	53	239	17	1075
OSS	232	26	16	1	248
Infermieri	172	19	62	7	234
Fisioterapisti	48	0	45	2	93
Medici	34	0	29	1	63
Animatori	22	0	23	0	45

Personale in servizio	Tempo DETERMINATO				
	n° a tempo pieno	di cui stranieri	n° part-time	di cui stranieri	Totale
ASA	87	21	21	3	108
OSS	2	0	0	0	2
Infermieri	30	9	19	9	49
Fisioterapisti	1	0	7	1	8
Medici	7	0	23	1	30
Animatori	1	0	5	0	6



Per quanto riguarda la figura del fisioterapista e dell'animatore non ci sono grosse differenze; ritroviamo le stesse percentuali in entrambe le tipologie di contratto. Cambia notevolmente la situazione per la categoria dei **medici** che risulta comprendere il 15% dei lavoratori a tempo determinato e il 4% a tempo indeterminato. Gli **OSS** sono per il 14% lavoratori a tempo indeterminato e per l'1% a tempo determinato. Gli **infermieri** sono a quota 13% nel tempo indeterminato e quasi il doppio a tempo determinato. Gli **ASA** si attestano poco sopra il 60% nel primo caso e a quota 53% nel secondo.



Costruendo un indicatore di rapporto tra stranieri e italiani, si ha un'idea più precisa di come sia la suddivisione del personale per nazionalità all'interno di ogni categoria lavorativa. La tabella sottostante ci dice che all'interno della categoria ASA si ha una persona straniera ogni 11,59 italiani. Quindi si può facilmente leggere che la categoria in cui è più frequente trovare una persona straniera è quella degli infermieri (1 ogni 5,43), mentre la più rara è quella dei medici (1 ogni 45,5).

Qualifica operatori	Rapporto italiani / stranieri
ASA	11,6
OSS	8,3
Infermieri	5,4
Fisioterapisti	32,7
Medici	45,5
Animatori	—
Totale	10,5

Quota di dimissioni all'01/01/2010 suddivise per motivazioni			
Dimessi per	N°	% MEDIA sul totale del personale	% MASSIMA sul totale del personale
Pensionamento	25	1,38%	5,88%
Altri motivi	75	4,33%	22,81%
Totale	100	5,71%	22,81%

Turn-over degli operatori

Con questa domanda si è chiesto di indicare il numero di operatori che si sono avvicendati con sostituzione (turn-over), esclusi i dimessi. Dal momento che 10 su 29 RSA non hanno risposto non si possono quindi fare osservazioni significative.

Si riporta di seguito la tabella in cui sono indicati i totali assoluti provinciali per le 19 strutture che hanno risposto.

Quota operatori avvicendati all'1/01/2010			
Qualifica	N° totale operatori	di cui avvicendati	% avvicendati
ASA/OSS	402	79	19,65%
Infermieri	188	8	7,41%
Fisioterapisti	22	3	13,64%
<i>Totale</i>	532	90	16,92%

Distribuzione delle strutture che fanno corsi di formazione		
Organizzazione del corso	N° RSA	N° medio di corsi
Interno	23/29	4
Esterno	27/29	3

La presenza di lavoratori stranieri risulta generalmente piuttosto contenuta, ma in alcune professioni tra gli assunti a tempo determinato la percentuale di stranieri, rispetto ai lavoratori italiani, appare più elevata. Tra i 1.075 ASA assunti a tempo indeterminato, 70 (il 6,5%) sono stranieri e tra i 234 infermieri con lo stesso tipo di contratto 26 sono stranieri, l'11,1%. I lavoratori ASA con contratto a tempo determinato sono 108, e di questi 24 sono stranieri, gli infermieri sono 49, di cui 18 stranieri, il 36,7%.

Il contratto a tempo determinato dilata e incrementa la frequenza del turn over. Per gli anziani, i ripetuti cambi del personale di assistenza possono determinare condizioni di stress psicologico e favorire atteggiamenti di ripiegamento in se stessi, rifiuto delle relazioni o perfino comportamenti aggressivi.

Da apprezzare è l'impegno di 11 RSA, il 38%, di dotarsi di personale non previsto dagli standard regionali, per far fronte, come risulta anche in altre parti della nostra indagine, ad un numero elevato di ospiti con problemi comportamentali. In queste strutture il personale aggiuntivo è composto da psicologi, neurologi, psichiatri, animatori specializzati, personale ausiliario e di segreteria.

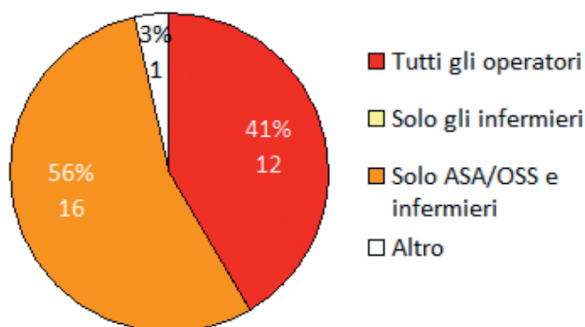
Sono 100 gli operatori che nel corso di un anno si sono dimessi, di questi 25 sono andati in pensione e i restanti 75 lo hanno fatto per altri motivi. Se andiamo a vedere la qualifica di questi ultimi, vediamo che sono quasi tutti ASA. Si può immaginare che le loro dimissioni siano presumibilmente dovute a scadenza del contratto a termine. Sul totale degli operatori i dimessi rappresentano mediamente il 5,7%, di cui l'1,38% lo ha fatto per pensionamento, mentre per il restante 4,3% i motivi sono stati altri (scadenza del contratto?). Guardando come si presenta il fenomeno dimissioni nelle singole residenze, notiamo che in 3 casi i valori sono particolarmente accentuati, tanto da superare il 20%. Alla domanda sul numero di operatori che si sono avvicendati nel corso del 2009 hanno risposto 19 RSA, il 65,5%; i valori riportati riguardano questa realtà. Notiamo che la professione che ha registrato il maggiore avvicendamento sono gli ASA, seguono gli infermieri e i fisioterapisti. Questi dati confermano che le dimissioni per altri motivi di fatto sono dovute alla scadenza dei contratti a tempo determinato. Il dato dimissioni per pensionamento è significativamente inferiore a quello rilevato nel 1999. Allora l'esodo per pensionamento toccava il 3,2%, quasi il doppio del valore attuale. L'effetto può essere dovuto al concorso di più cause, al cambiamento della natura giuridica delle RSA, oggi quasi tutte trasformate da IPAB enti di diritto pubblico a fondazioni private, e alla conseguente progressiva applicazione delle relative norme sui termini del pensionamento, oppure ad un relativo "ringiovanimento" del personale, oppure agli effetti della crisi economica. In ogni caso il dato sull'incidenza del pensionamento dovrebbe essere tenuto in conto nella programmazione di corsi di qualifica ASA necessari a coprire il reale fabbisogno di personale qualificato.

Anche l'aggiornamento del personale rappresenta un carico e una responsabilità su cui mol-

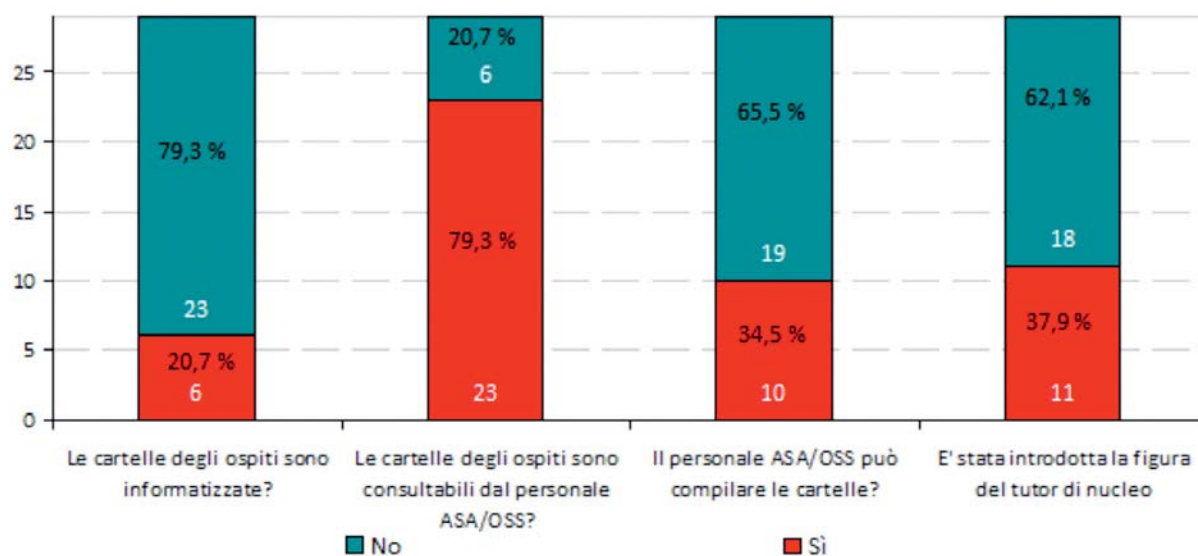
te RSA investono risorse apprezzabili; nel corso del 2009 le strutture che hanno inviato a proprie spese il personale a corsi di formazione esterni sono state 23, mentre 27 hanno organizzato corsi al proprio interno. Gli argomenti affrontati nella formazione interna alla RSA riguardavano per l'80% temi sanitari e per il restante 20% la sicurezza, l'organizzazione dell'assistenza, l'approccio psicologico ai casi difficili. I docenti erano per lo più agenzie o professionisti esterni. Sono 4 le RSA che mettono a disposizione del personale incontri periodici con uno psicologo, allo scopo di affrontare i vissuti degli operatori a contatto con situazioni complesse ed emotivamente impegnative. Tra gli argomenti dei corsi esterni risulta una minore incidenza di temi sanitari e invece una maggiore frequenza di altri argomenti tra cui quelli psicologici. Da notare che gli operatori di 9 residenze hanno partecipato a giornate di studio sul contenimento del burn out, segno che stanno crescendo attenzione e interesse per la fatica psicologica portata dal lavoro di cura. La durata dei corsi risulta molto varia, va da un minimo di 3 ore a un massimo di 36. Complessivamente hanno partecipato ai corsi 661 operatori, 522 ASA, 79 OSS, e poi infermieri, fisioterapisti e animatori in minor numero. La prevalenza di operatori dell'assistenza potrebbe far pensare a carenze nella formazione di base, oppure al bisogno di molti operatori di consolidare e ampliare competenze tecniche e relazionali necessarie per affrontare un lavoro sempre più complesso e rispondere adeguatamente alle richieste poste dal lavoro in équipe.

Organizzazione del lavoro

Operatori che di norma partecipano alle consegne	
Qualifica operatore	N° RSA
Tutti gli operatori	12
Solo gli infermieri	0
Solo ASA/OSS e infermieri	16
Altro	1
Totale	29



Gestione della documentazione



Si notano, come elementi qualificanti, la presenza di medici al momento della consegna e il fatto che le consegne avvengono o per iscritto o a voce e per iscritto. Risulta che il personale di assistenza ASA e OSS partecipi in gran parte dei casi alle consegne, può avere accesso alle cartelle e può contribuire, anche se in un numero ancora limitato di casi, alla loro compi-

lazione. La valorizzazione del personale di assistenza e il miglioramento della qualità del lavoro di cura sono aspetti interdipendenti. Molti studi hanno dimostrato che più alta è la soddisfazione per il proprio lavoro, più alta è l'autostima, più alta la qualità dell'assistenza, minore l'incidenza del burn out e le sue malefiche conseguenze. Gli operatori dell'assistenza usano come strumento di lavoro principalmente se stessi, il proprio corpo, la mente, i sentimenti. Di fronte alle perdite di autonomia e alle sofferenze delle persone che assistono non possono restare emozionalmente neutri e nemmeno farsi travolgere. Imparare a restare emotivamente in contatto con l'altro e nello stesso tempo non farsi invadere dal suo malessere è una conquista che va fatta ogni momento e che un operatore può fare se viene sostenuto dal suo gruppo di lavoro e se può disporre di momenti dedicati alla riflessione. Se un operatore sta bene nel suo ambiente di lavoro, vive su se stesso la gratificazione di sentirsi accolto, compreso nell'impegno, nelle fatiche dei momenti difficili e riconosciuto nei risultati guadagnati, saprà con spontaneità dare senso al suo rapporto con le persone che assiste. Ogni persona ha bisogno di ricevere cure, ne hanno bisogno in particolare gli anziani non autosufficienti, poiché è attraverso l'essere curati che ritrovano l'interesse ad esistere.

L'informatizzazione delle cartelle è ancora una prassi poco diffusa; per inciso si ricorda che da alcuni anni nel programma di formazione di base di ASA e OSS sono previste 20 ore di informatica da svolgere in laboratori attrezzati.

Modalità operative

Distribuzione delle RSA che effettuano riunioni d'équipe suddivise per tipologia		
Sono stabilite riunioni periodiche di équipe per discutere di:	N° RSA	%
Modelli assistenziali	18	62,1%
Problemi organizzativi	27	93,1%
Programmazione delle attività	24	82,8%
Approccio a casi difficili	23	79,3%
Modalità di rapporto con gli ospiti	22	75,9%
Modalità di rapporto con i familiari	22	75,9%
Modalità di rapporto con servizi esterni	4	13,8%
Vissuti degli operatori	10	34,5%
Strategie per la prevenzione di burn-out	9	31%

Sono stabilite riunioni periodiche di équipe per discutere di:

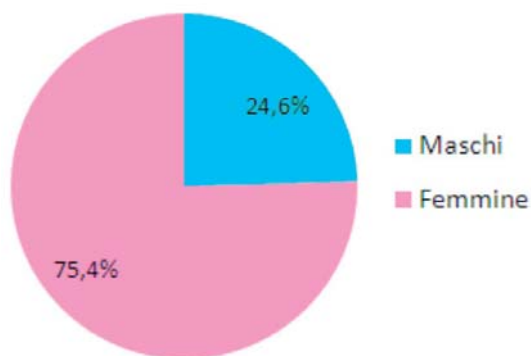


In questa sezione vengono presi in esame alcuni aspetti dell'organizzazione interna delle RSA che più direttamente pensiamo abbiano a che fare con la qualità della vita degli ospiti e delle condizioni di lavoro degli operatori. L'assegnazione stabile del personale ASA sempre allo stesso nucleo o reparto avviene nella maggior parte delle residenze, nel 62% dei casi. Questa forma organizzativa va letta come un intervento a valenza terapeutica, di contrasto e contenimento dei processi involutivi dell'invecchiamento nella non autosufficienza, resi più rapidi e marcati dalla condizione di ricovero. L'assegnazione stabile allo stesso reparto consente di raffinare e approfondire la conoscenza delle persone, gli anziani da un lato, ma anche i colleghi di lavoro e i superiori, e di stabilire relazioni più profonde. La conoscenza reciproca favorisce alla fine percorsi di autentica accettazione. L'adozione anche parziale di modelli assistenziali più in sintonia con i bisogni di anziani con demenza, come il modello Gentle care o altri assimilabili, richiama l'attenzione sugli effetti di disturbo che l'ambiente e la realtà esterna nel suo insieme possono avere sull'anziano malato. L'applicazione del modello prevede adeguamenti strutturali, organizzativi e relazionali per favorire la rimozione di fattori di stress, creare condizioni che producano un migliore adattamento alla vita in struttura, un clima più rasserenato; per quanto riguarda il ruolo degli operatori, acquisire una maggiore competenza e sensibilità nel cogliere cambiamenti e bisogni. I benefici ottenuti si estendono a tutti gli ospiti, in generale, e a tutti gli operatori. Per ora, le residenze in cammino verso il cambiamento sono 7, e la loro esperienza potrebbe diventare, in un prossimo futuro, la base di partenza per nuove sperimentazioni.

Le riunioni periodiche dell'équipe avvengono con scadenze che per lo più vanno dai 15 giorni ai 6 mesi. In queste occasioni gli operatori riflettono principalmente su tre filoni di argomenti: questioni legate all'organizzazione del lavoro nell'93,1% dei casi, alla gestione delle relazioni e delle loro criticità di ospiti, familiari e operatori nel 76%, dei casi e, infine, in 4 casi alle modalità di rapporto con enti e servizi esterni. Quest'ultimo dato può essere indicativo del modo con cui l'ospite viene visto più per come si manifesta dentro alla struttura, piuttosto che come persona che si è costruita ed è radicata fuori di essa.

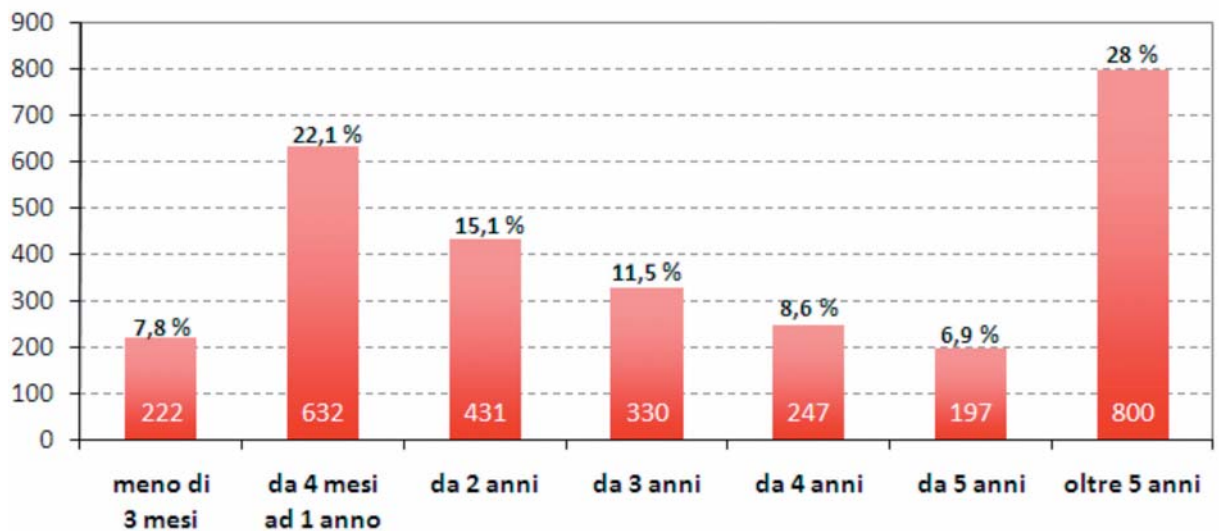
Ospiti e assistenza

Distribuzione ospiti per genere al momento della compilazione		
Genere	N°	%
Femmine	2157	75,4%
Maschi	702	24,6%
<i>Totale</i>	2859	100%

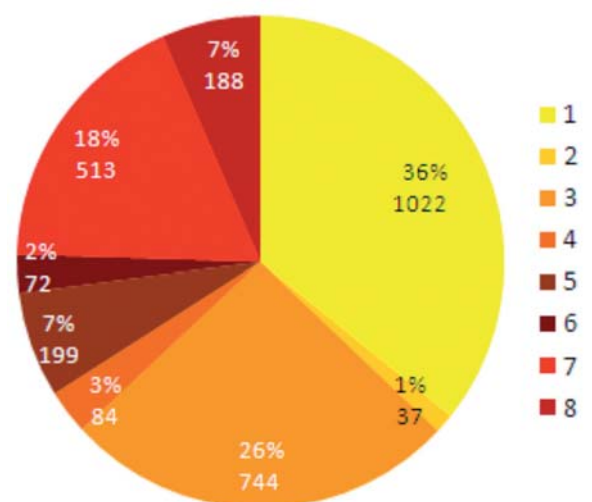


Distribuzione ospiti per tipo di demenza		
Ospiti con	N°	%
diagnosi certificata di Alzheimer	347	12,1%
diagnosi di altre demenze	817	28,6%
diagnosi psichiatrica	262	9,2%
di cui con età inferiore ai 65 anni	57	21,75%
di cui femmine	197	75,19%

Distribuzione ospiti per durata della permanenza in RSA		
Durata della permanenza in RSA	N° ospiti	%
Meno di 3 mesi	222	7,8%
Da 4 mesi a 1 anno	632	22,1%
Da 2 anni	431	15,1%
Da 3 anni	330	11,5%
Da 4 anni	247	8,6%
Da 5 anni	197	6,9%
Oltre 5 anni	800	28%
<i>Totale</i>	2859	100%

Durata della permanenza in RSA

Distribuzione ospiti per classe assistenziale		
Classi di carico SOSIA	N° ospiti	%
Classe 1	1022	35,8%
Classe 2	37	1,3%
Classe 3	744	26%
Classe 4	84	2,9%
Classe 5	199	6,9%
Classe 6	72	2,5%
Classe 7	513	17,9%
Classe 8	188	6,6%
<i>Totale</i>	2859	100%



Ricovero temporaneo		
	RSA	N° ricoveri
Ricovero temporaneo	19/29	430

Importo retta per ricovero temporaneo			
	Media	Massimo	Minimo
Residenti	€ 72,33	€ 95,00	€ 50,00
Non residenti	€ 73,29	€ 95,00	€ 50,00

Si conferma un dato già rilevato nel 1999 e cioè la maggiore presenza delle donne rispetto agli uomini, dato che rimane stabile intorno al 75% mediamente. A conferma di quanto già osservato sul sempre maggiore impegno anche economico che le RSA devono fronteggiare, si rileva l'incremento di situazioni sempre più gravi e complesse. Il confronto con i dati della nostra precedente indagine fa pensare che il fenomeno continuerà a crescere e che la presenza di malati di demenza continuerà ad aumentare con l'aumentare dell'età all'ingresso in RSA. Le 26 strutture che hanno risposto ospitano 1.426 persone con diagnosi di demenza, il 48,4% del totale degli ospiti. Come ci si attendeva, la presenza di malati con diagnosi di demenza e di malattia di Alzheimer si delinea in modo differenziato a seconda della RSA e della presenza al suo interno o meno di uno o più nuclei Alzheimer. I malati di Alzheimer sono in media il 12,1% di tutti gli ospiti, con punte anche del 36,6%. Più allarmante appare la numerosità dei casi di altre demenze, 817 malati pari al 28,6% del totale. Questi malati, per come sono strutturate le nostre RSA, non possono quasi mai avvantaggiarsi di sistemazioni pensate esclusivamente per loro. A questo dato vanno aggiunti 262 ospiti con diagnosi psichiatrica, ricoverati sia in reparti appositi presenti in 4 strutture, sia in reparti geriatrici. Da rimarcare, anche tra i malati di mente, la maggiore presenza delle donne e soprattutto quella di 57 persone con età inferiore ai 65 anni. A questo proposito ci si deve porre con onestà la domanda se la collocazione di questi adulti in RSA rappresenti per loro una sistemazione almeno accettabile e se questo modo di tamponare un problema così rilevante, pieno di implicazioni personali e sociali, non tradisca il diritto di ogni persona di ricevere l'aiuto di cui ha bisogno, prima ancora del rispetto di principi etici che dovrebbero improntare le scelte per chi è più debole.

Al momento dell'indagine, gli ospiti presenti nelle strutture del nostro campione erano 2.859, pari al 53% del totale ospiti di tutte le RSA della provincia. I ricoveri inferiori all'anno risultano il 30% e quelli tra 2 e 5 anni il 42%. La presenza di non autosufficienti, classi SOSIA 1-2-3, ammonta al 63%; nella classe 1 sono compresi 214 malati di Alzheimer, il 21% dell'intera classe. Secondo dati Asl relativi all'anno 2004, i non autosufficienti compresi nelle prime tre classi SOSIA erano il 59%.

Sono 19 le strutture che hanno offerto ricoveri temporanei a 430 persone nel corso del 2009. Un dato interessante e positivo, se si considera il numero delle RSA che possono garantire questa offerta; estremamente deludente se solo si guarda alle 270 domande di ricovero temporaneo in lista d'attesa in 12 delle 29 residenze, alla quantità di anziani in gravi condizioni assistiti da familiari testimoniato dal numero di assistenti familiari che lavorano nelle famiglie e all'insieme delle domande in lista d'attesa per un ricovero definitivo. Il ricovero temporaneo ha mediamente un costo superiore rispetto a quello del ricovero definitivo, in quanto il susseguirsi di più persone nello stesso posto letto comporta ogni volta la ripetizione di tutta una serie di interventi per la pianificazione delle cure necessarie e l'igiene ambientale. Il costo della retta giornaliera si differenzia a seconda se il posto è accreditato oppure no, se l'ospite è residente nello stesso comune sede della RSA oppure viene da fuori. Le RSA che hanno comunicato l'importo delle rette applicate sono 20. Le residenze che applicano la stessa retta sia per residenti che per esterni sono 12, mentre sono 8 quelle che applicano una retta superiore ai non residenti.