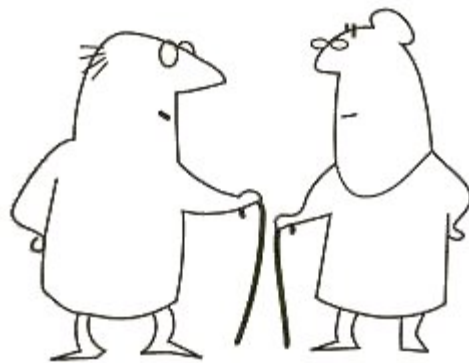


# **Persone e case di riposo in bergamasca**

*Diritti, dignità, qualità della vita  
delle persone non più autosufficienti  
ricoverate nelle residenze sanitarie assistenziali  
della provincia di Bergamo  
Servizi, organizzazione e personale delle RSA*

Indagine condotta da operatori e attivisti del  
Sindacato Pensionati Italiani (SPI CGIL) di Bergamo



Disegno della ricerca a cura di Rita Bianchin in collaborazione con Pia May  
e Patrizia Tacani del D.U. per assistenti sociali - Università Statale di Milano

## Indice:

1. Premessa
2. Presentazione: oggetto e metodo dell'indagine
3. Chi è l'ospite in casa di riposo?
4. Che relazioni mantiene l'ospite della RSA?
5. Il rapporto tra ospite e familiari
6. L'animazione nella RSA e la presenza del volontariato
7. I rapporti tra famiglie degli ospiti e RSA
8. Le liste d'attesa
9. Le rette
10. Il personale
11. Appendice

Si ringraziano per la collaborazione nella somministrazione dei questionari i Segretari e le Segretarie delle leghe SPI CGIL del comprensorio di Bergamo: Agostino Asoni, Giuseppe Biffi, Armando Casati, Mario Casati, Aldo Comana, Geremia Cornali, Giancarlo Cortesi, Alfio Dall'Acqua, Giuseppe Fassi, Giacomo Ghilardi, Natale Locatelli, Giulio Magni, Pierino Magni, Severino Marchesi, Elvio Mazzoleni, Guido Mentasti, Giovanna Milesi, Mario Mussi, Angelo Oldrati, Giuseppina Persico, Luciano Pontoglio, Costantino Pulcini, Achille Ratti, Angelo Tomasoni

La realizzazione grafica è di Laura Zaina e la segreteria di redazione è di Barbara Sciacovelli

## 1. Premessa

di Maurizio Laini, Segretario Generale SPI Bergamo

Da qualche anno il Sindacato delle pensionate e dei pensionati della CGIL rappresenta la sua missione in modo diverso, più articolato, meno semplice che nel passato.

Fino a qualche tempo fa lo SPI si concepiva come un'organizzazione esclusivamente finalizzata alla tutela delle condizioni materiali del pensionato e dell'anziano; oggi è impegnato ad estendere il proprio ambito di rappresentanza sui terreni della qualità della vita, a dare voce a bisogni fino a ieri considerati marginali (come per definizione sono quelli degli anziani ricoverati nelle case di riposo o dei vecchi non autosufficienti) oppure a dare soddisfazione a quelle aspettative "emergenti" e di "qualità" che nascono in un quadro demografico caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e quindi dalla sempre più importante (e ingombrante?) presenza degli anziani, ma anche da quella (imbarazzante?) di pensionati precoci.

La "categoria" dei pensionati non può più essere considerata un monolite; comprende oggi giovani pensionati e anziani non autosufficienti, coppie di settantenni senza preoccupazioni economiche e singles, magari vedove, che vivono con la sola pensione sociale; le condizioni materiali e di reddito, ma anche quelle di carattere sociale, psicologico, culturale, di salute, sono così ampiamente divaricate che il Sindacato non può che allargare le proprie ipotesi di intervento, approfondire la propria ricerca, articolare la propria proposta nel tentativo di essere soggetto di rappresentanza e di sintesi del complesso degli interessi di tutte queste persone.

Oggetto del lavoro del Sindacato dei pensionati era ieri il solo presidio del valore della pensione rispetto al costo della vita; si offriva all'iscritto come soggetto di pressione (si direbbe contrattuale se non si trattasse di un'estensione indebita) a garanzia della capacità d'acquisto dei trattamenti pensionistici e, al massimo, come intermediario di puro servizio tra il pensionato e il suo istituto di previdenza.

Se vogliamo il terreno della pratica sindacale poteva estendersi alle facilitazioni, agli sconti, alle condizioni di accesso ai servizi dello stato sociale anche sul territorio.

Non è più così: il Sindacato si rende conto che la situazione economica del pensionato e dell'anziano non è che una delle tessere che compongono il puzzle della sua condizione. Condizione che viene interamente assunta nel progetto di rappresentanza che lo SPI, come Sindacato confederale, persegue.

Si rende conto, il Sindacato, che la rappresentanza delle persone anziane passa attraverso le rivendicazioni di qualità della vita che crescono e sempre più si chiariscono tra gli stessi pensionati. Una pensionata, un pensionato, è in condizione di guardare criticamente all'organizzazione della sua città, del suo paese; alla distribuzione degli spazi, delle opportunità; ha da dire la sua sul traffico e sulle corsie preferenziali dei bus; sui parchi, sulla loro attrezzatura e sulla loro manutenzione; sulla sicurezza e sulla vivibilità del suo quartiere piuttosto che del suo paese; sulle opportunità che vengono offerte a chi voglia ancora praticare la cultura piuttosto che percorsi di partecipazione.

Il pensionato, proprio per la tipicità della sua "giornata", è in grado di vedere i problemi e di segnalarli: il suo tempo libero, il suo rapporto con i servizi pubblici, i modi suoi tipici di muoversi lo pongono in condizione di guardare meglio al territorio e alla sua organizzazione; anzi: lo candidano addirittura a sostenere piccole o più grandi battaglie non solo per sé ma per il complesso, la generalità dei cittadini; in particolare per quelli deboli: le barriere architettoniche disturbano la mobilità dell'anziano, ma anche delle mamme con le carrozzelle, delle persone stabilmente o temporaneamente handicappate....

Oggi un pensionato (soprattutto quello "giovane", quello che ha ancora molto da dire e da dare alla società, alla sua comunità, quello che da noi è così presente e diffuso) chiede di essere

sottratto al lavoro in nero con proposte, offerte, progetti di mobilitazione, di volontariato, di utilità per tutti.

Quindi il contenuto della rappresentanza per un Sindacato dei pensionati che voglia effettivamente assumersi il ruolo di negoziazione della qualità della vita in nome delle persone in pensione non può che centrarsi sulla qualità stessa delle politiche territoriali, delle Amministrazioni; ambito privilegiato di questa attenzione non potrà che essere il welfare locale, in particolare le politiche e i servizi di carattere sanitario e assistenziale.

La qualità della vita degli anziani, in particolare di quelli più deboli e più vecchi, dipende infatti in grandissima misura dalla disponibilità dell'offerta sanitaria e assistenziale e dalla qualità di questa offerta; la salute è per loro un bene prezioso, decisivo per la loro stessa serenità; la conservazione, il più a lungo possibile, dell'autonomia, della possibilità/capacità di scegliere, cioè della loro dignità di persona, dipende in larga misura dall'articolazione, dalla flessibilità, dalla quantità e qualità dei servizi assistenziali disponibili sul territorio.

Il Sindacato non può quindi non incontrare, nel suo sforzo di estendere il proprio progetto di rappresentanza, il problema delle case di riposo, delle residenze sanitarie assistenziali: sono nodi fondamentali della rete dei servizi; si stanno trasformando in modo radicale proprio in ragione di un necessario e rapido ripensamento di questa rete.

Da luoghi di ricovero e di "riposo" per i vecchi del paese, luoghi riconosciuti dalla cittadinanza, luoghi di carità, di solidarietà comunitaria, ad asettiche strutture di carattere prevalentemente sanitario, riservate in esclusiva a persone non autosufficienti, consapevolmente al termine della loro battaglia.

Ma persone. Che trascorrono lì mediamente più di cinque anni, i loro ultimi cinque anni di vita.

Qual è l'attenzione al loro diritto, alla loro dignità, alle loro capacità di autonomia e di autoorganizzazione? Non si è ecceduto nel decretare il primato sanitario su quello sociale, delle necessità mediche rispetto a quelle psicologiche?

Come sono organizzate le RSA in provincia di Bergamo? Come funzionano? E quanto si paga?

Lo SPI ha allestito una ricerca che dovrà supportare di informazioni e di elementi di conoscenza un'iniziativa politica che va ormai in due direzioni: lo sforzo di trasformazione delle RSA, della loro missione, del loro rapporto con il territorio, della qualità della loro organizzazione deve essere messo insieme a quello di risparmiare il più possibile all'anziano l'esperienza del ricovero.

Servizi territoriali più flessibili, finalizzati alla domiciliarità.

Centri anziani, sostegno alle famiglie che curano, assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, alloggi protetti: sono i nodi di una politica dell'assistenza e dell'integrazione socio assistenziale che costi di meno rispetto all'istituzionalizzazione dei vecchi non autosufficienti, ma soprattutto conservi il più a lungo possibile agli anziani affetti e socialità, margini di autonomia e briciole di serenità.

E le RSA possono candidarsi a diventare le protagoniste della riprogettazione dei servizi e della rete: hanno know how, risorse professionali e tecniche, strutture per essere contitolari con l'ente pubblico di un progetto che rappresenti un'evoluzione dell'assistenza.

Che rimetta al centro le persone e il loro diritto.

Bergamo, marzo 1999

## **2. Presentazione: oggetto e metodo dell'indagine**

La presente ricerca per lo Spi Cgil rappresenta un'ulteriore tappa lungo un cammino iniziato già nel 1988, data a cui risale l'interesse del Sindacato Cgil su questo tema.

Tale interesse ha dato vita a studi, a convegni (sulle case di riposo, sull'assistenza domiciliare), a ricognizioni sui servizi.

I dati sono stati raccolti grazie alla collaborazione tra la Funzione Pubblica CGIL e il Sindacato Pensionati, la prima per quanto riguarda gli operatori delle strutture, il secondo per quanto attiene agli utenti delle istituzioni e dei servizi.

Da tali ricognizioni sono emersi due ordini di problemi: da un lato la carenza dei servizi domiciliari, dall'altro il "buco nero" delle case di riposo.

Queste istituzioni apparivano infatti come strutture chiuse, impermeabili alle domande e agli apporti provenienti dall'esterno; su di esse, per di più, circolavano insistentemente voci preoccupanti su anziani legati ai letti, trattamenti discutibili, condizioni precarie, edifici fatiscenti, eccetera.

Assumendo dunque questo quadro come punto di partenza, il Sindacato pensionati ha pensato di compiere qualche anno fa una prima verifica, indagando su quello che - con tutta evidenza - andava delineandosi come il terzo polo nell'assistenza degli anziani: la famiglia.

A fronte infatti di sensibili carenze dei servizi domiciliari e di pesanti incognite sulle strutture deputate alla cura e alla degenza, si è pensato di approfondire il ruolo (supplente?) della famiglia nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

I risultati di questa ricerca sono stati pubblicati nel volume "Dentro la cura - Famiglie e anziani non autosufficienti" e discussi nel corso di un convegno pubblico alla presenza dell'attuale ministro alle Pari opportunità, Laura Balbo.

A conclusione di questo complesso percorso di indagine è emersa la figura più debole all'interno di questo insieme di situazioni e di rapporti: il ricoverato nelle case di riposo.

Chi se ne occupa? Chi controlla le sue condizioni di vita?

Il Sindacato pensionati della Cgil ha perciò deciso di assumersi questo compito, di realizzare questo controllo.

A questo scopo è stato predisposto il questionario che è alla base della presente ricerca.

Anche in questa occasione, gli attivisti dello Spi hanno costituito l'anello di collegamento tra ricercatori e territorio. La scelta delle strutture da contattare, dei temi da approfondire, è stata compiuta a seguito di incontri con le strutture delle Leghe, i cui esponenti hanno portato la loro esperienza, la loro conoscenza delle persone, delle situazioni, delle esigenze espresse nelle singole realtà.

La ricerca ha coinvolto, alla fine, 45 case di riposo (Tavola 1) e complessivamente riguarda l'esperienza di 3.451 ospiti.

Considerando che nel 1998 le strutture accreditate presso la Regione Lombardia operanti nella provincia di Bergamo erano 60 (56 solo l'anno precedente, il 1997) si possono valutare correttamente le dimensioni del campione: più dell'80% delle case di riposo sono state raggiunte dalla ricerca dello SPI CGIL.

Anche il numero degli ospiti censiti con la ricerca SPI è ragguardevole: più del 70% del totale dei ricoverati nelle RSA bergamasche nel 1996 (Tavola 2).

All'1 gennaio 98, infatti, secondo la Regione, erano ospitate nelle strutture convenzionate circa 5.000 persone (4.947 così ripartiti: 2.786 NAT, 1.719 NAP, 40 ALZ, 402 in case albergo).

Le RSA coinvolte nell'indagine sono prevalentemente enti di natura parapubblica: si tratta infatti di IPAB nel 60% dei casi (27 RSA), mentre sono "private religiose" 13 RSA (29 %); 3 dipendono direttamente dell'Ente locale (7%) e 1 sola si definisce "privata" (2 %) (Tavola 3).

L'indagine è stata condotta da operatori del Sindacato Pensionati Italiani CGIL di Bergamo all'inizio del 1997.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati è stato un questionario (vedi Allegato in Appendice) - intervista, somministrato a referenti delle medesime case di riposo, che hanno

cortesemente collaborato. Talvolta si è trattato dello stesso Presidente della RSA, o del Direttore sanitario o di qualche consigliere di amministrazione o, infine, di responsabili amministrativi.

Tavola 1		
	Intitolazione RSA	Comune
1	Crespi	Albino
2	Honegger	Albino
3	G.C. Rota	Almenno S. Salvatore
4	Martino Zanchi	Alzano Lombardo
5	Filiseti	Ardesio
6	Don Carlo Botta	Bergamo
7	Sacro Cuore	Bergamo
8	San Francesco	Bergamo
9	Brembate Sopra	Brembate Sopra
10	Casa Ospitale Aresi	Brignano
11	Di Calcio	Calcio
12	Maria Immacolata	Calvenzano
13	Ovidio Cerruti	Capriate San Gervasio
14	San Giuseppe	Casnigo
15	Di Cene	Cene
16	Sant'Andrea	Clusone
17	Ricovero Corsini	Cologno al serio
18	Costa Volpino	Costa Volpino
19	Di Covo	Covo
20	Di Fontanella	Fontanella
21	Di Gandino	Gandino
22	San Giuseppe	Gazzaniga
23	San Giuseppe	Gorlago
24	Di Gromo	Gromo
25	Madonna del Boldesico	Grumello del Monte
26	Casa Serena	Lefte
27	Casa della Serenità	Lovere
28	Francesco Balicco	Martinengo
29	San Camillo	Monasterolo
30	Via dei Frati	Nembro
31	Pia Olmo	Osio Sotto
32	Piatti Venanzi	Palosco
33	Don Luigi Palla	Piazza Brembana
34	Ponte San Pietro	Ponte San Pietro
35	Romano Lombardo	Romano Lombardo
36	Oasi San Pellegrino	San Pellegrino
37	Villa Bartolomea	Schilpario
38	Villa della Pace	Stezzano
39	Papa Giovanni XXIII	Trescore Balneario
40	Consorzio Intercomunale	Treviglio
41	San Lorenzo	Valbondione
42	Cardinale G. Gusmini	Vertova

43	San Giuseppe	Villa d'Adda
44	Nobile Baglioni	Villa d'Almè
45	Opera Pia Caritas	Zogno

### 3. Chi è l'ospite della casa di riposo?

Dalla lettura dei dati si può tentare la descrizione del profilo dell'ospite "medio" delle RSA a Bergamo; le caratteristiche più ricorrenti possono aiutare a riconoscere la tipologia prevalente dei ricoverati ma anche la vocazione, la missione identificativa di queste istituzioni.

In casa di riposo l'anziano ricoverato è in generale:

- ❖ non autosufficiente totale (48% del campione),
- ❖ ha più di 75 anni (67%),
- ❖ fuori dall'istituto ha uno o più figli (43%),
- ❖ riceve visite generalmente settimanali (51%),
- ❖ e vive dentro la RSA da più di cinque anni (35%).

Non è rilevato nella nostra indagine, ma la gran parte degli ospiti (che impropriamente citiamo sempre al maschile) è rappresentata dalle donne: secondo la Regione Lombardia in provincia di Bergamo all'1 gennaio 1998 il 77% degli ospiti era di sesso femminile.

Il trend in atto mette in evidenza un incremento degli ospiti non autosufficienti totali: oggi i "NAT" stanno in pratica sostituendosi progressivamente a quel 14% di autosufficienti che ancora, nel nostro campione, veniva evidenziato.

Nel '98 gli ospiti totalmente non autosufficienti rappresentano a Bergamo ormai il 56% del totale. Molti di più che nel nostro campione.

Il progressivo mutamento dell'utenza cambia - non solo nel lessico regionale - la natura stessa e la missione della casa di riposo: la "R.S.A." è residenza sanitaria assistenziale, è una evoluzione "sanitaria" delle strutture "protette"; la versione "ospedale" di quella che era la casa di riposo per i vecchi del paese.

Delle 60 case di riposo operanti nel 1998 in provincia di Bergamo, quasi la metà ospitano cioè solo persone non autosufficienti (totali o parziali 29 RSA, 48%); l'altra metà (31 istituti, il 52% del totale) è costituita da strutture "miste", che ospitano anche persone ancora autosufficienti.

Nel 1998 sono circa il 10,5% del totale le persone autosufficienti ricoverate nelle strutture "miste". Secondo l'ASL alla fine del '98 sono 541 gli autosufficienti ospiti in provincia, 1.711 le persone solo parzialmente non autosufficienti e 2.889 gli ospiti non autosufficienti totali.

La Regione definisce le RSA in questo modo: "Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) costituiscono la risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti che, non presentando patologie acute o necessità riabilitative tali da richiedere il ricovero in ospedale o in servizi di riabilitazione, per le loro condizioni sanitarie e sociali, non possono essere assistiti a domicilio. Le RSA rappresentano la naturale evoluzione delle strutture protette e delle case di riposo....".

Un indicatore piuttosto significativo del modo che le RSA hanno ormai di rappresentare il proprio ruolo è dato dal tipo di "cartelle personali" (Tavola 4) che vengono adottate per gli ospiti: interpellate su questo punto l'87% delle RSA definisce il modello di cartella personale adottata "di tipo ospedaliero"; meno del 7% delle RSA ritiene di avere adottato cartelle diverse, di tipo non prevalentemente sanitario.

Le case di riposo non hanno saputo elaborare collettivamente un modello di cartella personale che valorizzasse le specificità della missione e dell'organizzazione delle RSA: si sono affidate ai medici che con loro collaborano e quindi il modello ospedaliero ha finito con il prevalere: nella cartella di

tipo sanitario viene in qualche modo annullato il vissuto sociale degli ospiti a vantaggio dell'anamnesi di tipo medico.

L'età degli ospiti censiti (Tavola 5) corrisponde all'immagine della RSA che ciascuno di noi ha: in generale sono molto anziani, anche se non sembrano percentuali trascurabili quelle di persone ancora "giovani": sotto i 65 anni c'è l'8% del nostro campione.

Ciò significa che possiamo ben ipotizzare un universo di ospiti non omogeneo, non piatto, con esigenze di qualità della vita diverse, con aspettative diverse nei confronti degli orari, dei pasti, dell'organizzazione della vita e della sua qualità.

Va segnalato del resto come più della metà delle case di riposo ospiti "casi sociali" (Tavola 6); persone cioè che indipendentemente dall'età anagrafica hanno gravi problemi di carattere sociale o psichico o hanno disabilità importanti ed esigenze di assistenza continuativa. In quel 3% di ospiti sotto i 60 anni (in cifra si tratta di 117 del nostro campione) si nascondono certamente persone ricoverate non per "vecchiaia" ma certamente per patologie, handicap fisici o psichici, postumi di traumi importanti che hanno scarsi riferimenti con l'età.

Anche qui si tratta di valutare se la RSA può essere considerata un contenitore del disagio indistinto, se cioè debba offrirsi al territorio come ultimo luogo di ricovero sanitario (o sociale) a basso costo (almeno rispetto all'ospedale o alle prestazioni integralmente sanitarie) e a qualificazione corrispondente.

La riforma del sistema sanitario nazionale che si sta completando in questi mesi (aziendalizzazione, sistema budgetario, separazione netta del sanitario dall'assistenziale....) finisce per "declassare" la cronicità: pone che le strutture ospedaliere si occupino esclusivamente dell'acuzie e scarichino le esigenze di riabilitazione generica, di assistenza alla cronicità, di lungodegenza su strutture alternative con standards sanitari inferiori e costi di ricovero giornaliero decisamente più convenienti per il sistema dello stato sociale.

Ma la così ampia gamma di situazioni ospitate, dai "casi sociali", alle persone da riabilitare, agli anziani più o meno autosufficienti, ai portatori di patologie così chiare, non trova riscontro nell'organizzazione delle RSA, per loro natura decisamente poco flessibili. Queste rispondono alle nuove esigenze assumendo rapidamente la cultura, l'organizzazione e la struttura di un ospedale in sedicesimo.

Il processo di sanitarizzazione delle RSA porta infatti alla costituzione di veri e propri reparti (ovviamente in quelle di certe dimensioni) caratterizzati dalla patologia degli ospiti: alzheimer, psichici, comatosi e via di questo passo.

La stessa permanenza nella struttura protetta sembra non essere brevissima: un buon 35% degli ospiti è ricoverato da più di cinque anni (Tavola 7).

La RSA è quindi una struttura di lungodegenza nel senso vero del termine e l'organizzazione interna (gli spazi, i tempi, le attività) determina in modo decisivo la qualità della vita degli ospiti: per questo l'indagine dello SPI CGIL di Bergamo ambirebbe sottolineare alcuni degli aspetti di qualità che caratterizzano la vita nelle case di riposo, scattando una fotografia capace di indurre riflessioni sui mille aspetti di negazione della soggettività e dell'autonomia che potrebbero essere corretti.

Il paradosso di strutture come le RSA è che mentre si preoccupano attraverso la medicina di prolungare la durata della vita delle persone, sempre meno si preoccupano di evitare che il tempo di vita "recuperato" sia tempo di vita nel senso pieno, non di sofferenza, di isolamento sociale, insomma: tempo degno di essere vissuto; occorrerà scongiurare che strutture come queste si trasformino in veri e propri luoghi di "eutanasia sociale".



tavola 2		
nelle 45 strutture censite gli ospiti		
in totale sono	3.451	100,00
tra di loro sono totalmente non autosufficienti (nat)	1.660	48,10
parzialmente non autosufficienti (nap)	1.229	35,61
autosufficienti	487	14,11
n.d.	75	2,17

tavola 3		
natura giuridica delle rsa coinvolte		
ex ipab	27	60,00
comunali	3	6,67
religiose	13	28,89
private	1	2,22
n.d.	1	2,22

tavola 4		
come è la cartella personale dell'ospite?		
simile a quella degli ospedali	39	86,67
altro	3	6,67
n.d.	3	6,67

tavola 5		
gli ospiti hanno un'età:		
inferiore ai 60 anni	117	3,39
compresa tra i 60 e i 65 anni	167	4,84
compresa tra i 66 e i 75 anni	621	17,99
superiore ai 75 anni	2.318	67,17
n.d.	228	6,61

tavola 6		
nelle rsa sono ospitati "casi sociali"?		
sì	24	53,33
no	12	26,67
n.d.	9	20,00

tavola 7		
gli ospiti si trovano ricoverati		
da meno di un anno	394	11,42
da un periodo compreso tra 1 e 2 anni	477	13,82
da 2 a 5 anni	972	28,17
da più di cinque anni	1.213	35,15
n.d.	395	12,00

tavola 8		
gli ospiti provengono		
dal paese stesso	1.314	38,08
dai dintorni (nell'ambito del distretto)	933	27,04
da fuori provincia	655	18,98
n.d.	549	15,91

tavola 9		
dove è ubicata la casa di riposo?		
nel centro storico del paese	20	44,44
nella semiperiferia	20	44,44
in periferia	4	8,89
n.d.	1	3,00

#### 4. Che relazioni mantiene l'ospite della RSA?

E' molto spesso la RSA del paese ad ospitare i residenti più anziani: nel 38% dei casi che lo SPI ha visto il ricoverato proviene dal paese stesso in cui è situata la casa di riposo (Tavola 8).

A conferma di questo dato, la Regione Lombardia segnala come le RSA accreditate in provincia di Bergamo siano generalmente strutture di dimensioni modeste:

- ❖ 5 hanno meno di 30 ospiti,
- ❖ 21 ne hanno da 30 a 60,
- ❖ altre 19 da 61 a 90.

Su queste dimensioni operano quindi l'80% delle strutture; solo una (2%) si colloca nella classe "oltre i 300 ospiti" e ancora una sola (2%) nella classe da 201 a 300.

La struttura è ubicata molto spesso proprio nel centro del paese (44%): è un'istituzione carica di storia e di riferimenti; appartiene al paese e alla vita stessa dei suoi abitanti (Tavola 9).

Non è trascurabile, al contrario, il dato della provenienza da fuori provincia: il 19% degli ospiti viene "da fuori". Si tratta dei "milanesi", di utenti che sconfinano alla ricerca di un posto letto non disponibile nella propria provincia.

Tra l'altro questa presenza contribuisce a confondere il valore dei parametri della disponibilità di letti in provincia in rapporto con gli ultrasessantacinquenni; il rapporto letti/anziani a Bergamo è giudicato spesso positivo senza tener conto di questo dato.

é infatti curiosa la distribuzione territoriale delle RSA in provincia, evidentemente incongruente rispetto al fabbisogno della popolazione residente: nella Valle Seriana (area di villeggiatura dei

"milanesi") sono collocati 400 posti letto in più rispetto ai parametri, nell'area della città (se si considerano le strutture che verranno ultimate a Seriate e a Dalmine) i valori di posti letto e standard sono pari, nella Bassa Bergamasca mancano 70 posti letto rispetto ai medesimi standard. Al 1° gennaio 1998 in provincia di Bergamo erano disponibili, secondo la Regione Lombardia, 4.530 posti letto in RSA convenzionate, pari ad una percentuale di 3,3 letti ogni 100 ultrasessantacinquenni (a Bergamo 138.083).

La media di letti disponibili in RSA sul territorio regionale era solo del 2,5 su cento ultrasessantacinquenni (su 1.502.490 anziani con più di 65 anni, 37.477 posti letto convenzionati). Vale solo la pena di citare qui però come lo standard regionale indichi un fabbisogno di posti in strutture residenziali pari al 3,5% della popolazione over 65: in particolare si dovrebbe tendere alla disponibilità di 1,6/1,9% (calcolato sugli ultrasessantacinquenni) per NAT, di 0,8/1% per NAP e infine di 0,6% per autosufficienti.

Il rapporto tra casa di riposo, cittadini e territorio è tanto complicato quanto carico di significati: basta suggerire concetti come "essere vicini a casa", oppure "avere la possibilità di andare a casa", "avere i figli che abitano in paese" o anche solo sapere della casa di riposo, conoscerla per averla vista quotidianamente nel centro del paese oppure per averla frequentata in passato.

Così come per il territorio sapere che nel "ricovero" ci sono nonni e genitori, persone concrete e note, vuol dire prestare necessariamente attenzione alle scelte (di carattere amministrativo, strutturale, civile) che coinvolgono l'istituzione.

L'11% degli ospiti nell'anno della ricerca ha passato "breve periodi" (Tavole 10 e 11) a casa propria, approfittando dell'opportunità che il 93% delle RSA censite offrono: il dato è rilevante e probabilmente sorprendente.

Molti ricoverati mantengono una relazione con la propria "casa" e probabilmente in famiglia trascorrono brevi periodi nell'anno.

Che molti ospiti siano in grado di "uscire" è indirettamente confermato da un dato importante e in qualche misura sorprendente: secondo una valutazione degli intervistati (Tavola 12) 413 persone ricoverate sarebbero in condizione di continuare a vivere (eventualmente assistite) al proprio domicilio.

Circa il 12% dei ricoverati in realtà potrebbe avere un'alternativa realistica: rimanere a casa propria e ricevere un'assistenza domiciliare adeguata.

E' vero che in questi ultimissimi anni la rete dei servizi agli anziani anche non autosufficienti si è arricchita di alternative più flessibili alla casa di riposo: il centro diurno integrato, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza domiciliare.

E' altrettanto vero però che questa rete è per quantità assolutamente insufficiente: due anni fa, all'epoca della ricerca, si fotografava una porzione molto significativa di ospiti (il 12% è molto!) impropriamente allontanati dai propri affetti e dal proprio contesto sociale, ricoverati in una RSA a costi inopinatamente alti per sé, per i familiari, per la collettività.

Le RSA sembrano molto più "chiuse" rispetto alla possibilità per l'ospite di pranzare, all'interno della struttura, in compagnia dei parenti: nel 44% non è possibile per i visitatori pranzare con gli ospiti (Tavola 13). Si immagina per motivi organizzativi.

Il pranzo e la cena, gli orari nei quali vengono consumati, le alternative del menù, la qualità del rapporto con il personale di servizio, le caratteristiche dei luoghi dove si pranza o si cena sono elementi vitali della qualità della vita dentro la RSA. Sono pochissime le possibilità di scegliere, di mantenere un'autonomia che sia anche rispetto di sé: la causa è un'organizzazione ritenuta necessaria ma certamente invadente, burocratica, qualche volta davvero irragionevole per gli ospiti.

Si pensi alle persone non autosufficienti, da imboccare: la regola è che mangino affrettatamente per consentire al personale di aiutare gli altri, che la gran parte di loro mangi freddo per l'impossibilità di servire tutti contemporaneamente nonostante molte volte le associazioni di

volontariato (o più spesso assistenti pagati dai familiari degli ospiti o i parenti stessi degli ospiti) garantiscono un'integrazione al personale assolutamente indispensabile.

Probabilmente gli standard di personale ASA sono troppo bassi e qualche riprogettazione organizzativa è necessaria: la distribuzione del pranzo va distribuita probabilmente su tempi diversi.

L'elaborazione dei tecnici, degli operatori e dei politici sempre più denuncia la logica dell'assistenza o troppo medica o di puro ricovero: si discute di interventi per il recupero dell'autonomia dell'anziano, di ricostruzione di un ambiente vitale, di valorizzazione della memoria e della capacità di decidere.

Queste ipotesi però non hanno ancora realizzato mutamenti di tipo organizzativo, strutturale e professionale nelle RSA: il modulo quotidiano si ripete uguale a sé stesso, senza flessibilità né sorprese, funzionale alle esigenze di economicità e di risparmio, di organizzazione e di massimo utilizzo del personale rigorosamente modellato, in qualche caso, sulla routine ospedaliera.

Lo stesso tema della valutazione degli esiti andrebbe svolto in modo molto più articolato di quanto in genere non si faccia: gli indicatori della qualità e quindi degli esiti in casa di riposo sono oggi quasi esclusivamente legati alle strutture e alla tipologia di servizi e prestazioni.

Di più: la RSA che si interroga sulla propria qualità e sugli esiti del lavoro connesso alla sua mission, indaga l'efficienza organizzativa, il livello di razionalità del modello di funzionamento, la distanza dall'ottimizzazione delle prestazioni: difficilmente gli esiti sono valutati in termini di salute e di qualità della vita degli ospiti.

Si tratta invece di dare un giusto equilibrio alla valutazione della disponibilità del parrucchiere e all'insorgenza di piaghe da allettamento; alla disponibilità di animatori e all'insorgenza di infezioni diffuse, alle fratture provocate o alle perdite di peso, al grado di soddisfazione esplicita degli ospiti, degli operatori e dei familiari, all'utilizzo di psicofarmaci o della contenzione fisica, al riposo quotidiano, alla frequenza del bagno e via di questo passo.

tavola 10		
esiste la possibilità di un rientro a casa per brevi periodi?		
sì	42	93,33
no	1	3,00
n.d.	2	4,44

tavola 11		
quanti hanno approfittato l'anno scorso di questa possibilità?		
somma delle risposte	389	11,27

tavola 12		
potrebbero essere assistiti a casa		
sì	413	12,00

tavola 13		
esiste la possibilità di pranzare con gli ospiti?		
sì	14	31,11
no	20	44,44
n.d.	11	24,44
sempre	2	4,44
occasionalmente	14	31,11

## 5. Il rapporto tra ospite e familiari

La situazione familiare più ricorrente degli ospiti è "con figli" (43%) (Tavola 14).

Sono "soli" il 25% degli ospiti censiti, mentre il 10% ha il coniuge "fuori" dalla RSA.

Due ospiti su tre mantengono quindi, presumibilmente, una relazione con i familiari.

Il dato della frequenza delle visite confermerebbe una lettura almeno positiva delle relazioni che gli ospiti mantengono con la famiglia: al netto delle non risposte, il 70% dei ricoverati riceve visite settimanali (Tavola 15).

Anche presumendo che dietro le non risposte si celino altrettante situazioni di completo abbandono (l'eventualità non era esplicitamente prevista nella traccia di rilevazione), riceve visite settimanali di parenti la metà (51%) degli ospiti.

I dati nudi, come ben si intuisce, passano attraverso situazioni molto diverse: da quelle fortunate di persone assistite operativamente da parenti, volontari e personale, a quelle più infelici di persone effettivamente sole.

E' anche difficile del resto stabilire quanto sia il tempo sufficiente per poter valutare "positiva" la relazione con i familiari. Dipende non solo dall'organizzazione delle RSA e non solo dalla disponibilità dei parenti: è legata alle aspettative e alle concrete esigenze del ricoverato.

Indagando sulla qualità delle relazioni possibili in casa di riposo, si evidenzia come il 93% delle RSA dichiara di avere spazi riservati ai "colloqui" (Tavole 16 e 17) tra ospiti e parenti, ma come questi spazi siano in realtà spazi polivalenti e non "dedicati" (salone o soggiorno centrale, 80%) oppure siano addirittura le camere stesse degli ospiti (4%).

Il 36% delle RSA dichiara di avere salette riservate.

La privacy, l'adeguatezza degli spazi e delle strutture è un altro problema di qualità della vita: la disgraziata decisione della Regione di indicare nella camera a due letti lo standard, viola in modo straordinariamente pesante il diritto delle persone a identificare il proprio spazio, la propria intimità, la materialità delle proprie cose.

Simile il problema della disponibilità di un giardino o di un parco, di ambienti dedicati sia per attività (culturali, manipolative, espressive etc.) sia per funzioni (socializzazione, televisione, teatro, ballo... fino agli spazi per incontri con familiari o amici agevoli e dignitosi).

La qualità del contesto è addirittura preclusivo, talvolta, di incontri e relazioni con l'esterno. In questi ultimi anni si sono avviati importanti investimenti di tipo strutturale: le necessità poste dalla Legge 626 e più ancora gli stanziamenti di tipo FRISL della regione Lombardia legati alla realizzazione del POA '95 hanno mutato il panorama edilizio e strutturale di molte RSA.

Qual è l'attenzione posta alla progettazione della vivibilità delle strutture piuttosto che ai "letti" e alle attrezzature di tipo medico?

Il rischio denunciato dai soliti esperti (nel nostro caso di architettura sociale) è che grandi strutture collettive favoriscano il disorientamento, soprattutto dell'anziano: nella RSA lo spazio inarticolato rischia di essere percepito come enorme, immobile e vuoto; un semplice e vastissimo contenitore di cose senza qualità né vissuti.

L'arredamento delle camere e degli spazi comuni così freddo e impersonale rende l'impressione della sterilizzazione anche affettiva, del "freddo" come clima perenne, anche ai 25 gradi di un riscaldamento superefficiente.

tavola 14		
per quanto riguarda la situazione familiare, gli ospiti		
sono soli	863	25,01
hanno figli	1.479	42,86
hanno un coniuge non ricoverato	337	9,77
n.d.	772	22,37

tavola 15		
gli ospiti ricevono visite dai parenti		
ogni settimana	1.743	50,51
ogni mese	528	15,30
qualche volta nell'anno	205	5,94
n.d.	975	28,25

tavola 16		
nella rsa ci sono spazi riservati all'incontro con le famiglie degli ospiti?		
sì	42	93,33
no	3	6,67

tavola 17		
come sono questi spazi?		
salone o soggiorno centrale	36	80,00
salette riservate	16	35,56
camere	2	4,44

## 6. L'animazione nella RSA e la presenza del volontariato

Tutte le RSA coinvolte nella ricerca dello SPI organizzano particolari momenti collettivi di socialità e di animazione (Tavola 18), soprattutto in occasione delle ricorrenze più significative (64%); anche in occasione di compleanni oppure di particolari avvenimenti nella vita degli ospiti (44%) si allestiscono momenti di animazione: in quasi tutti i casi (93%) queste "feste" vedono una partecipazione degli ospiti (solo nel 7% dei casi si dice che le proposte non trovano adesione) (Tavola 19).

Il numero degli ospiti effettivamente coinvolti però è decisamente basso (inferiore, se si vuole un po' arbitrariamente mettere in relazione i due dati, a quello degli ospiti autosufficienti): solo l'11% circa dei ricoverati partecipa alle attività di animazione proposte (Tavola 20).

Già a questo punto dell'esposizione può essere però anticipato il dato relativo alla presenza di "animatori professionali": rappresentano nel nostro campione solo il 2% dell'organico delle RSA, poco più della metà dei medici in servizio effettivo. Lo standard regionale prevederebbe invece 1 animatore su cento ospiti. Anche questo dato conferma gli aspetti di sanitarizzazione delle strutture di ricovero e fa dubitare della congruità dell'offerta di animazione prestata agli ospiti.

Eppure le attività di animazione costituiscono l'unico correttivo ad un'organizzazione rigida e sempre più anonima: l'animazione mira nella generalità dei casi alla creazione di rapporti, di legami, al riempimento degli spazi in maniera vitale, al riconoscimento del valore esistenziale di ciascuna persona.

L'animazione valorizza storie, esperienze, recupera all'esterno le risorse di ciascun ospite coinvolto: lotta contro quello scetticismo, quell'incomunicabilità, quell'intolleranza che la stessa istituzione genera, costringendo gli ospiti a rispecchiarsi negli altri, a fare i conti con lati poco piacevoli sé.

Generalmente nelle RSA (96% dei casi) operano anche con continuità dei volontari (Tavola 21). Le attività da essi svolte si possono suddividere in due grandi tronconi: l'aiuto nel mantenimento della casa e nel disbrigo di piccoli servizi agli ospiti (piccola manutenzione, piccole riparazioni, lavanderia, pulizie) e il rinforzo dell'assistenza (alzare l'ospite e accompagnarlo in piccolissime passeggiate dentro o fuori la struttura, al momento del pranzo o della cena assisterne i movimenti...) o dell'animazione (piccoli spettacoli, musica, feste...).

La prima di queste due tranches secondo gli intervistati riguarda il 15% circa delle RSA; molte di più, invece, sono interessate da un intervento dei volontari con compiti di promozione della socializzante o di rinforzo dell'assistenza (93%) (Tavola 22).

Appena sorprendente il dato che vuole i volontari "sciolti"(80%) piuttosto che referenti di un'associazione vera e propria di volontariato (60% dei casi) (Tavola 23).

Ciò depone per un impegno generoso ma piuttosto occasionale e non strutturato della presenza del volontariato soprattutto nelle piccole case di riposo.

Nella maggioranza dei casi (49%) nella RSA c'è un responsabile del coordinamento dei volontari designato dalla stessa casa; c'è un "consiglio" di coordinamento nel 18% dei casi e nell'11% il coordinamento è affidato ad una tra le associazioni stesse di volontariato (Tavola 24).

Le RSA di dimensioni consistenti hanno oggi la necessità di affrontare il tema dell'organizzazione della presenza dei volontari in termini progettuali: il volontariato costituisce un'enorme risorsa, una straordinaria potenzialità se si è in grado di strutturare percorsi di impegno finalizzati, gratificanti, dedicati ad obiettivi espliciti e condivisi; in particolare il volontariato non può essere considerato un mero supporto organizzativo, ma una risorsa per l'innalzamento della qualità della vita.

tavola 18		
quali sono le occasioni per l'organizzazione di attività ricreative?		
feste di compleanno	20	44,44
ricorrenze particolari	29	64,44

tavola 19		
gli ospiti partecipano alle attività di animazione organizzate dalla rsa?		
sì	42	93,33
no	3	6,67

tavola 20		
quanti, tra gli ospiti, partecipano a tali attività?		
somma delle risposte	387	11,21

tavola 21		
nella rsa operano anche volontari?		
sì	43	95,56
no	1	2,22
n.d.	1	2,22

tavola 22		
in quali attività prevalentemente?		
assistenza e attività socializzanti	42	93,33
piccola manutenzione, lavanderia, pulizie	7	15,56

tavola 23		
i volontari appartengono ad associazioni?		
sì	27	60,00
no	36	80,00

tavola 24		
la responsabilità del coordinamento dei volontari è		
di un ente, un'associazione	5	11,11
un consiglio, un gruppo di persone	8	17,78
un responsabile indicato dalla rsa	22	48,89
n.d.	10	22,22

## 7. I rapporti tra famiglie degli ospiti e RSA

Il più importante tra i momenti di contatto tra familiari dei ricoverati e Istituzione è il primo (Tavola 25): la domanda di ricovero viene infatti presentata nel 91% dei casi da un familiare; qualche volta il familiare è sostenuto dalla presenza o dalla valutazione dell'assistente sociale (51%) o dell'unità di valutazione geriatrica (7%).

In casa di riposo, prima dell'accettazione dell'ospite, sono generalmente possibili visite e colloqui (89%) e nella prima fase di inserimento (che è graduale nel 62% delle RSA) l'interessato si presenta accompagnato (76% dei casi) da uno o più parenti (Tavole 26, 27 e 28).

All'arrivo di un nuovo ospite al personale della casa (in particolare agli ausiliari socio assistenziali, asa) vengono fornite le informazioni che lo riguardano: solo nel 9% dei casi si lamenta una scarsa informazione del personale sui nuovi ospiti (Tavola 29).

Titolari di questa informativa al personale assistente (che in parecchi casi è puntualmente aggiornata) sostanzialmente sono i medici (42%) o il personale infermieristico specializzato (40%).



In un numero meno frequente di situazioni (29%) sono il personale amministrativo o riunioni di reparto a garantire la circolazione delle informazioni sulle condizioni o lo stato di salute o i bisogni delle persone ospitate (Tavola 30).

Le possibilità di scegliere tra alternative effettive però (come si può evincere dai dati sulla presenza di liste d'attesa) sono decisamente basse: il solo fatto di vedersi accolta la domanda, magari da lungo tempo presentata, rende l'esplorazione delle strutture, dei servizi e dell'organizzazione della struttura nonché delle sue offerte del tutto platonica: lo stesso periodo di inserimento (decisamente utile a governare una fase difficilissima di ambientamento) risulta alla fine senza alternative e con esiti dunque scontati.

Il problema dei problemi per i familiari è proprio l'accettazione: le procedure, le valutazioni, le modalità di accesso alla RSA. Per lo più sono stabilite da regolamenti delle stesse RSA; sono in generale fondate sulla più ampia discrezionalità: per questo motivo è oltremodo urgente (si rimanda anche qui alla parte relativa alle liste d'attesa) l'avvio delle Unità di Valutazione Geriatriche, capaci di una valutazione obiettiva della gravità della situazione sociale, familiare e sanitaria del potenziale ospite.

L'UVG è quindi potenzialmente in grado di produrre una decisione immediata rispetto al servizio al quale indirizzare l'anziano non autosufficiente (residenze sanitarie assistite, ma anche centri diurni integrati o servizio di assistenza domiciliare integrata).

L'UVG è il presupposto per una maggiore equità nei trattamenti, di una maggiore adeguatezza delle soluzioni assistenziali e sanitarie adottate, di un più efficiente sistema di prenotazioni (centro unico di prenotazione per distretto o provinciale).

Il rapporto con le famiglie degli ospiti diventa poi costante nella maggior parte dei casi: ma, contrariamente a quel che si potrebbe pensare, le motivazioni più ricorrenti per questo rapporto sono rappresentate dalle questioni di tipo amministrativo e burocratico (l'80% delle case di riposo indica questi come motivi del rapporto con i familiari, mentre la valutazione delle condizioni di salute dei ricoverati viene indicata dal 64% delle RSA) (Tavola 31).

Questi dati sono contraddetti dal fatto che il 78% delle RSA intervistate indicano nel personale di tipo medico e infermieristico il titolare del rapporto principale con le famiglie; è il 53% a segnalare come prevalente il rapporto tra direzione amministrativa e familiari (Tavola 32).

tavola 25		
la domanda di ricovero viene generalmente presentata da		
un'assistente sociale	23	51,11
un familiare	41	91,11
l'unità di valutazione geriatrica	3	6,67
altri	6	13,33

tavola 26		
prima dell'accettazione sono possibili visite e/o colloqui?		
sì	40	88,89
no	5	11,11

tavola 27		
è previsto un inserimento "graduale"?		
sì	28	62,22
no	14	31,11
n.d.	3	6,67

tavola 28		
chi si presenta generalmente all'inserimento?		
l'interessato/a da solo/a	6	13,33
l'interessato con uno o più parenti	34	75,56
n.d.	5	11,11

tavola 29		
al personale vengono fornite informazioni sui nuovi ospiti e aggiornate?		
sì	40	88,89
no	4	8,89
n.d.	1	2,22

tavola 30		
chi informa il personale asa sugli ospiti?		
medico, direttore sanitario	19	42,22
infermiere prof.le, caposala, resp. asa	18	40,00
personale amministrativo, riunioni di reparto	13	28,89

tavola 31		
i motivi prevalenti per i rapporti della rsa con le famiglie		
sono di carattere amministrativo	36	80,00
riguardano la salute dell'ospite, comunicazioni urgenti	29	64,44

tavola 32		
chi mantiene generalmente il rapporto con le famiglie degli ospiti?		
direzione sanitaria, medici, personale infermieristico, asa	35	77,78
direzione amministrativa	24	53,33

## 8. Le liste d'attesa

Il 96% delle RSA dichiara di avere una lista d'attesa (si badi che 1 sola sulle 45 coinvolte non ha una lista d'attesa): la somma delle domande giacenti presso le case di riposo era (all'atto della

somministrazione dei questionari) di 1.687: si può dire che ogni due ospiti ricoverati uno, fuori, attende il suo turno (Tavole 33 e 34).

Per quanto attiene alla provenienza delle domande in attesa (Tavola 35), sono meno quelle del paese stesso (20% - ciò segnala un sistema di precedenze anche comprensibile) mentre più lunga è la lista d'attesa di persone fuori provincia (36%) e più ancora di coloro che abitano nel medesimo distretto sanitario (43% circa).

Questa situazione numerica conferma sostanzialmente il dato della "pressione" che le RSA subiscono da familiari e ospiti potenziali e ancora oggi il "potere" che i decisori dell'accoglienza detengono.

Il dato andrebbe però letto con maggiore attenzione poiché la situazione è tale che familiari alla ricerca di un posto per il loro congiunto presentano più domande in diverse RSA contribuendo a gonfiare le liste d'attesa.

Va detto infine che questi stessi familiari hanno molto spesso la sola alternativa della permanenza (senza aiuti) in famiglia dell'anziano anche non autosufficiente o del ricovero pieno.

é ancora di là da venire una rete di servizi adeguata, fatta di situazioni più flessibili, meno traumatiche, non irreversibili, addirittura meno costose per le famiglie e per la collettività: in provincia di Bergamo è attivo solo il Centro Diurno Integrato della RSA di Via Gleno, in città; il servizio di assistenza domiciliare e ancor più quella integrata anche nei comuni più "avanzati" sono lontane dagli standards giudicati adeguati dalla Regione Lombardia; il sostegno alle "famiglie che curano" attraverso servizi o assegni è inesistente.

A Bergamo, per fare un esempio concreto, per i Centri Diurni Integrati nel 1998 sono arrivati dalla Regione 72.382.000 lire, stante una diffusione di queste più flessibili opportunità vicina allo zero (funziona il CDI presso la casa di riposo di Via Gleno a Bergamo). A Brescia il finanziamento destinato, vista la diffusione dei CDI e puramente a titolo comparativo, è stato pari a 3 miliardi e 236 milioni, 44 volte tanto.

C'è quindi legittimamente da chiedersi se effettivamente i nodi della rete dei servizi siano adeguati per qualità e quantità ai bisogni: se cioè la rete sia costruita sulla base di valutazioni serie dal punto di vista epidemiologico e sociale oppure su valutazioni di tipo economico ed organizzativo.

E' di tutta evidenza poi che ciascuna offerta dovrebbe essere valutata anche dal punto di vista (rigorosamente individuale e soggettivo) degli anziani direttamente interessati: l'anziano esprime, a chi lo ascolti e lo guardi, le proprie difficoltà, le proprie stanchezze, le proprie voglie, i propri desideri che non necessariamente coincidono con le valutazioni obiettive e le diagnosi. C'è una garanzia, un diritto, una certezza che qualcuno osservi, guardi, ascolti questo complesso di soggettività che ancora in una condizione di non autosufficienza si esprime spesso con una sua forza e una sua grande dignità?

Tutto ciò senza mettere minimamente in discussione la sgradevolezza delle patologie dell'anziano, l'enorme difficoltà a garantirgli attenzioni e cure nelle diverse situazioni: anche reclamare a gran voce sostegno al ruolo delle famiglie non risolve tutti quei casi nei quali il ricovero è una soluzione necessaria.

Proprio perché l'anziano, il vecchio, mantiene una sua complessa soggettività non può essere paragonato al bambino: la sua gestione è decisamente più difficile e meno gratificante. L'investimento affettivo della famiglia non può essere minimamente paragonato a quello riposto su un figlio, pure dipendente nella medesima maniera.

tavola 33		
esiste una lista d'attesa?		
sì	43	95,56
no	1	2,22
n.d.	1	2,22

tavola 34	
il totale delle domande di ricovero giacenti	
è di	1.687

tavola 35		
provenienza delle domande		
paese	324	19,21
dintorni (distretto)	719	42,62
fuori provincia	595	35,27
n.d.	49	2,90

## 9. Le rette

Ai referenti interni delle case di riposo che cortesemente si sono prestati alla somministrazione del questionario è stato chiesto di specificare quali voci trovino posto all'interno della retta: vitto, alloggio, terapie e assistenza medica sono le voci che a tutti, praticamente, sono venute in mente (con qualche scostamento: il 69% dice assistenza medica, il 67% dice vitto, il 62% dice alloggio e solo il 42% dice terapie di vario genere; si potrebbe pensare che alcune terapie non sono comprese ma sono direttamente a carico del ricoverato) (Tavola 36).

A molti meno referenti è venuta in mente l'animazione: solo il 13% segnala l'animazione come attività compresa nella retta.

Qui probabilmente si tratta di prendere atto che queste attività sono scarsamente presenti nel quotidiano della RSA ; si vedano infatti i dati sulla presenza di animatori professionali negli organici delle case di riposo.

Tra le voci considerate "fuori" dalla retta nel 16% dei casi viene segnalato il lavaggio della biancheria, nel 13% i trasporti, nel 4% dei casi è citata l'assistenza notturna e particolare. Il dato rimanda alla necessità di "trasparenza" nella composizione delle rette e, alla fine, di un coordinamento delle stesse case di riposo al momento di determinare politiche tanto delicate (Tavola 37).

Del resto oggi essere ospitati in una RSA non solo è un'operazione complicata dalle liste d'attesa e dalla disponibilità dei posti, ma dall'obiettivo costo: nel 1998 (fonte: Regione Lombardia) un anno in RSA ad Albino può costare ad una persona non autosufficiente totale qualcosa come 38.142.500 lire (vedi Appendice).

Gli stessi dati della Regione segnalano tra l'altro scarti di retta a carico degli ospiti molto ampi tra diverse RSA pure all'interno di una medesima tipologia di ospiti.

Lo SPI CGIL di Bergamo ha verificato per telefono le rette richieste ed è in grado di individuare lo spettro degli importi a carico degli ospiti (o dei loro familiari) nelle RSA della provincia:

- ❖ si va da 1.395.000 lire al mese (costo giornaliero per 31) in una RSA che comunque ha le prenotazioni chiuse (tempo di attesa previsto 1 anno)
- ❖ ai 3.500.000 lire (250% rispetto alla precedente, due volte e mezza) in una RSA con attesa prevista di diversi mesi.

Su 57 RSA raggiunte per telefono in 46 hanno risposto alla richiesta di indicare l'ammontare della retta giornaliera per un ospite NAT:

- ❖ 1 sola contiene la retta tra il milione e il milione e mezzo al mese,
- ❖ 10 (il 22% delle RSA che hanno collaborato) stanno tra 1,5 e 2 milioni,

- ❖ 31 (il 67%) stanno tra 2 e 2,5 milioni,
- ❖ 2 stanno tra i 2,5 e i 3 milioni,
- ❖ 2 sono sopra i tre milioni di retta al mese (sempre per ospiti NAT).

Da segnalare, solo per completare il quadro, come una RSA dichiara che l'ammontare della retta è legata ad una "trattativa individuale", privata.

Oltre alla retta a carico degli ospiti, le RSA accreditate beneficiano di ulteriori proventi: in particolare la regione Lombardia (come è giusto) restituisce alle RSA un importo giornaliero che ormai si avvicina al valore della quota sanitaria dei costi sostenuti dalle strutture (per un ospite NAT 65.000 lire al giorno, per un NAP 34.000 e 88.000 per un ospite affetto da Alzheimer).

Queste "tariffe" coprono gli interventi medico/sanitari e, tra il '95 e il '98, sono aumentate mediamente del 40%.

Rette e contributi di provenienza regionale contribuiscono a determinare una situazione di bilancio non drammatico; un questionario "soft" e non burocratico come quello dello SPI CGIL, mette in evidenza come in ben 14 case di riposo tra quelle interpellate (31%) sembra prodursi un bilancio "in attivo"; negli altri casi si parla di "pareggio" di bilancio (36% - normativamente tutte le strutture pubbliche o parapubbliche devono avere conti in pareggio); si parla di "disavanzo" nel 13% dei casi (Tavola 38).

Ovviamente va considerato che è molto alto il numero di RSA che su questo argomento non risponde (20%).

tavola 36		
specificazione delle variabili comprese nella retta		
vitto	30	66,67
alloggio	28	62,22
terapie di vario genere	19	42,22
assistenza medica e farmaceutica	31	68,89
animazione	6	13,33

tavola 37		
prestazioni al di fuori della retta		
lavaggio biancheria	7	15,56
trasporti	6	13,33
assistenza particolare o notturna	2	4,44

tavola 38		
le rsa coinvolte dichiarano di avere un bilancio		
in pareggio	16	35,56
in disavanzo	6	13,33
in attivo	14	31,11
n.d.	9	20,00

## 10. Il personale

La prima considerazione riguarda la progressiva diminuzione della presenza di religiosi e religiose nelle strutture di ospitalità per anziani: contrariamente a qualche tempo fa, questo personale è ridotto al 4%: su organici indagati pari a 1.676 unità, il personale laico rappresenta ormai l'85% (1.422 unità) (Tavola 39).

Non sfugge a nessuno che 45 RSA ospitano 3.451 persone e occupano 1.676 operatori.

Un rapporto tra ospiti e operatori pari a 2:1 anche scontando i dipendenti a tempo parziale. Rapporto che in molti casi si presenta superiore agli standard obbligatori per l'accreditamento.

Questo la dice lunga sugli altissimi costi di funzionamento di queste strutture e delle conseguenti altissime rette: si badi che gli attuali standard di personale sono giudicati dagli operatori e dai loro sindacati decisamente insufficienti a rispondere in modo qualificato al bisogno di assistenza presente nelle RSA.

I problemi aperti, ancora una volta, sul fronte delle possibili economie riguardano:

- ❖ la capacità delle RSA (approfittando della procedura di accreditamento prevista dalla Legge Regionale 31) di proporsi come centri capaci di organizzare sul territorio servizi flessibili e integrati, valorizzando il proprio patrimonio professionale e tecnico, candidandosi a gestire servizi territoriali innovativi in sinergia con l'Istituzione;
- ❖ l'opportunità della costituzione di un'associazione che affermi il protagonismo delle RSA e possa costruire sinergie importanti (addirittura negli acquisti sarebbero possibili risparmi di scala);
- ❖ la capacità degli Enti locali di sviluppare politiche di incentivazione della domiciliarità, della semiresidenzialità, dell'alternativa alla definitiva istituzionalizzazione.

Anche le RSA che si definiscono "private religiose" impiegano ormai quasi solo personale laico.

Le figure professionali più ricorrenti sono gli "ASA" (Ausiliari Socio Assistenziali), personale ausiliario qualificato con compiti di assistenza e di supporto.

Rappresentano il 59% del totale del personale.

Le figure meno presenti non sono, come si potrebbe pensare, quelle più qualificate (i medici, per esempio, che rappresentano il 6% o i fisioterapisti, il 5%), ma gli animatori professionali, che rappresentano solo il 2%.

Nell'indagine sono individuati 41 animatori professionali: il loro numero si è per fortuna nel frattempo incrementato.

Secondo la Regione, in provincia di Bergamo nelle RSA convenzionate lavorano nel 1998 62 animatori in possesso del titolo specifico. Ancora molto pochi, se si considera che senza titolo specifico (quindi prevalentemente in modo volontario e non professionale) sono presenti nelle RSA, sempre secondo la Regione, per i medesimi obiettivi di animazione altre 125 persone.

Colpiscono due dati sulla natura giuridica del rapporto di lavoro degli operatori delle RSA: il primo riguarda il "tempo parziale", che riguarda 136 operatori (8%) e il secondo la "mediazione" di cooperative sociali o comunque di cooperative per l'espletamento di alcuni servizi.

Nel '96 erano 237 gli operatori nelle RSA intervistate dipendenti da cooperative (14%). Il dato è decisamente significativo: il 64% delle RSA coinvolte avevano convenzioni con cooperative sociali o di servizio (Tavola 40).

Erano solo 13 (29%) le RSA con una dotazione organica propria per la realizzazione di tutti i servizi previsti dal funzionamento della struttura.

Vengono appaltati tranquillamente i servizi di cucina (18%), di pulizia, lavanderia, portineria (36%); più significativo il dato che vede in 22 RSA (49%) convenzioni che hanno come contenuto l'assistenza stessa agli ospiti (Tavola 41).

Un ragionamento di ordine generale sul personale delle RSA emerge con chiarezza dal lavoro di indagine:

- ❖ gli organici vengono ritenuti insufficienti ancorché rispondenti agli standard regionali;
- ❖ la necessità di formazione è urgente: in generale il personale stesso si definisce impreparato a gestire le complesse dinamiche (in particolare quelle di ordine psicologico, emotive e relazionali) generate dall'istituzionalizzazione degli anziani. Sarebbe auspicabile in questo quadro una formazione di base adeguata ma anche una supervisione stabile, ricorrente e qualificata.

tavola 39		
quantificazione del personale in servizio		
totale	1.676	100,00
laico	1.422	84,84
religioso	75	4,47
asa	996	59,43
ip	217	12,95
fkt	78	4,65
animatori professionali	41	2,45
ausiliari per servizi generali	282	16,83
medici	96	5,73
amministrativi	98	5,85
personale dipendente da cooperative	237	14,14
personale dipendente a tempo parziale	136	8,11

tavola 40		
la rsa ha stipulato convenzioni con cooperative sociali o di servizio?		
sì	29	64,44
no	13	28,89
n.d.	3	6,67

tavola 41		
quali servizi sono generalmente appaltati a cooperative?		
cucina	8	17,78
pulizie, lavanderia, portineria	16	35,56
assistenza	22	48,89