

“RSA pubbliche, RSA da cambiare”

Documento del Dipartimento welfare dello SPICGIL di Roma e del Lazio.

1.0 Il Ministero della sanità in data 29 agosto 1989 ha stabilito interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti di cui all'art. 20 della legge 11-3-1988, n. 67 specificando che il conseguimento degli obiettivi indicati nell'articolo stesso dovesse avvenire attraverso una serie di criteri tra i quali era compresa la realizzazione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti e di quelle per handicappati e disabili psichici e sensoriali, riservando a tal fine, sulla disponibilità di 10 mila miliardi complessiva del primo triennio, ben 2.670 miliardi, di cui 400 per strutture destinate ad handicappati e disabili.

1.1 Con il DPCM 22 dicembre 1989 *“Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali”* è stato prevista in particolare la localizzazione delle RSA in aree già urbanizzate al fine di prevenire ogni forma di isolamento degli anziani ed ogni difficoltà di rapporti con le famiglie.

1.2 Il *“Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani”* approvato dal parlamento il 30 gennaio 1992 ha confermato che le RSA costituiscono una forma di risposta alle situazioni di bisogno sanitario di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti o a grave rischio di non autosufficienza, che, per ragioni molteplici, non possono essere assistite nelle forme e con le modalità dell'assistenza domiciliare o che sono state finora ricoverate in ospedale.

2.0 La Regione Lazio con la legge n.41 in data 1° settembre 1993, ha emanato norme per l'organizzazione, il funzionamento e la realizzazione

delle RSA, cui è seguito il Regolamento in data 6 settembre 1994, n. 1 e con il quale sono stati ulteriormente definiti i requisiti delle RSA.

La Regione Lazio con una DGR in data 31 luglio 1996 attuando la deliberazione del CIPE del 30 gennaio 1997 che finanziava progetti del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 legge 11 marzo 1988 n.67 prevedeva tra l'altro, la realizzazione di tre RSA pubbliche in altrettanti Comuni della provincia di Latina:

Minturno	Costruzione R.S.A. per anziani in località Monte Ducale	5.590.000.000 di Lire
Sabaudia	Costruzione R.S.A. per anziani in località Borgo S. Donato	5.622.000.000 di Lire
Sezze	Realizzazione R.S.A. per anziani in località Villa Petrarà	5.693.000.000 di Lire

Di queste tre strutture solo quella di Sabaudia è stata realizzata ma affidata in gestione ad una società privata a tal fine accreditata dalla Regione.

Sul piano nazionale negli anni successivi si sono succeduti numerosi provvedimenti tra i quali le Linee Guida del Ministero della sanità sulle RSA.

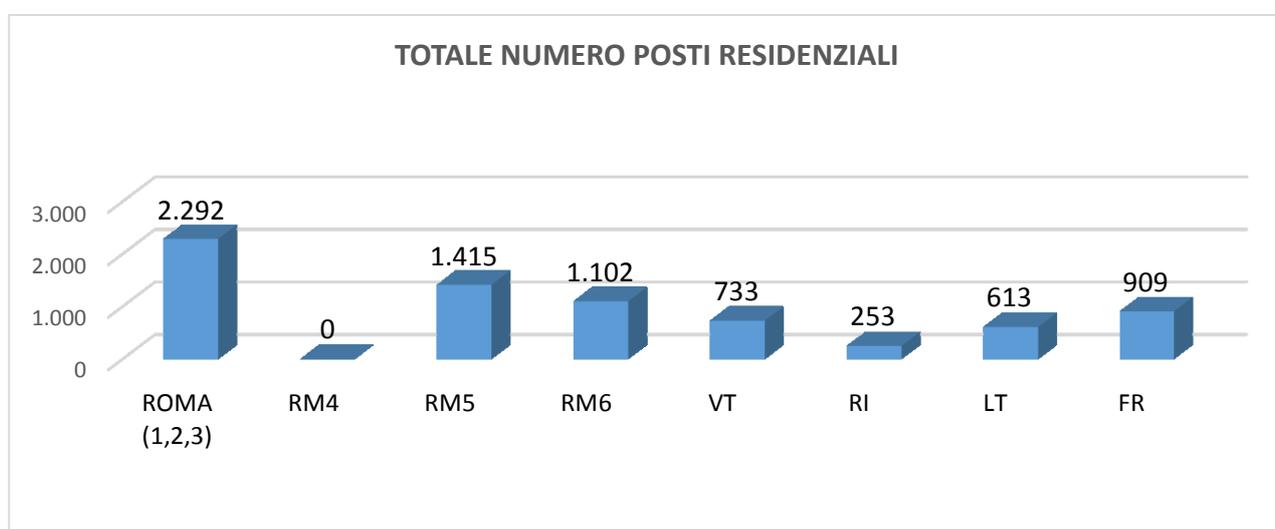
La Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza del Ministero della Salute ha individuato indicatore di posti pari al 2,5% della popolazione anziana e quattro principali tipologie di utenti non autosufficienti, che qualificano diverse tipologie prestazionali:

- 1) Anziani non autosufficienti
- 2) Persone disabili giovani e adulte
- 3) Persone con patologie psichiatriche
- 4) Persone con patologie terminali.

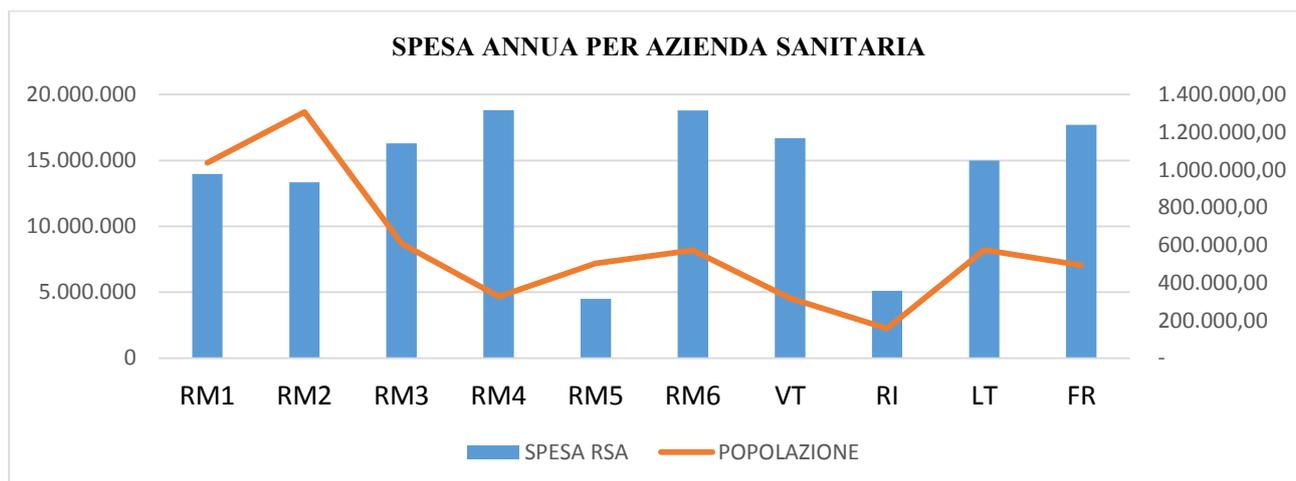
3.0 Nel quadro normativo e sulla base dei soprarichiamati riferimenti la Regione ha avviato negli anni ha reso noti dati sul fabbisogno di posti residenziali in RSA senza peraltro definire una programmazione della disponibilità di posti pubblici per cui questa la possibilità di aprire RSA è stata utilizzata quasi esclusivamente da imprenditori privati dato che solo

alcune IPAB hanno scelto di trasformare le loro attività assistenziali in RSA (es. Istituto San Michele) e che nessuna azienda sanitaria ha fatto domanda per utilizzare i fondi messi a disposizione per il riutilizzo degli ospedali dismessi.

Attualmente la gestione delle RSA è prevalentemente in mano ad una serie di soggetti privati anche se esiste qualche caso di RSA gestita da associazioni (Assohandicap Onlus di Marino), da altre istituzioni (es. Casa di riposo della comunità ebraica di Roma) e da religiosi (es. Ancelle francescane del Buon Pastore, Don Gnocchi, ecc.).



3.1 La spesa per le RSA sostenuta complessivamente dalla Regione Lazio nel 2018 (ultimi bilanci approvati) è molto elevata ammontando ad € 140.186.000 annui ed è così distribuita (la spesa è in carico alle aziende di residenza degli assistiti e non in base al luogo dove è la struttura) a dimostrazione che gli ospiti non vengono assistiti in prossimità del luogo della loro dimora abituale e dove si presume vivano parenti ed amici.



3.2 Con il DCA U00258/2019 è stato previsto un fabbisogno di 2.173 posti di residenziale intensivo, residenziale estensivo e residenziale estensivo cognitivo comportamentale (in aggiunta ai 391 esistenti complessivamente) e di 4.226 di mantenimento (in aggiunta ai 7.634 già esistenti).

Nell'atto era prevista la possibilità per le ASL di attivare strutture pubbliche per un numero di posti letto pari a 338 p.r. Le ASL non le hanno realizzate limitandosi invece a perfezionare le domande dei privati che si erano resi disponibili, a diverso titolo, a gestire gli ulteriori 1.582 p.r.

La Regione Lazio in data 9 giugno 2020 con il DCA U00073 ha inoltre sospeso il percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali ritenendo nella fase presente del Covid di dover fare il punto sulla programmazione regionale nei prossimi 4 mesi e per approntare misure volte al ripristino della gestione ordinaria tenendo conto anche del piano di riorganizzazione per le emergenze pandemiche richiamato nell'art. 2 del D.L. 34/2020 come pure degli interventi già effettuati. E' stato sospeso pertanto il percorso di riorganizzazione di cui ai DCA 187/2017, come modificato, dal DCA 16/2018 e dal DCA 471/2019 fino al 31 ottobre 2020.

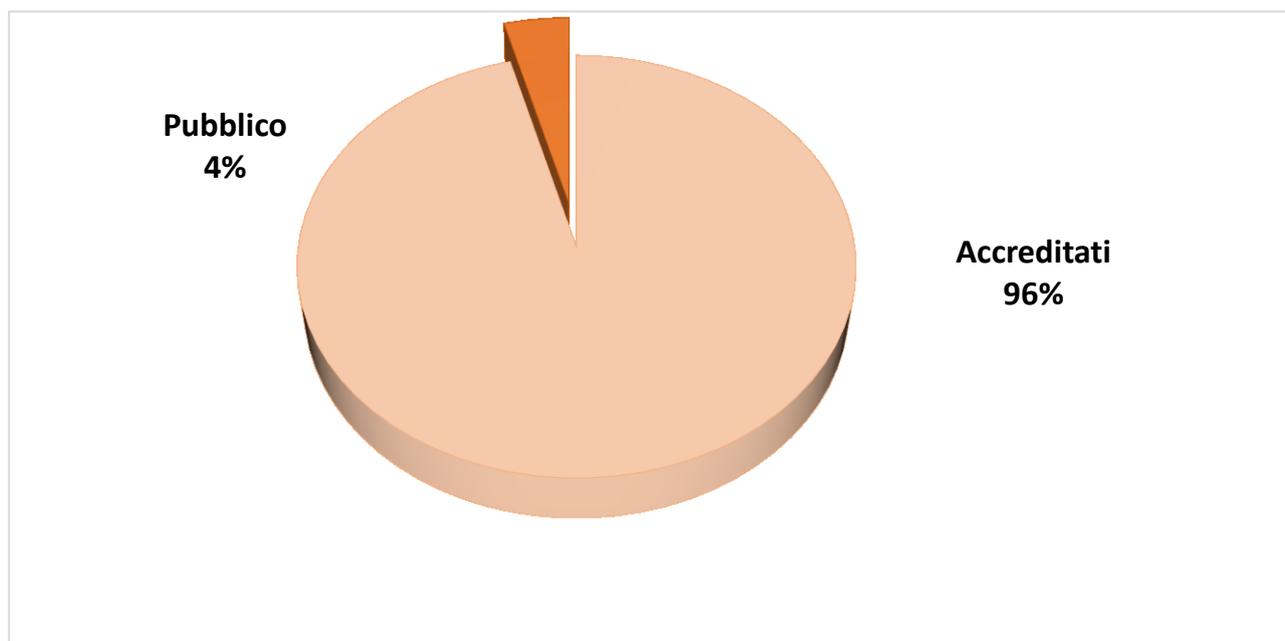
4.0 Lo SPICGIL di Roma e del Lazio richiede RSA pubbliche, RSA cambiate. Le RSA non hanno retto bene all'epidemia perché tutte quelle che conosciamo nascono con una cultura e un modello custodialistico, ma anche perché nessuno ha fatto controlli e perché il potenziamento dell'assistenza territoriale non è tra le priorità della regione Lazio.

Nessuna ASL del Lazio ha aperto una RSA. Lo potevano fare e da ultimo lo prevedeva un Piano regionale di potenziamento delle RSA (DCA 258/2019) che al riguardo sul come farlo indicava il riutilizzo di «strutture pubbliche oggetto di riconversione e/o di finanziamento pubblico».

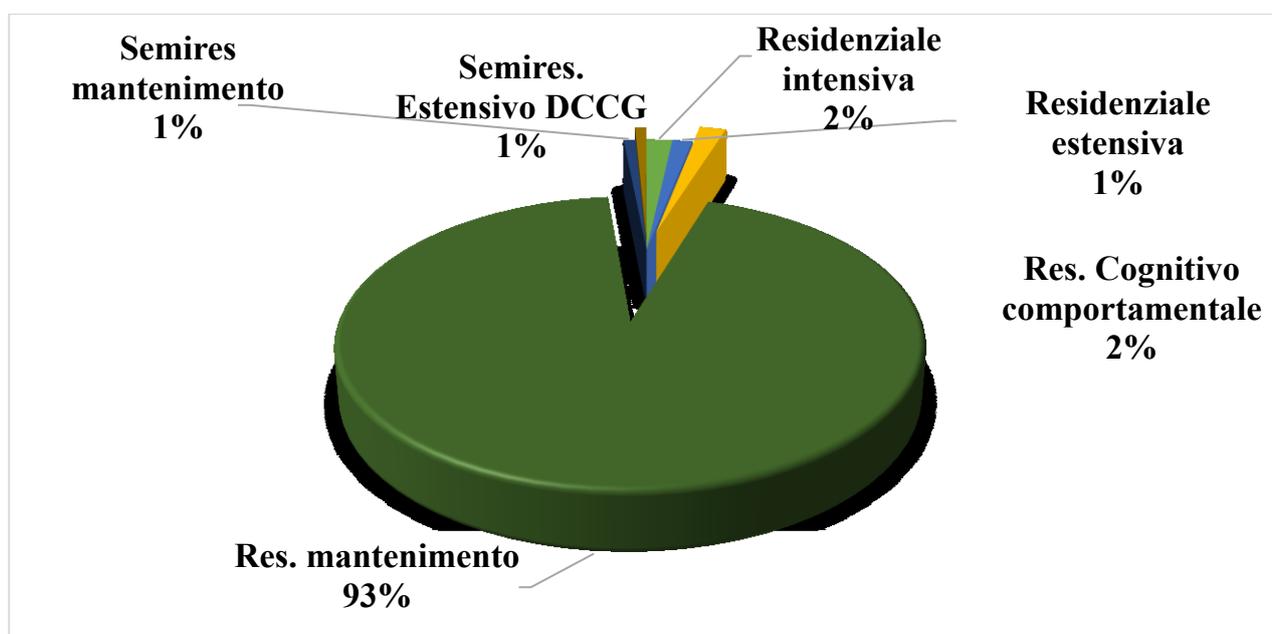
Nuovi posti aggiuntivi di RSA con una spesa di 47 mln di euro nel triennio 2019-2021 alla fine sono andati ancora una volta ai gruppi privati accreditati per le RSA.

Sono andati ai soliti noti dell'oligopolio della sanità accreditata Gruppo Giomi, Gruppo Garofalo, Gruppo Italcliniche, Gruppo Sage, San Raffaele, Sereni Orizzonti, Nuova S.A.I.R., Don Orione, Nomentana Hospital e Policlinico Italia

Se le ASL del Lazio avessero utilizzato la possibilità data dal DCA 258 del 2019 di aprire RSA, il rapporto pubblico-privato sarebbe stata il seguente:



In assenza di una adeguata programmazione i privati hanno impiantato le RSA dove hanno voluto scegliendo la tipologia che risultava per loro più remunerativa ottenendo autorizzazioni e accreditamenti.



4.1 L'obiettivo oggi non è l'incremento a oltranza di posti di RSA private ma ripensare i fabbisogni regionali figli di una inadeguata cultura custodialistica, raccordandoli a scelte forti di assistenza residenziale diversa, aprire RSA pubbliche che si integrino con i servizi di assistenza domiciliare, sulla base di principi e con requisiti diversi da far valere anche per le RSA accreditate, in tal senso riorganizzate.

L'obiettivo oggi è quello di realizzare una estesa rete socioassistenziale a diversa intensità assistenziale articolata nelle diverse forme di domiciliarità (cohousing, abitazioni per coppie, case-famiglia ecc.) per quegli anziani fragili che non hanno bisogno di accedere a una RSA del SSR.

Le RSA le vogliamo cambiare e si cambiano:

- cambiando le scelte pubbliche della R. Lazio perché le RSA oggi vengono date solo in committenza ai privati. Il che determina un regime di oligopolio senza controlli e senza aderenza ai fabbisogni territoriali
- cambiando il modello di RSA in termini di organizzazione e di diversificazione della cura, strutturando un sistema più flessibile e più personalizzato, con differenti servizi residenziali per anziani, non limitandosi ad aggiustamenti del modello attuale;
- Rivedendo i termini della regolazione dei rapporti fra committenza pubblica e privati.
- Investendo nella formazione degli operatori alla interdisciplinarietà e integrazione nel lavoro, alla relazione con gli utenti, per gli aspetti relativi

alla presa in carico dei pazienti o ospiti (che deve essere presa in carico del benessere globale della persona)

4.2 L'assessore alla sanità seguita a dichiarare che vuole aprire RSA pubbliche.

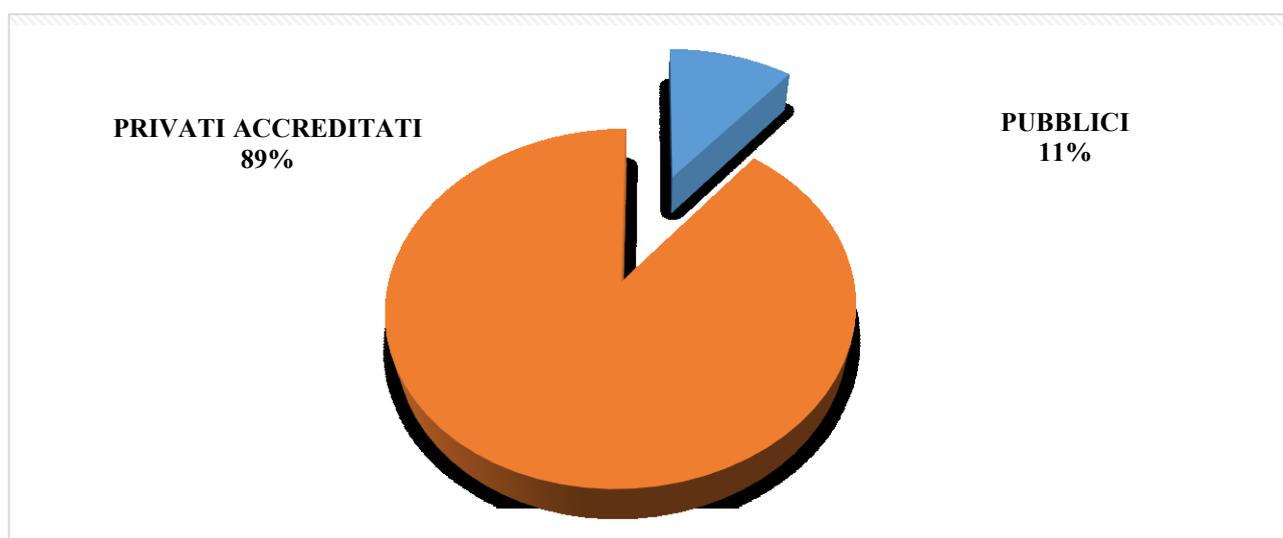
Come SPICGIL di Roma e del Lazio avanziamo la proposta di una rete pubblica di RSA da aprire subito.

RSA diverse nella impostazione.

Aprire nelle dieci ASL 20 RSA pubbliche: in media due per ogni ASL. Per un totale di 1000 posti.

	INTENSIVA	ESTENSIVA	ESTENSIVA DCCG
ROMA 1,2, 3	60	440	260
ROMA 4	20	20	20
ROMA 5	0	20	0
ROMA 6	20	20	0
VITERBO	0	20	20
RIETI	0	20	0
LATINA	20	0	0
FROSINONE	0	20	20
TOTALI	120	560	320

In questo modo si comincerà a riequilibrare, anche se in parte l'offerta, ma sarà un segnale.



Come SPI CGIL riteniamo essenziale far crescere nella governance regionale un orientamento diverso su quali debbono essere i luoghi della cura e della protezione più adeguati per gli anziani

Un orientamento nuovo che noi sollecitiamo in tempi rapidi come da larga parte dei cittadini del Lazio viene richiesto.

La crisi che viviamo contiene anche delle opportunità di trasformazione. Maturare una svolta e dare finalmente uno sbocco alle RSA.

Cambiarle da quelle che abbiamo conosciuto nella fase più intensa del Covid-19.

Questo è quanto chiede il sindacato dei pensionati della CGIL.

4.3 Una prima rete pubblica di RSA

Vi è necessità di coprire le aree carenti cercando di utilizzare immobili pubblici preesistenti abbandonati o utilizzati solo in minima parte.

1) La scelta, anche finanziariamente sostenibile, prioritariamente è orientata verso gli ospedali dismessi: edifici spesso molto antichi situati nei centri storici per cui oltre a rispettare le indicazioni normative si ottiene il recupero urbanistico di immobili importanti anche dal punto di vista storico.

La regione Lazio già con il DCA U00039/2012 aveva disposto l'avvio delle procedure per il riutilizzo delle strutture ospedaliere dismesse.

2) In secondo luogo sono stati individuati alcuni immobili di ex IPAB non utilizzati.

In questo caso importante è il ruolo che possono e devono svolgere i Sindaci per permettere l'utilizzazione di queste strutture.

3) In terzo luogo, specialmente per la città di Roma, è possibile il recupero di immobili abbandonati (facendo riferimento all'art. 42 della Costituzione) per cui nel caso di immobili abbandonati questi potrebbero essere iscritti al patrimonio comunale senza possibilità di indennizzo per il privato in quanto questo è dovuto solo ai beni che hanno una tutela giuridica, mentre quelli abbandonati l'hanno persa.

4) Infine un'altra via è quella dell'utilizzo dei beni confiscati alla malavita organizzata previsto dalla legge 109/1996, che prevede il trasferimento dei beni confiscati alla malavita organizzata in via definitiva per finalità istituzionali o sociali, in via prioritaria ai Comuni ove l'immobile è sito da

destinare a finalità sociali. Si tratta spesso di edifici di pregio per i quali possono essere acquisiti contributi specifici.

Nel caso di appartamenti potranno comunque essere utilizzati per il co-housing sociale assicurando l'assistenza domiciliare integrata e per l'assisted living.

Sulla base dei questi presupposti si propongono le seguenti strutture che si trovano tutte nei centri storici:

- ROMA città: San Giacomo, Forlanini, S. Maria della Pietà, immobili della regione o di altri enti pubblici, beni confiscati o abbandonati;
- Roma 4: Cesano, struttura IPAB «Don Morotti»
- Roma 5: ex ospedale di Zagarolo (già individuata dalla regione)
- Roma 6: già attivate RSA negli ex ospedali di Genzano e Albano
- Viterbo: ex ospedale di Vetralla, ex ospedale di Orte;
- Rieti: ex ospedale di Rieti;
- Latina: ex ospedale di Priverno, IPAB «SS. Annunziata» Gaeta
- Frosinone: ex ospedale di Anagni, ex ospedale di Alatri

4.4 I criteri per la realizzazione delle RSA sono contenuti nel DPCM 22 dicembre 1989, ma tenuto conto di quanto avvenuto di recente (le due RSA Covid nella ASL RM6) appare opportuno sottolineare cosa dovrebbe caratterizzare una RSA pubblica, per differenziarla da quelle private:

a) La struttura deve essere di proprietà pubblica;

b) La direzione deve essere affidata ad un dirigente medico con contratto a tempo indeterminato che può essere anche un dirigente del distretto a part time quindi con onere ridotto per la RSA;

c) Non servono altri medici in quanto i pazienti restano comunque in carico ai loro medici di famiglia;

d) Il personale (infermieri professionali, OSS, ecc.) deve essere dipendente con contratto a tempo indeterminato;

e) Sarebbe opportuno evitare i service;

f) La gestione deve essere orientata al benessere dei pazienti e non al profitto;

f) Le RSA devono essere inserite nella rete aziendale anche allo scopo di contenere i costi (utilizzando per consulenze specialisti ospedalieri, in part time assistenti sociali del Distretto, ecc.) e incardinate in un Dipartimento;

in genere è quello dell'assistenza territoriale; una soluzione diversa è quella della Roma2 che ha creato il «Dipartimento tutela della fragilità».

5.0 I costi per la prima rete pubblica di RSA

Le persone nel Lazio di età superiore a 65 anni al 1° gennaio 2020 erano 1.275.930

La spesa sostenuta attualmente per un anziano o cronico non in buone condizioni non ospedalizzato o ricoverato in RSA possono essere così riassunti:

- a) Medicinali = € 656,00 (Fonte AIFA costo riferito alla spesa per anziani cronici)
- b) Dispositivi medici = € 300,00
- c) Specialistica ambulatoriale costo medio >65 cronici con almeno due controlli annui= € 900
- d) Accesso ai Pronto Soccorso costo medio >65 = € 100
- e) Valore medio DRG per ricovero anziani con patologie croniche gravi due ricoveri: € 5.000
- f) Spesa annua ADI per long term care € 28.644 per ogni anziano.

Pertanto per 20 pazienti non ricoverati e in buone condizioni si ha già una spesa annua di € 712.000.

5.1 REALIZZAZIONE DI RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (ipotesi di costi medi per una RSA di 20 p.r.; per una RSA di 60 o 120 p.r. i costi fissi si spalmano su un numero di posti maggiore e quindi il costo per ospite si riduce):

Spesa in conto capitale: in media € 1.000.000 per ciascuna RSA per complessivi € 20.000.000 che vanno finanziati con l'art. 20 della legge 67/1988 rifinanziata con i fondi europei:

Spesa in conto corrente composta da:

- a) spesa del personale: mediamente € 700.000 annui compresi gli oneri riflessi (che può essere ridotta utilizzando per alcune figure come l'assistente sociale personale del Distretto in part time)
- b) costi per medicinali, dispositivi medici, ecc. € 20.000
- c) spese generali € 200.000,00 (che possono essere abbattute utilizzando i servizi dell'ospedale di riferimenti)

Il costo complessivo dovrebbe quindi essere molto contenuto ed essere in pareggio in base alle tariffe vigenti ed inferiore al costo dei ricoveri presso RSA accreditate (che pure applicano un contratto di lavoro meno gratificante per gli operatori)

	EURO	Posti Residenziali	Spesa annua RL
Intensiva	220,3	120	7.930.800,00
Estensiva	144	560	24.192.000,00
Est. DCCG	153	320	14.688.000,00
TOTALE		1000	46.810.800,00

A questo proposito è bene ricordare che per le suesposte tipologie l'onere è tutto a carico del SSR mentre nel caso di livello assistenziale di mantenimento parte della spesa è carico delle famiglie.

Naturalmente nel caso in cui sia possibile l'assistenza domiciliare integrata i vantaggi dal punto di vista umano e sociale saranno di gran lunga maggiori purché siano rispettati gli standard forniti dalla commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" del 2006.

A questo proposito non si deve dimenticare l'importanza del ruolo dei *caregiver* il cui valore dal punto di vista umano non è misurabile e che anche dal punto di vista economico è molto rilevante.

Roma 23 giugno 2020