

ATTI DEL CONVEGNO

"Persone e Case di Riposo in Bergamasca"

indagine dello Spi Cgil di Bergamo

26 maggio 1999

GLI INTERVENTI DEI RELATORI



Indice del fascicolo

Interventi di

<i>Rita Bianchin</i>	<i>pag.</i>	<i>5</i>
<i>Raffaele Latella</i>	<i>pag.</i>	<i>7</i>
<i>Lucia Galimberti</i>	<i>pag.</i>	<i>19</i>
<i>Ebe Sorti Ravasio</i>	<i>pag.</i>	<i>29</i>
<i>Stefano Rossattini</i>	<i>pag.</i>	<i>33</i>
<i>Conclusioni di</i>		
<i>Maurizio Laini</i>	<i>pag.</i>	<i>35</i>

Intervento di Rita Bianchin Assistente Sociale - ASL Bergamo; Coordinatrice corsi ASA

Il trauma dell'istituzionalizzazione

La vecchiaia è stata e sarà parte della vita di ciascuno di noi: le nostre radici, il nostro futuro.

Grazie ad Antonella e ad Alberto che hanno prestato la loro voce (che riportiamo a margine di questa raccolta di atti), per avvicinare tutti noi al mondo dei sentimenti, delle speranze, delle debolezze, delle paure, delle persone, i vecchi appunto, che stanno concludendo in casa di riposo la loro vita.

Mentre si sta concludendo il lungo e faticoso percorso che ha portato via via alla chiusura di tutti i grandi contenitori istituzionali, manicomi, orfanotrofi, ospizi; assistiamo, tra l'indifferenza dell'opinione pubblica e dei tecnici, al moltiplicarsi dei piccoli contenitori. Più specialistici, meglio organizzati, ma pur sempre appartenenti alla cultura dell'esclusione e dell'emarginazione; le case di riposo sono figlie di questa logica. Troppo spesso, la domanda di aiuto che anziani e famiglie portano ai servizi pubblici, all'ASL o al Comune, viene liquidata superficialmente con la semplice consegna di un elenco delle strutture di ricovero.

L'ingresso in casa di riposo, spesso non voluto, non scelto, non così necessario, appare l'unica possibile risposta a bisogni che potrebbero essere affrontati in modo diverso. Eppure l'istituzionalizzazione è sempre un'esperienza traumatica e per un vecchio spesso devastante: viene interrotta, con un taglio netto, la continuità dell'esistenza; nel passaggio in casa di riposo si perde la normalità del diventare vecchio per trasformarsi in un concentrato di solitudine, malattia, dipendenza. Si abbandona la casa abitata, e insieme i ritmi, i tempi determinati dal proprio sé, per stare in un luogo, la casa di riposo, dove tutto è preordinato in funzione di esigenze estranee, incomprensibili. Si è costretti a mettere tra sé e gli altri, i familiari, i pochi amici, uno spazio spersonalizzante ove l'unico ed esaustivo ruolo che resta da vivere è quello dell'anziano ricoverato.

La qualità della vita, la dignità delle persone

Il senso della vita, la sua qualità è innanzitutto dato dalla possibilità di interpretare ruoli diversi: abbiamo bisogno, un bisogno vitale, di essere madri, fratelli, mogli. Abbiamo bisogno di mantenere continuità con la nostra storia, abbiamo bisogno di progettare, di avere un futuro, di contare per qualcuno, di non essere costretti alla perdita di interessi e desideri quale unico possibile adattamento ai vincoli del ricovero. Le parole che abbiamo ascoltato richiamano fortemente la necessità di superare la logica del garantire, soprattutto assistenza fatta di sequenze di prestazioni tecniche, magari di buon livello, per conquistare la dimensione del "prendersi cura" per far star bene, insieme agli anziani anche gli operatori che li assistono. Prendersi cura è una risposta affettiva, restituisce valore, dignità, appartenenza e futuro, permette uno scambio di relazioni che fa crescere e arricchire la storia e la competenza umana di ciascuno. "Prenditi cura di me", chiedono gli anziani che abbiamo ascoltato. Noi oggi cerchiamo di farlo mettendo a disposizione le riflessioni che sono emerse dalla nostra ricerca affinché ognuno di noi per la sua parte si impegni a migliorare le qualità delle risposte ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie; a lavorare seriamente, concretamente affinché con rigore tecnico, sensibilità, vicinanza umana il cumulo sconsiderato e disomogeneo dei servizi ora esistenti in provincia di Bergamo si trasformi in un insieme logico, accessibile per tutti, disponibile, accogliente.

La CGIL e la tutela dei più deboli

Per noi, per la CGIL, l'impegno politico sul tema della tutela dei più deboli e in questo caso degli anziani non autosufficienti, è stato sempre accompagnato anche da un percorso parallelo di studio, di riflessione e di approfondimento, cui hanno partecipato in modo significativo e ampio i dirigenti e gli attivisti dello SPI e della Funzione Pubblica.



Ricordo brevemente la strada percorsa in questi ultimi anni e le tappe più importanti: una prima ricerca, sullo stato dell'arte dei servizi per gli anziani nella Bergamasca, SAD e case di riposo, discussa in due convegni (maggio e giugno 1990), dal titolo "Invecchiare con dignità - un diritto per tutti". Da questo lavoro nasce un secondo progetto, una ricerca sul lavoro di cura delle famiglie che assistono a casa gli anziani non autosufficienti, una delle prime in Italia, anche questa presentata pubblicamente nel maggio 1994 con il titolo "La parola a chi cura". In quell'occasione un contributo importante di approfondimento è stato portato da Laura Balbo, attuale ministro per le Pari Opportunità, allora in veste di esperta del lavoro di cura prodotto dalle donne.

L'indagine SPI sulle RSA

Tornando all'indagine che non presenteremo nel dettaglio, ma che sarà oggi l'occasione per discutere di qualità, soprattutto di qualità della rete dei servizi per anziani e in specifico di qualità della vita in casa di riposo, vorrei fare solo qualche rapida annotazione.

Quanto è emerso dalla ricerca conferma, pesa, precisa e definisce, tutta una serie di dati e di informazioni che sono noti e proprio per questo significativi.

Abbiamo visto che sempre di più anche nelle strutture più piccole si afferma il modello organizzativo di tipo ospedaliero; nelle case di riposo, di "casa", di ambiente domestico familiare ormai resta molto poco.

E, in questo ambiente, il 35,5% degli ospiti vive mediamente per oltre cinque anni, ha pochissime occasioni di tornare a casa, anche per poco, non dispone di spazi riservati per incontrare i familiari, vive in camere di dimensioni insufficienti, quasi claustrofobiche, non sa come passare il tempo, è costretto ad alzarsi dal letto prestissimo e a coricarsi tra le 19 e le 20. Se poi è allettato o gravemente non autosufficiente non può nemmeno utilizzare le attività di animazione, in genere destinate a chi sta meglio. Nessuno si preoccupa di coltivare o solo mantenere vivi i legami con i suoi familiari e per ogni problema o richiesta è costretto, così come i familiari e gli operatori, a rivolgersi ad interlocutori diversi. Come in ospedale, in casa di riposo l'attenzione alla persona è parcellizzata, frammentata in competenze, adempimenti, prestazioni. Quando viene ricoverato, nessuno valuta se quella è la risposta giusta ai suoi problemi e soprattutto nessuno verifica se è d'accordo. Nessuno gli chiede mai cosa ne pensa del trattamento che riceve una volta entrato. Nelle 45 case di riposo della Bergamasca toccate dall'indagine, 413 persone, il 12%, di tutte quelle ricoverate avrebbe potuto restare ancora a casa con un'adeguata assistenza domiciliare.

Nelle aziende private la soddisfazione del cliente è uno degli elementi su cui è incardinata la reale possibilità di restare sul mercato.

Beneficenza e diritti

Per i servizi socio assistenziali misurare e confrontarsi con la qualità dei risultati sembra una meta ancora molto lontana. Forse le radici nella storia della beneficenza di queste istituzioni sono ancora troppo forti e profonde. Alle persone si può riconoscere il bisogno di assistenza, ma si fa fatica, molta fatica a riconoscere loro il diritto di dire quello che pensano di un servizio per il quale, al contrario del passato, pagano i costi.

In tema di qualità dei risultati, di soddisfazione degli utenti, noi vorremmo invece che si avviassero finalmente progetti concreti. Abbiamo alle spalle tutta una serie di indirizzi legislativi dello Stato e della Regione: il DPR 502 del '92, la legge 1/86 di riordino dei servizi socio assistenziali, il Piano socio assistenziale del 1988-90, il Progetto Obiettivo Anziani del 95-97, la legge regionale 31 del '97, le linee di indirizzo del nuovo PSA.

Infine abbiamo ora disponibile anche uno strumento concreto proposto dalla Regione, immediatamente utilizzabile, se solo si volesse: la batteria di indicatori per valutare la qualità prodotta dalle case di riposo a livello di struttura, processo e risultati.

Diamoci da fare. Buon lavoro.

*"Maria ti
prego, ti
raccoman-
do, non
farmi
morire da
sola,
sento la
morte, ho
paura,
non
lasciarmi
da sola..."*

Voci raccolte da allievi
dei corsi regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

**Intervento del dottor Raffaele Latella
Direttore Sanitario della RSA di via Gleno a Bergamo**

**GLI INDICATORI DELLA QUALITÀ DELLA VITA
DEGLI OSPITI DELLE RSA**

Signor Presidente, relatori, signore e signori vi ringrazio per l'invito a parlare in questo seminario nel quale si discuterà di un argomento così importante, quanto dimenticato e disatteso, quale la qualità della vita delle persone anziane ospiti di RSA.

Va dato perciò merito allo SPI-CGIL di avere condotto un'indagine su tutte le strutture della provincia di Bergamo e di avere chiamato a questo dibattito il sindacato, gli interlocutori istituzionali e gli utenti.

La relazione che mi appresto a svolgere è anche il risultato delle riflessioni che da alcuni mesi gli operatori della Casa di Ricovero di Via Gleno stanno conducendo insieme ai colleghi di alcune tra le più significative RSA della Regione Lombardia che sono riuniti nell'associazione LOGOS.

L'Assessorato Regionale alla Famiglia e alle Politiche Sociali nel 1998, al fine di procedere all'accreditamento istituzionale delle RSA lombarde, ha commissionato al LOGOS lo studio di un sistema di indicatori della qualità.

I risultati completi della ricerca saranno presentati dall'assessorato stesso a Milano, il prossimo 8 giugno 1999.

Definire in senso assoluto cosa si intende per qualità della vita (QoL) non è cosa semplice e ancora meno semplice è definire che cosa si intenda per qualità della vita nelle RSA e trovare quindi degli strumenti oggettivi per misurarla.

Una cosa sicura è che la mia personale qualità di vita si è abbassata notevolmente in questi giorni dovendo mettere a punto questa non facile relazione.

La QoL viene descritta sempre in termini astratti poiché il suo valore è ciò che di più soggettivo possa esistere.

In generale si può definire migliore la qualità della vita quanta minore distanza il soggetto percepisce tra la propria vita reale e la vita ideale. Tanto più la mia vita reale, quella che di fatto sto vivendo, si avvicina alla vita per me ideale, alla vita che vorrei vivere, tanto maggiore è la sua qualità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1991 definiva la QoL "la percezione degli individui della loro posizione nella vita nel contesto culturale e nel sistema dei valori in cui vivono in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, ai loro interessi".

La difficoltà di una definizione sta nel fatto che il termine qualità della vita rappresenta un'ampia gamma di aspetti dell'esperienza umana che vanno dai bisogni più elementari a quelli più complessi e indefinibili quali il raggiungimento di una sensazione di appagamento, di benessere e di felicità personale.

Una buona QoL è collegata ad un benessere individuale percepito a livello:

- | | | | |
|--------------|--------------|-------------------|-------------|
| ◆ fisico | ◆ funzionale | ◆ cognitivo | ◆ affettivo |
| ◆ emozionale | ◆ ambientale | ◆ socio-culturale | ◆ economico |

Uno dei valori più importanti per l'individuo è ad esempio la QoL correlata allo stato di salute ovvero la percezione di quanto il proprio stato di salute favorisca o impedisca la realizzazione della propria vita ideale.

Il valore qualità della vita per avere un reale significato deve essere sempre contestualizzato, deve avere sempre riferimento alla persona, allo spazio ed al tempo.

Per descrivere che cosa è una buona qualità di vita all'interno delle RSA e quali sono i suoi indicatori è necessario definire preventivamente da una parte la RSA, le sue finalità e la collocazione dell'istituzione nella rete dei servizi e dall'altra la tipologia dell'utente, i suoi bisogni e le sue attese.

L'attenzione va dunque spostata sulle RSA prendendo atto delle profonde trasformazioni che sono intervenute negli ultimi anni, non più una struttura di esclusivo carattere socio-assistenziale, destinata a ricevere anziani in buono stato di salute, ma una struttura a forte valenza sanitaria integrata che ricovera anziani disabili, portatori di patologie complesse.

Le RSA, Residenza-Sanitaria-Assistenziale, secondo le normative vigenti, sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle singole regioni.

Le RSA, Residenza-Sanitaria-Assistenziale, devono pertanto garantire tre ambiti:

- ◇ la residenzialità, una sistemazione residenziale con una connotazione il più possibile domestica così da costituire una continuità nella sua vita, in modo tale da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione.
- ◇ il livello sanitario, tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire, curare e riabilitare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni.
- ◇ il livello assistenziale, indirizzato verso un'assistenza personalizzata orientata al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere.

L'utenza delle RSA, gli anziani che vi sono ospitati, si caratterizzano per:

- ◇ l'età anagrafica molto avanzata, mediamente superiore ad 81 anni, nella ricerca dello SPI il 67.17 % ha più di 75 anni. Noi sappiamo che la caratteristica del grande vecchio è la fragilità, ovvero la tendenza ad andare incontro a scompensi organici e funzionali per stress di piccola entità, con una predisposizione alla cronicizzazione.
- ◇ l'elevata perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana: più del 50% degli ospiti delle RSA hanno un decadimento cognitivo medio-elevato, i problemi di incontinenza riguardano i 3/4 degli ospiti, il 50% ha bisogno di aiuto nell'alimentazione, che è comunque l'ultima funzione che viene persa, più del 50% ha perso l'autonomia della deambulazione.
- ◇ le condizioni di salute caratterizzate dalla presenza di malattie cronico-degenerative, da comorbosità, da severità ed instabilità clinica elevata tali da non permettere la permanenza al domicilio, anche se non necessitano dell'intensività ospedaliera.
- ◇ le condizioni sociali che non consentono di rimanere al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali perché nella maggioranza dei casi anziani soli.
- ◇ la necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali, di programmi di riattivazione e di animazione.

L'obiettivo della RSA è dunque quello di garantire all'utente/ospite una buona assistenza sanitaria e sociale, con particolare attenzione alla soddisfazione e al benessere articolati sul triangolo persona-famiglia-servizi.

Come è possibile dunque coniugare QoL e RSA? Siamo ancora fermi alle definizioni.

*" Vado
in
camera
mia
perché i
miei
parenti
non
vengono
a
trovarmi
e non
voglio
vedere
quelli
degli
altri."*

La QoL in RSA può avere una definizione molto semplice: "La residenza ha una buona QoL se l'ospite è soddisfatto nei confronti di sé stesso, nei confronti della struttura e nei confronti dell'assistenza che riceve".

Ma è una definizione ancora soggettiva, non facilmente misurabile.

Un passo avanti lo possiamo fare con la seguente definizione: "La QoL risiede nella possibilità, nella libertà e nell'essere messi in grado di esprimere tutte le potenzialità residue fisiche, mentali e sociali fino alla fine dei propri giorni." Questa definizione corrisponde al concetto di autonomia e di autosufficienza.

Al di là delle definizioni un dato sicuro riguarda l'ampliamento della domanda di servizi per gli anziani, a fronte di un aumento della vita media e la modificazione del contesto sociale, e la contrazione delle risorse finanziarie. Questo scenario, destinato peraltro ad aggravarsi, richiede di trovare la capacità di fissare obiettivi socio-assistenziali, sanitari e riabilitativi perseguibili, metodi efficienti ed efficaci e risultati rilevabili e misurabili sia in termini di qualità, ma anche di risparmio della spesa. L'analoga necessità di fare coincidere costi ed efficacia viene affrontata sul versante della sanità con maggiore determinazione e la medicina basata sull'evidenza trova sempre maggiore spazio nella cultura medica.

Se l'obiettivo finale delle RSA è dunque la qualità della vita degli ospiti, come fare a coniugare efficacia ed efficienza e come arrivare a misurare le cose che si fanno.

Tutti ne parlano, nessuno lo sa! Il problema è tutt'altro che risolto.

Per altro verso non abbiamo ancora sciolto il dilemma di che scelta fare tra quantità/qualità della vita. Quale è la qualità di vita che vale la pena di portare avanti, a chi tocca questa scelta. Sappiamo che la moderna medicina è oggi in grado di prolungare la sopravvivenza oltre ogni limite.

Cosa scegliere allora tra durata della vita/durata della vita attiva? Quando si può parlare di accanimento terapeutico? Che spazio dare in questo contesto alla buona morte?

Credo si dovrebbe fare un convegno anche su questi temi.

Si pensi alla carta dell'autodeterminazione o al testamento della mia vita, un documento che riguarda le ultime fasi della vita: l'interessato decide i trattamenti medici che possono essere fatti sul proprio corpo nelle fasi finali della propria vita.

Una parziale soluzione può essere trovata, la QoL nelle RSA dipende in gran parte, con un meccanismo a cascata, da quelle variabili in qualche modo governate e controllabili dalla struttura: la qualità delle prestazioni e la qualità del servizio.

A tale scopo sono stati messi a punto i manuali di accreditamento con i quali si valuta la qualità dell'assistenza ed il possesso dei requisiti specifici per le varie tipologie di attività.

Essi si basano sulla identificazione di indicatori: variabili che possono essere misurate per valutare fenomeni complessi, nel nostro caso la qualità dell'assistenza erogata da una unità operativa o da un servizio.

Questi indicatori vengono suddivisi in :

◆ indicatori di struttura ◆ indicatori di processo ◆ indicatori di risultato

I manuali di accreditamento sono molto dettagliati prendendo in esame un numero molto elevato di settori, di attività e di indicatori, pertanto in questa relazione mi limiterò, sulla base della mia esperienza di lavoro, a considerare sinteticamente le aree più significative, descrivendone i requisiti e segnalando i relativi indicatori.

Le aree, le macroaree, che ho preso in considerazione, ma potrebbero anche essere aggregate diversamente, possono essere così suddivise:

- 1. L'organizzazione generale, le politiche e le strategie della RSA.**
- 2. La comunicazione, la tutela e l'orientamento del cittadino.**
- 3. L'ambiente fisico, l'arredamento, le attrezzature, la sicurezza, il comfort alberghiero.**



4. Le procedure organizzative.
5. La gestione del personale e lo sviluppo delle risorse umane .
6. Il miglioramento continuo della qualità.

1. L'organizzazione generale, le politiche e le strategie della RSA

La qualità sta innanzitutto nel progetto iniziale, in quella che viene chiamata la qualità progettata.

La Direzione Aziendale, il Consiglio di Amministrazione deve provvedere alla definizione della mission, delle politiche complessive, deve esplicitare gli obiettivi da raggiungere sia per tipologia che per volumi che per qualità delle prestazioni da erogare, deve stabilire l'organigramma e le relative responsabilità.

- ◇ la mission: la ragione d'essere dell'organizzazione, lo scopo e la finalità istituzionale ed i valori a cui si ispira. Nelle RSA la mission non è solamente quella di erogare assistenza, per quanto di buon livello, soddisfacendo i bisogni primari, ma quella di aumentare la qualità della vita, la soddisfazione ed il benessere della persona: una filosofia assistenziale centrata sui bisogni dell'ospite, piuttosto che su procedure e compiti, non solo "*come*", ma soprattutto "*per chi*" e "*per che cosa*" intervenire.
- ◇ le politiche complessive cioè il definire i campi prioritari di azione, le strategie aziendali e quali modalità adottare per gestire gli anziani, le famiglie, gli operatori e le risorse economiche al fine di raggiungere gli obiettivi.
- ◇ gli obiettivi strategici dell'azienda verso gli utenti, verso gli operatori della struttura, verso le famiglie, obiettivi sui quali va creato consenso, diffusione e compartecipazione: lo stesso concetto di qualità ha significati diversi per i politici, per lo staff, per gli operatori, per gli ospiti, per la famiglia. Gli obiettivi devono essere chiari, conosciuti, raggiungibili e misurabili.
- ◇ i programmi: la descrizione dettagliata delle prestazioni o delle attività da erogare in funzione degli obiettivi.
- ◇ l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definiti i livelli di responsabilità.
- ◇ il controllo di gestione: la qualità del management è la condizione essenziale che mette in grado tutti i servizi di funzionare al meglio.

REQUISITO	INDICATORE
L'esistenza di un piano generale che inquadri la mission, le prestazioni erogabili, gli obiettivi generali dell'azienda e quelli particolari di ogni unità operativa, deliberato dal massimo organo amministrativo	La presenza e la diffusione di un documento scritto, approvato, distribuito e conosciuto dalla maggioranza degli operatori della struttura
La revisione del piano almeno ogni tre anni	L'aggiornamento e la diffusione del documento scritto almeno ogni tre anni
La presenza della pianta organica approvata e regolarmente revisionata	L'esistenza della delibera
L'esistenza di un organigramma della RSA, con la specifica dei livelli di responsabilità in ordine al raggiungimento degli obiettivi	La presenza di una delibera conosciuta e diffusa di definizione delle responsabilità
La presenza di un piano di lavoro annuale che contiene gli obiettivi misurabili	L'esistenza di tale documento approvato dalla massima autorità amministrativa
La presenza di una relazione annuale sulle attività svolte nell'anno precedente e sul raggiungimento degli obiettivi	L'esistenza di tale documento approvato dalla massima autorità amministrativa

La presenza di un bilancio di previsione	L'esistenza di tale documento approvato dalla massima autorità amministrativa
L'attivazione di un meccanismo di controllo di gestione di tipo budgetario con strumenti informatici e la designazione di un responsabile	L'introduzione della contabilità per centri di costo

2. La comunicazione, la tutela e l'orientamento del cittadino

Bisogna dire ciò che si fa, fare ciò che si dice, dimostrare ciò che si fa.

Il processo della comunicazione, sia verso l'esterno, il cliente/cittadino/utente che verso l'interno il cliente/dipendente è un processo critico per eccellenza nelle strutture che erogano servizi alla persona.

- ◇ **l'apertura all'esterno:** le RSA devono essere fortemente integrate con il territorio di appartenenza e mantenere una ricca rete di relazioni con le istituzioni e con la popolazione. Nessuna delle QoL può esistere in un ghetto e la ghettizzazione delle RSA è la prima causa di malessere degli ospiti. Il ghetto non è necessariamente un luogo circondato dal filo spinato o da alte mura, il ghetto è anche il luogo dell'indifferenza, del disinteresse e dell'abbandono.

- ◇ **la carta dei servizi:** il soggetto anziano che entra in una struttura di ricovero necessita di garanzie chiare e visibili in quanto è un cliente debole, ha il diritto di conoscere le caratteristiche del servizio e le condizioni di assistenza che gli vengono garantite.

La carta dei servizi non è uno strumento promozionale della RSA, ma lo strumento tra i principali della qualità, è una dichiarazione di impegno dell'ente erogatore a soddisfare i bisogni degli utilizzatori dei vari servizi, a tenere nella dovuta considerazione la qualità della singola prestazione, fornendo inoltre ai propri clienti/utenti strumenti di giudizio sulla efficienza della gestione e sulla efficacia del servizio.

La carta dei servizi va intesa come un processo in continuo miglioramento attraverso il quale le strutture si impegnano pubblicamente a salvaguardare i principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, diritto di partecipazione, efficacia ed efficienza ed a garantire idonei standard di qualità offerti alla verifica del cittadino, potendone controllare i costi, ovvero verificare la relazione tra le prestazioni ed i costi.

- ◇ **l'ufficio relazioni con il pubblico:** inteso come strumento principale attraverso cui la RSA ascolta e comunica con il singolo cittadino, con l'anziano/utente, con il proprio personale e con l'ambiente che la circonda.
- ◇ **il comitato consultivo:** è un organismo di confronto e di proposta, composto in misura maggioritaria dai rappresentanti degli anziani/utenti, dalle associazioni di tutela e di volontariato e da operatori interni all'azienda.

Sul ruolo giocato nel controllo e nella verifica della qualità delle prestazioni da parte del cliente famiglia o ospite e dalla sua capacità contrattuale è necessario fare una serie di riflessioni.

Il cliente, soprattutto il cliente/utente, è co-produttore del servizio, partecipa al processo produttivo determinandone i bisogni e controllandone i risultati. La struttura si rafforza ascoltando e rafforzando il cliente. La stessa raccolta delle proteste da parte dei residenti è un utile strumento di miglioramento del servizio.

Il monitoraggio della qualità percepita, ovvero della soddisfazione del cittadino/utente, diventa il criterio guida negli sforzi di ottimizzazione della qualità globale, un criterio questo capace di raccordare le altre dimensioni del fenomeno a tutti i livelli dell'organizzazione.

Il cliente, inoltre, dovrebbe essere visto nella duplice veste di utilizzatore, ma anche di finanziatore in quanto paga direttamente i servizi fruiti, avendo già pagato una parte di essi attraverso la fiscalità generale.

*" Vieni,
mi fido
di te,
devo
contare i
miei
soldi,
non
correre
via, sei
sempre
di fretta,
fermati
qui un
po'..."*

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

Tuttavia, come abbiamo già detto, il cliente/utente e la sua famiglia sono soggetti deboli poiché a fronte di una richiesta molto elevata di interventi le risorse sono poche e ci si trova a dovere accettare ciò che viene fornito senza possibilità di mediazioni.

Infine una considerazione sul cliente committente: la regione e l'ASL.

L'ASL ha il ruolo di controllore della qualità assistenziale delle RSA, ma dovrebbe controllare contemporaneamente anche la qualità dei suoi servizi.

Il ruolo dell'ASL dovrebbe trasformarsi da Ente controllore-sanzionatore nel ruolo di Ente controllore-collaboratore e svolgere un'attività di tipo consulenziale, come peraltro richiamato dalle recenti direttive regionali.

REQUISITO	INDICATORE
L'esistenza di una funzione di informazione e di relazione con il pubblico	La definizione della unità operativa incaricata o della persona designata
La redazione della carta dei servizi in cui siano specificati: ◇ finalità e organizzazione dei servizi forniti ◇ modalità di funzionamento dei medesimi e individuazione dei responsabili ◇ descrizione della giornata tipo dei residenti ◇ accessibilità alla struttura ◇ rette, con chiara esplicitazione di ciò che comprendono o escludono	La disponibilità e la diffusione del materiale informativo costantemente aggiornato
L'apertura diurna di 12 ore	Gli orari di accesso esposti al pubblico
La segnaletica orientata a favorire l'accesso e la mobilità degli utenti all'interno della residenza	La presenza di cartellonistica e di segnaletica a norma, chiara e leggibile a distanza
La facilitazione, l'organizzazione dell'intervento del volontariato	La presenza di un registro del volontariato operante nella struttura. L'identificazione del personale appartenente al volontariato
La rilevazione dei suggerimenti e delle lagnanze	L'esistenza e la diffusione di modelli di rilevazione e di raccolta di suggerimenti e lagnanze
La comunicazione all'ospite o ai famigliari di notizie riguardanti le condizioni salute e le prospettive sociali	L'esistenza di un orario di ricevimento del presidente, del medico, della caposala
Le garanzie per la privacy e per il trattamento dei dati confidenziali	La presenza di protocolli idonei per ciascuna funzione

3. L'ambiente fisico, l'arredamento, le attrezzature, la sicurezza, il comfort alberghiero

Il possesso degli standard e dei requisiti minimi strutturali e gestionali non appare in grado di garantire un buon livello di prestazioni e di organizzazione, che solo un sistema di qualità totale ben progettato e attuato è in grado di ottenere.

La RSA nella maggior parte dei casi è una sistemazione per la vita, quindi la collocazione territoriale, l'ambiente architettonico e l'arredamento assumono una connotazione fondamentale.

L'ambiente è in grado di trasmettere il senso di benessere psico-fisico ed è in grado di limitare l'esproprio dell'anziano dal suo ambiente di vita.

L'ambiente è armonia di spazi, di materiali, di colori, di arredi, di atmosfera.

L'ambiente è sicurezza.

L'ambiente deve essere terapeutico, ecologico, l'ambiente deve essere protesico, l'ambiente fa parte del sistema di cure. L'ambiente deve stimolare l'anziano ad



aiutarsi, deve eliminare l'atmosfera tipica degli ospedali e l'ambiente deve aumentare la sensazione di casa.

REQUISITO	INDICATORE
La RSA è situata all'interno o nelle immediate vicinanze del centro urbano, i collegamenti con il centro sono ben funzionanti	La RSA dispone di mezzi propri o la fermata del mezzo pubblico è nelle vicinanze, gli orari di passaggio sono ben esposti
La RSA rispetta le norme edilizie regionali o esiste un piano di ristrutturazione edilizia e di manutenzione	La presenza dell'autorizzazione definitiva al funzionamento o documento di sottoscrizione del piano programma
La RSA è strutturata in nuclei di 20 ospiti e il maggior numero delle camere è a due letti, esiste un numero adeguato di camere singole	
L'esistenza di un bagno assistito con vasca sollevabile per ciascun nucleo	La presenza di un bagno assistito ogni nucleo
Il numero di sollevapersona è sufficiente	La presenza di un sollevapersona ogni 20 ospiti
L'esistenza di un sistema di chiamata a letto	
L'esistenza di un piano di acquisti annuale delle apparecchiature. Sia nella stesura del piano sia negli acquisti viene consultato il personale interessato	La presenza scritta del piano annuale di acquisti
La presenza di buone pratiche scritte per la pulizia ordinaria e straordinaria degli ambienti. Le schede dei prodotti utilizzati sono conservate in apposito posto	La presenza del registro delle pulizie controfirmato dal responsabile di reparto
La presenza di buone pratiche uniformi e procedure scritte per la manutenzione ordinaria conosciute dal personale interessato	La presenza di procedure scritte per la manutenzione ordinaria
I letti sono dotati di spondine, ad altezza variabile, snodabili	L'effettiva presenza
I materassi antidecubito sono presenti in numero sufficiente	La disponibilità di materassi antidecubito in tutte le situazioni in cui si renda necessario
Gli ospiti possono telefonare e ricevere telefonate facilmente	La presenza di telefono in camera o la disponibilità di telefoni portatili
E' possibile personalizzare la stanza con mobili o oggetti personali	
Gli ambienti e le attrezzature soddisfano le norme di sicurezza	La presenza di idonea documentazione
La presenza di buone pratiche uniformi e procedure scritte per ridurre il rischio di infortuni e le malattie professionali del personale e dei danni causati agli ospiti	La presenza di protocolli specifici per ogni situazione di rischio
L'eliminazione di tutti i rumori fastidiosi per gli ospiti soprattutto i rumori notturni	L'uso di rilevatori di chiamata portatili
Gli ospiti mangiano in luoghi confortevoli e attrezzati, e hanno la possibilità di esprimere apprezzamenti sui pasti Viene garantito l'aiuto a chi non è in grado di mangiare da solo	La presenza di strumenti di rilevazione del gradimento degli ospiti

4. Le procedure organizzative

L'organizzazione è lo strumento per raggiungere i risultati previsti alle migliori condizioni di efficienza. Le RSA devono pertanto dotarsi di processi organizzativi ben strutturati.

La complessità insita in qualsiasi servizio alla persona richiede una serie di procedure che non è più possibile lasciare all'intuizione, alla spontaneità ed alla generosità degli operatori a ciascun livello

Le procedure organizzative devono riguardare:

- ◇ le modalità e il governo degli accessi, la prenotazione e la formulazione e lo scorrimento della lista di attesa al fine di garantire l'equità della gestione. Il ricovero in RSA deve avvenire a seguito di un progetto individualizzato e con l'assenso dell'interessato, quando possibile, come soluzione temporanea con fini riabilitativi o di sollievo alla famiglia per i ricoveri temporanei o in maniera definitiva solamente quando non è utilizzabile nessuna altra soluzione.

Il diritto dell'anziano di decidere della propria vita e della propria sistemazione deve comunque essere sempre garantito.

L'UVG territoriale deve essere l'organismo che governa l'utilizzo dei servizi socio-assistenziali e sanitari per la persona anziana, anche delle ammissioni in RSA.

La RSA deve contribuire all'efficiente utilizzo dei servizi anche mettendo a disposizione un numero limitato di posti letto per fronteggiare le situazioni di emergenza sociale e a volte anche quella sanitaria, in base a specifici accordi con l'UVG territoriale.

In tali situazioni si deve peraltro rispettare la natura "residenziale" del ricovero, al di fuori da logiche autoritarie di ordine puramente collocativo o di modalità operative proprie dell'emergenza sanitaria.

- ◇ l'ingresso e l'accoglienza in struttura è un fattore di grande stress per la persona anziana, che, in caso di ricovero contro la propria volontà, nella maggioranza dei casi la porta a morte nei primi sei mesi di ricovero.

Nelle RSA deve esistere un protocollo scritto interno rivolto al personale dipendente sul comportamento da adottare verso l'utente/anziano, in modo da facilitare il primo contatto con l'unità operativa e un protocollo scritto esterno di accoglienza rivolto al cliente/utente quale strumento di orientamento e di facilitazione nella struttura.

- ◇ la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza: il modello assistenziale deve essere centrato sull'ospite e sui suoi bisogni, sugli obiettivi assistenziali e sulle modalità di verifica per scoprire e comprendere con precisione le sue esigenze.

Nell'assistenza all'anziano in RSA va ricercato caso per caso il giusto equilibrio tra stimolazione delle residue capacità funzionali e sostituzione nelle attività della vita quotidiana.

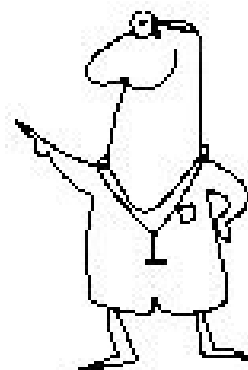
Lo strumento utilizzato è il Piano di Assistenza Individuale (PAI), centrato su obiettivi di benessere globale bio-psico-sociale, scritto, conosciuto, applicato e periodicamente verificato.

- ◇ Nelle RSA deve essere garantita una buona pratica clinica, una buona pratica assistenziale, una buona pratica riabilitativa attraverso l'utilizzo di protocolli aggiornati ed utilizzati.
- ◇ Il senso della propria identità, la limitazione del decadimento cognitivo va perseguito mediante l'uso dei propri vestiti, la possibilità di continuare ad esercitare attività significative, un'attività animativa e di gestione del tempo libero.
- ◇ In RSA assume importanza la rilevazione degli eventi sentinella: le cadute, il numero delle piaghe da decubito, ecc.
- ◇ La famiglia, quando esiste, deve essere considerata membro dello staff di cura, deve essere ricercata un'alleanza terapeutica tra residente, famiglia ed operatori.

" Dammi subito da mangiare e perché garantito che me ne vado a casa, io pago e tu mi devi servire."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

REQUISITO	INDICATORE
Il governo degli accessi viene garantito dalla UVG distrettuale o provinciale	La presenza di un documento di accordo fra ASL e RSA per la gestione dei criteri e delle modalità di ingresso
Ove non attivata l'UVG, l'esistenza di procedure scritte inerenti i criteri di formazione e gestione delle liste di attesa	L'esistenza e accessibilità del documento
L'utente, se in condizione, un parente o la persona di riferimento visitano la struttura e incontrano l'équipe prima del ricovero. Ricevono informazioni, anche scritte, riguardanti i servizi offerti, le regole e le abitudini della RSA	I registri delle pre-visite, materiale informativo scritto
La definizione di progetti di accoglienza e di inserimento dei nuovi ingressi	L'esistenza e accessibilità del documento
La valutazione multidimensionale dei problemi e dei bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali della persona residente	La presenza della cartella clinica compilata all'ingresso e aggiornata regolarmente in cui risulti: ◇ Anamnesi medica, infermieristica e funzionale ◇ esame obiettivo di organi ed apparati ◇ definizione delle diagnosi attive ◇ terapie in atto ◇ diario degli aggiornamenti Compilazione della scala di valutazione dell'autosufficienza, indice di Barthel e suo aggiornamento almeno annuale Valutazione dello stato psicologico, cognitivo e del tono dell'umore, della rete sociale, rilevazione delle preferenze, propensioni, volontà, capacità occupazionali, sociali e relazionali
La stesura di un Piano Assistenziale Individuale corrispondente ai bisogni, problemi e propensioni identificati	L'esistenza di un piano terapeutico, assistenziale e riabilitativo per ogni residente, con chiara indicazione della figura professionale cui è affidata la realizzazione dell'obiettivo e aggiornato almeno semestralmente. Esistenza di un piano di attività animative, relazionali, sociali, occupazionali, comprensive dell'ambiente parentale e amicale dell'anziano che tenga conto degli aspetti religiosi e culturali
Il lavoro dell'équipe assistenziale si svolge secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare	L'effettuazione di riunioni di équipe di nucleo/reparto almeno mensili documentate da un verbale scritto
La registrazione dei parametri utili al corretto funzionamento dell'assistenza	La presenza del quaderno delle consegne L'esistenza di sistemi di registrazione di ◇ peso corporeo ◇ bagni periodici ◇ alvo e diuresi La presenza di strumenti di registrazione della terapia e delle medicazioni



La raccolta dei dati anagrafici, dei flussi, dei dati delle valutazioni multidimensionali periodiche tale da permettere la conoscenza dinamica delle condizioni dei residenti	L'esistenza di supporti informatici sufficienti a gestire i dati in tempo reale
Il sistema di rilevazione delle cadute degli ospiti	La presenza in ciascun nucleo di schede idonee alla rilevazione
L'uso corretto e appropriato della contenzione fisica	La presenza in ciascun nucleo di linee guida scritte per la gestione del problema della contenzione
La corretta gestione del problema dell'incontinenza	L'esistenza in ciascun nucleo di protocolli scritti
La mobilitazione degli ospiti con deficit motori	Tutti gli ospiti vengono tolti dal letto e mobilitati
La prevenzione, la cura delle piaghe da decubito	La presenza in ciascun nucleo di protocolli scritti per la prevenzione e la cura delle piaghe da decubito
La presenza di linee guida per il controllo del dolore fisico	La presenza dei relativi protocolli
La riabilitazione, la terapia occupazionale, l'animazione	La presenza di programmi di attività riabilitativa, animativa e di socializzazione
La garanzia di avere le indagini di laboratorio e strumentali ed i trattamenti sanitari utili	La presenza di convenzioni o percorsi privilegiati per l'esecuzione
La presenza di linee guida scritte per la diagnosi ed il trattamento delle principali patologie presenti	La disponibilità dei documenti
La presenza di un prontuario terapeutico interno	La disponibilità del documento
La residenza favorisce l'attività di aiuto reciproco dei familiari	La disponibilità di locali e di materiali per le riunioni

5. La gestione del personale e lo sviluppo delle risorse umane

La Direzione Aziendale, il Consiglio di Amministrazione deve definire il fabbisogno di personale in termini numerici per ciascuna qualifica in rapporto ai volumi ed alle tipologie di attività, secondo criteri specificati nelle normative regionali e secondo i bisogni rilevati per ciascuna unità operativa.

L'adozione di uno stile gestionale caratterizzato da valori, comportamenti volti al miglioramento continuo si attua solamente coinvolgendo e motivando gli operatori con l'assegnazione di precise responsabilità.

La caratteristica peculiare dei servizi alla persona è che il prodotto è intangibile, immateriale, costituito da gesti o da prestazioni non precisabili né in senso spaziale né in senso temporale (un prodotto può essere conservato in magazzino e conservato nel tempo, la sua qualità può essere misurata a posteriori). La capacità del servizio di soddisfare le esigenze del cliente è valutabile solo al momento della sua erogazione nei confronti del cliente stesso, la produzione del servizio è contestuale alla sua fruizione e il momento del contatto con l'utenza diventa dunque il momento della verità.

Il numero delle operazioni effettuate dal personale in una giornata è estremamente alto, aumentando in tal modo il rischio di errori o di non conformità.

Per quanto sopra detto il fattore umano rappresenta la più importante risorsa a disposizione delle RSA, ma il ruolo di alcune persone, quelle che operano in posizione di front-line, a diretto contatto con l'utenza, diventa ancora più determinante.

Anche se alle spalle opera una organizzazione di notevoli dimensioni che si impegna nella definizione delle specifiche del servizio e nella progettazione dei processi di

erogazione del servizio stesso, l'utente si trova davanti soltanto poche persone e sono quelle che per lui giocheranno un ruolo fondamentale: egli si farà un'immagine e un giudizio dell'azienda o dell'Ente in funzione della loro professionalità, della loro disponibilità e della loro umanità.

Nel determinare la qualità del servizio di una RSA il fattore umano rappresenta più del 95% rispetto al 5% rappresentato dal fattore tecnologico.

Pertanto deve essere fatto un investimento sul capitale umano mediante la formazione, la qualificazione professionale e la motivazione ed il coinvolgimento.

L'importanza di questo aspetto non sembra sufficientemente percepito se consideriamo i criteri di selezione, di retribuzione, di attenzione verso il personale, specialmente quello delle qualifiche inferiori, sono drammaticamente bassi, mentre la ricerca della qualità viene orientata e dedicata prevalentemente all'aspetto hard, l'ambiente, i materiali, i tempi.

Il personale adotta le medesime attenzioni, la stessa dedizione, il medesimo impegno verso il cliente che la struttura adotta nei suoi confronti. Se vera, da questa affermazione dovremmo trarre le dovute conseguenze.

"le persone impegnate nei servizi hanno bisogno di una filosofia in cui credere, di una cultura del raggiungere lo scopo, che le sfidi a dare il meglio di sé, di uno spirito di corpo che le ispiri e le sostenga, di modelli che indichino la strada da seguire" (A. Parasumaran).

REQUISITO	INDICATORE
Il personale corrisponde per numero e per qualifica agli standard regionali, corrisponde ai bisogni rilevati con i piani di assistenza personalizzati	L'attribuzione del personale nei reparti e nei servizi risponde agli standard ed è determinata dai carichi di lavoro
La definizione di sistemi di valutazione del personale e della qualità delle prestazioni	La presenza ed applicazione dei sistemi di valutazione
La presenza di procedure per l'inserimento del personale di nuova assunzione	L'esistenza di procedure scritte in ogni unità operativa
Il piano annuale di qualificazione, formazione e aggiornamento. L'identificazione di un responsabile di tale processo	La presenza del documento di piano e di valutazione. Elenco nominativo dei partecipanti ai corsi di formazione. Partecipazione di almeno il 5% del personale all'assistenza all'attività di formazione
La conoscenza dei dati inerenti la gestione del personale	Il monitoraggio mensile delle assenze per ogni causa, delle ore di lavoro straordinario. Il monitoraggio annuale del turnover
Il sistema premiante è orientato al raggiungimento ed al miglioramento della qualità dell'assistenza	La presenza di documentazione che stabilisca le modalità di erogazione

6. Il miglioramento continuo della qualità

Il miglioramento continuo della qualità deve essere attuato con l'istituzione di un sistema che confronta nel tempo con regolarità la qualità attesa con la qualità percepita e con la qualità erogata.

La rivoluzione della qualità non è un optional, non è un lusso, non è uno spreco, non è una attività insignificante, secondaria e di poco conto.

Da parte di chi non crede nell'importanza del miglioramento continuo si dice: la qualità costa molto. E' stato dimostrato che ciò non è vero, sono di molto superiori i costi della non qualità, solo che non ci curiamo mai di misurarli.

Perché dobbiamo percorrere la strada della qualità:



- ◇ motivi di ordine etico: la difesa della vita umana, l'uguaglianza delle persone, la solidarietà
- ◇ motivi di sicurezza: ciò che viene fatto può determinare danni alla persona
- ◇ motivi di ordine economico: si potrà finanziare solo ciò che produce risultati e solo ciò che può essere dimostrato
- ◇ motivi di ordine normativo: il settore dell'assistenza alla persona è governato da leggi e da normative che vanno rispettate

REQUISITO	INDICATORE
La presenza di un piano attuativo del sistema qualità che comprende iniziative da attuare nel corso dell'anno. La nomina di una commissione e di un responsabile	La documentazione approvata, l'individuazione di un responsabile e l'elenco nominativo dei componenti la commissione
La struttura attua sistemi di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza erogata	L'esistenza di almeno un progetto all'anno di valutazione della qualità, dimostrato da documentazione appropriata contenente la individuazione del responsabile
La struttura attua sistemi di valutazione della soddisfazione dei residenti, delle famiglie e degli operatori	La valutazione almeno annuale della soddisfazione dei residenti, delle famiglie e degli operatori e socializzazione dei risultati

Nel caso in cui nelle RSA esistessero unità assistenziali specializzate - reparti Alzheimer, reparti per pazienti con patologia psichiatrica, reparti per pazienti in stato vegetativo permanente, reparti per pazienti terminali, dovranno essere formulati requisiti di buona qualità con i relativi indicatori specifici.

In conclusione e cercando di sintetizzare gli elementi fondamentali di un sistema di qualità per le Residenze Sanitarie Assistenziali:

Che cosa deve fornire il servizio:

- ◇ valori, obiettivi
- ◇ trasparenza
- ◇ comunicazione all'esterno e all'interno

Che cosa deve fornire l'organizzazione:

- ◇ certezze
- ◇ continuità
- ◇ flessibilità/elasticità

Che cosa devono fornire gli operatori:

- ◇ capacità di osservare, di rilevare e di ascoltare
- ◇ motivazioni professionali e responsabilità individuali
- ◇ abilità tecniche e conoscenze "alte", ma servite con naturalezza

*" Bella
stagna
mi dai
un bacio
che ti
voglio
bene."*

La conclusione finale è che, in un sistema che sembra resistere ad ogni cambiamento si deve, da parte di tutti gli attori, politici, dirigenti, operatori *"non abbandonare mai la convinzione che la vita potrebbe essere migliore, la tua e quella degli altri"*, in questo caso la vita delle persone anziane, delle persone che entrano nel cono d'ombra della vita chiedono alla società maggiore attenzione, maggiore rispetto, maggiore solidarietà.

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

Intervento di Lucia Galimberti **Già funzionario psico-sociale della Provincia di Bergamo**

“ Se immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate vengono tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto in fine, letteralmente quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e di discernimento, poiché accade facilmente, a chi ha perso tutto, di perdere se stesso”
(Primo Levi: Se questo è un uomo)

IL PARADOSSO DELLA FILOSOFIA MODERNA E':

- ✓ Assicurare longevità alle persone senza garantire la vivibilità
- ✓ Perseguire la differenziazione qualitativa che riconosce ciascuna persona protagonista della propria vita
- ✓ Predicare, governare il processo di invecchiamento.

NELLA REALTA' SI CONSOLIDA:

- ✓ Una cultura assistenziale pessimistica, medicalizzante
- ✓ Una cultura che tende spesso al disimpegno, all'indifferenza verso l'umanizzazione dei servizi rivolti alle persone anziane
- ✓ Un pensiero diffuso, forse in aumento, rassegnato, resistente al cambiamento
- ✓ Un pensare comune e generalizzato più amico delle maschere che dei volti nel quale gli anni vengono quasi sempre intesi come "FATTORI CONTRO".

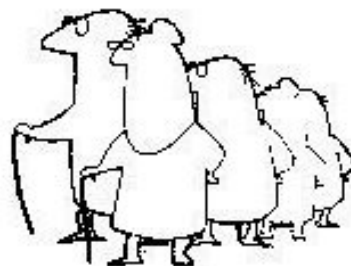
A QUESTO ATTEGGIAMENTO DOBBIAMO CONTRAPPORRE CON FORZA UN ATTEGGIAMENTO POSITIVO:

- ✓ Più operativo e meno normativo
- ✓ Più attento all'ESSERE e meno al DOVER ESSERE
- ✓ Più rispettoso delle diversità, anche di quelle scomode e più allusive di altre, al lato notturno dell'esistenza
- ✓ Più capace di empatia, soprattutto verso esistenze tolte dal mondo, bloccate sul presente, rubate alle rete protettiva degli affetti.

SUL PIANO POLITICO DOBBIAMO ATTUARE UN PROGETTO ATTENTO A:

- ✓ Promuovere e conservare l'autonomia della persona anziana
- ✓ Mantenerla nel suo ambiente di vita e di relazione
- ✓ Realizzare la domiciliarità.

Tutto questo è contenuto nel Progetto Obiettivo Anziani nazionale e regionale. Esso può essere considerato tra i più innovativi ma anche tra i più disattesi.



IL P.O.A. E' TRA I PIU' INNOVATIVI

Perché:

- ✧ Presta molta attenzione alle metodologie di comprensione delle diversità
- ✧ Tende a supportare nella terapia e nell'approccio ciò che rimane piuttosto di ciò che la persona ha perso
- ✧ Ribadisce il diritto di ciascuno a vivere dignitosamente ogni giorno della propria vita, soprattutto a vivere dignitosamente il lato notturno della serenità compromessa.

IL P.O.A. E' TRA I PIU' DISATTESI

Perché:

- ✧ Nella nostra società bisogni e servizi viaggiano ancora troppo spesso su linee separate, addirittura parallele
- ✧ La politica domiciliare è poco sviluppata e qualificata
- ✧ Le strutture residenziali sono mediamente poco qualificate, distribuite sul territorio in modo disomogeneo e ricoveri impropri risultano frequenti.

E' POSSIBILE IL SUPERAMENTO DELLA CASA DI RIPOSO?

" Eppure
sono
venuta
qui di mia
spontanea
volontà,
ma
adesso...
alla mia
casa
vorrei
tornare...
alla mia
casa
stavo
meglio,
alla mia
casa..."

In Italia si registrano più di 200.000 anziani ricoverati, dei quali 40.000 in Lombardia e 5.000 nella provincia di Bergamo.

Nel mondo occidentale, fino agli anni '70, è stata fortemente incrementata la logica delle istituzioni totali che ricoveravano malati di mente, handicappati, minori in difficoltà.

Con leggi più aperte e maggiori risorse si è avviato un processo di servizi, interventi aperti sul territorio.

A tale processo non ha fatto riscontro tutta l'area delle persone anziane compromesse che invece è andata aumentando.

Forse un giorno guarderemo con occhio critico questo momento storico che addirittura vede il business dei servizi residenziali per anziani.

La logica del mercato ha scoperto le residenze azzurre, dorate, ecc.

E' una grande scommessa impostare la qualità della vita a partire dalla popolazione anziana.

MA INTANTO

- ✧ Dobbiamo realisticamente migliorare le case di riposo che esistono
- ✧ Dobbiamo alzare il livello della vita delle persone accolte e di quelle che entreranno.

La ricerca dello SPI è già un modo per migliorare le Case di Riposo.

PERCHE'

- ✧ Ha saputo guardare dentro, nel "buco nero", nel cuore dell'organizzazione
 - ✧ Rappresenta una denuncia coraggiosa e credibile, perché documentata, del pensiero di reclusione delle nostre Case di Riposo
 - ✧ È la traduzione dell'ascolto e della registrazione degli spazi della NON-VITA
 - ✧ Colma il vuoto di altri Enti più deputati, sulla carta, a promuovere cultura in materia
 - ✧ Ha spessore perché rappresenta un campione significativo e rappresentativo della realtà provinciale.
-
- ✧ Analizza 45 Casa di Riposo su un totale di 60
 - ✧ Analizza 3.500 ospiti su un totale di 5.000
 - ✧ Analizza il 70% dei Ricoverati.

2^ PARTE

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CASE DI RIPOSO NELLA NOSTRA PROVINCIA

SITUAZIONE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI 31/3/1999

Autorizzazione Servizio	Permanente	Pluriennale	Provvisoria con Piano Programma	In Istruttoria	Totale
Casa Albergo	1	3	/	3	7
RSA	11	19	25	5	60

Questo quadro, immobile fino a due/tre anni fa, si è finalmente messo in movimento fino a raggiungere la situazione discreta qui presentata:

- ✧ In pratica il 50% delle RSA ha ottenuto una autorizzazione permanente o pluriennale
- ✧ Il 40% ha sottoscritto piani programma, quasi tutti garantiti da copertura finanziaria.

E' stato un processo lento a mettersi in moto perché si trattava di reperire ingenti mezzi finanziari senza incidere sulle rette.

Da alcuni anni e ancora per un certo periodo molte strutture sono veri e propri cantieri aperti con disagi che si possono immaginare.

COME SARANNO DOMANI LE CASE DI RIPOSO?

Saranno RSA non inferiori ai 40 posti letto e non superiori a 150 posti letto, suddivisi in nuclei abitativi di 20 posti letto ciascuno.

In ogni nucleo deve essere previsto quanto è possibile per vivere in una casa appena più grande del normale.

Si chiamano:

Residenze = case
Sanitarie = forte richiamo medico/ospedaliero
Assistite = collegate al significato dell'accudimento, del prendersi cura

RSA = struttura per anziani non assistibili a domicilio e che richiedono un trattamento continuo, finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone prevalentemente non autosufficienti.

SITUAZIONE DELLE RSA BERGAMASCHE DAL PUNTO DI VISTA GESTIONALE

La situazione sembra migliore perché quasi tutte ormai dichiarano di possedere standard programmatori.

Ciò equivale ad avere dalla Regione il massimo del contributo giornaliero che corrisponde a L. 65.000/giorno per ogni NAT, che si integra alla retta in vigore, variabile da un minimo di L. 45.000-50.000 a un massimo di L. 100.000-120.000/giorno.

Situazione migliore almeno in teoria, perché la realtà è molto complessa:

- ✧ Sia perché molti anziani figurano autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, ma nella realtà sono diventati progressivamente non autosufficienti totali, senza l'adeguamento degli standard previsti
- ✧ Sia perché in ogni caso gli standard programmatori non risultano più sufficienti a garantire alla persona tempi più umani (accudimento, imboccamento, relazione personale: es. giovane affetta da morbo di Alzheimer).

ALCUNE OSSERVAZIONI RELATIVE ALLA EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA DELLE CASE DI RIPOSO:

UNA PRIMA CARATTERISTICA DELLE RSA ODIERNE PUÒ ESSERE RIFERITA ALLA COMPLESSITÀ

Prima del PSA si registrava pressappoco questo quadro:

- ✧ poche figure assistenziali
- ✧ personale religioso presente 24 ore su 24
- ✧ alcuni laici a livello esecutivo
- ✧ alcuni volontari
- ✧ il medico condotto che passava ogni tanto
- ✧ nessuna documentazione relativa alla storia clinica degli ospiti (vedi cartelle cliniche).

Dopo la graduale realizzazione degli specifici obiettivi del PSA, si può trovare questa nuova realtà:

- ✧ personale ASA in rapporto 1/3
- ✧ infermieri professionali
- ✧ terapisti della riabilitazione
- ✧ animatori/educatori
- ✧ direttore sanitario
- ✧ medici specialisti
- ✧ figure amministrative e dei servizi generali.

SI È PASSATI, CIOÈ, DALLA SEMPLICITÀ ALLA COMPLESSITÀ



COME E' GOVERNATA QUESTA COMPLESSITA'?

Una ricerca della Provincia di Bergamo, che risale a 4 anni fa, ha messo in evidenza molte situazioni diversificate, e precisamente:

- ✧ un governo del presidente "padre-padrone", con inevitabile confusione di ruoli
- ✧ un governo di tipo amministrativo, nelle mani del Direttore/Segretario che fa quadrare i conti, guida bene i processi amministrativi, ma è lontano dalle esigenze reali degli ospiti.
- ✧ Una guida prevalentemente sanitaria, affidata al Direttore sanitario o ad una figura paramedica, che rischia di accentuare gli aspetti ospedalieri
- ✧ Un governo a doppio binario sanitario e amministrativo, con logiche spesso parallele, quando non contraddittorie
- ✧ Non si è riscontrata nessuna direzione di tipo sociale.

QUALE FIGURA DI DIRETTORE TIPO PER LE RSA?

- ✧ Una figura ideale non esiste nella realtà, anche se va di moda la figura del manager pubblico, ma bisogna formare una nuova cultura per formarlo, in tutti i campi
- ✧ In futuro è necessario investire risorse per preparare dirigenti polivalenti, in grado di assumere competenza socio-sanitaria, nel contesto delle RSA, organizzate a nuclei
- ✧ Sul "mercato" sono disponibili Direttori sanitari, crescono soprattutto Direttori sanitari donne, capaci di trasferire la loro sensibilità sociale nel sanitario, con ottimi risultati
- ✧ In ogni caso, di fronte alla varietà e alla complessità delle situazioni e delle funzioni, la strada da seguire è il lavoro collegiale, una comunicazione circolare chiara e sistematica tra i diversi livelli decisionali, amministrativo, sanitario e politico/istituzionale.

UNA SECONDA CARATTERISTICA DELLE RSA BERGAMASCHE SI RIFERISCE ALLA LORO DIMENSIONE, IN GENERE MEDIO/PICCOLA

- ✧ La maggior parte va dalle 40/60 alle 100 unità di ospiti
- ✧ Una parte dalle 100 alle 200 unità
- ✧ Poche superano i 200 posti letto
- ✧ Una sola è superiore ai 400 posti letto.

Questo quadro, molto diverso da quello cremonese ad es., rappresenta una opportunità che favorisce la vivibilità dell'ambiente, il governo della situazione e soprattutto è una buona premessa per costruire un clima familiare, umano, caldo e accogliente.

3^ PARTE

QUALI OPZIONI STRATEGICHE PER LE RSA?

Accennerò, sia pure per sommi capi, ad alcuni obiettivi strategici che le nostre RSA bergamasche devono, in modo individuale e/o collettivo, perseguire per raggiungere la più alta qualità della vita possibile da garantire alle persone anziane ricoverate.

"Sono
vecchia,
sono
finita qui
dopo
tanto
lavorare,
ridurmi
così,
dopo
tanto
lavorare
... non
spero
più...
non
fosse
per te,
sarei là
in fondo
al viale
alberato."
"

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

1° OBIETTIVO:

le RSA devono saper compiere un salto di qualità sul piano organizzativo. Precisiamo che:

- ✧ Organizzazione significa organismo vitale, dinamico, in continuo cambiamento.
Le RSA stanno trasformandosi, da struttura semplice a struttura complessa, ma non devono dimenticare che la persona ha il primato sulle regole comunitarie.
- ✧ Organizzazione significa definizione chiara e distinta dei ruoli ricoperti da ciascuna figura operativa, ai vari livelli politico/istituzionale/gestionale
- ✧ Organizzazione significa capacità di lavorare sistematicamente in équipe, nella consapevolezza che ciascuna figura della organizzazione è importante, ma la figura centrale è quella dell'ausiliario socio/assistenziale, perché è l'operatore che conosce di più l'anziano ricoverato, in quanto vi trascorre la maggior parte del tempo.
- ✧ Organizzazione significa:
 - ◇ Chiarezza delle regole comunitarie
 - ◇ Trasparenza delle procedure
 - ◇ Condivisione dei canali di comunicazione
 - ◇ Tutto comunque subordinato alle prioritarie esigenze delle persone anziane ricoverate.

2° OBIETTIVO: LE RSA DEVONO ESSERE CAPACI DI UNIRSI IN ASSOCIAZIONE, PER

- ✧ Uscire dal loro deleterio isolamento, cessare di essere monadi disperse nell'universo territoriale dei servizi, per cercare collegamenti, alleanze, intese, patti e convenzioni per gestire sempre più servizi comuni
- ✧ Favorire scambi di conoscenze, metodi e tecniche di lavoro attingendo al meglio dalle esperienze di ciascuno
- ✧ Essere interlocutori credibili, perché organizzati in associazione, presso la Regione, la Provincia, l'ASL, le Aziende ospedaliere, ecc.
- ✧ Rapportarsi sul mercato (acquisto medicinali, ausili sanitari, ecc.) in modo unitario e contrattualmente forte per compiere economie di scala e concorrere così a ridurre i costi e quindi a diminuire le rette
- ✧ Promuovere un coordinamento amministrativo autonomo fra più RSA nel medesimo Distretto, facendo leva su figure preparate a gestire le IPAB, non ricorrendo quindi esclusivamente ai ruoli pubblici, come fino ad oggi è accaduto
- ✧ Favorire scambi/prestiti di operatori, quando necessario
- ✧ Promuovere in modo unitario convegni, scambi culturali, domande formative...

3° OBIETTIVO: LE RSA, RISORSA PER LA RESIDENZIALITÀ PROTETTA, A VALENZA COMUNALE E ZONALE

- ✧ Perché in grado di accogliere gli anziani in modo definitivo
- ✧ Per periodi stagionali, durante l'inverno, nella stagione estiva
- ✧ Per sostenere situazioni di emergenza, per rendere ancora possibile il ritorno in famiglia
- ✧ Per alleviare il gravoso lavoro delle famiglie che assistono a domicilio persone NAT (posti di sollievo).

"Mi sembra di stare in un bicchiere d'acqua tanto che la stanza è piccola."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

RSA dunque non più o non soltanto per ricoveri permanenti, da ultima tragica spiaggia della vita, ma anche per ricoveri temporanei che contemplan in modo serio il ritorno a casa.

Tutto questo esige:

- ✧ Da parte delle RSA una grande faticosa ma indispensabile flessibilità organizzativa, che ha i suoi gravi costi
- ✧ Da parte dell'ASL/Distretto una collaudata organizzazione per fungere da filtro della domanda di ricovero, da mediazione fra diverse agenzie coinvolte, da coordinatore delle diverse competenze coinvolte
- ✧ Da parte degli ospedali e/o strutture di lungodegenza viene richiesta una sorta di reciprocità, di sinergia; devono cessare di agire come inesorabili "buttafuori" delle persone anziane scomode, e porsi come enti responsabili e collaboranti, capaci di tessere alleanze che alla lunga pagano (perché spesso le dimissioni ospedaliere affrettate, in nome della famosa D.G.R., si ritorcono come boomerang, con costi sanitari altissimi).

4° OBIETTIVO: LE RSA RISORSA PER UNA POLITICA DELLA DOMICILIARITA'

Le RSA, se ben organizzate, possono:

- ✧ Gestire, tramite convenzione con i Comuni, l'assistenza domiciliare
- ✧ Collaborare con l'ASL per l'ADI
- ✧ Avviare e gestire Centri Diurni Integrati, riducendo o comunque rinviando il ricorso alla Casa di Riposo
- ✧ Offrire al territorio alcuni servizi, come ad es. fisioterapia, prelievi ematici, misurazione di pressione arteriosa, ecc.
- ✧ Fornire agli anziani del territorio o a persone in difficoltà i pasti a domicilio, ecc.

Le RSA hanno infatti:

- ✧ Competenza specifica per garantire adeguata e diversificata assistenza agli anziani
- ✧ Continuità di assistenza nelle 24 ore della giornata, per tutto l'anno solare
- ✧ In sintonia e collaborazione con le Unità di valutazione geriatrica (UVG) distrettuali, possono offrire risposte diversificate, dove il ricovero può essere considerato l'ultima e nemmeno definitiva alternativa.

5° OBIETTIVO: LE RSA DEVONO RICHIEDERE CON URGENZA ALL'ASL L'ATTIVAZIONE DELL'UVG, ALMENO, A TITOLO SPERIMENTALE, IN ALCUNE ZONE DELLA PROVINCIA, SENZA ATTENDERE CHE TUTTI I 14 DISTRETTI DEBBANO ESSERE PRONTI A PARTIRE.

L'ASL di Bergamo risulta in grave ritardo rispetto alle altre province lombarde su questo servizio.

Tale UVG deve comprendere, oltre a figure previste dal Piano regionale, il Direttore sanitario delle RSA interessate (non si entra in casa d'altri senza conoscere il clima che vi si respira, senza tener conto dei diversi problemi della organizzazione).

L'UVG deve soprattutto rispettare i criteri di

- 1) territorialità
- 2) gravità
- 3) urgenza.

6° OBIETTIVO: LE RSA DEVONO, ALMENO IN PARTE, SPECIALIZZARSI NELL'ACCOGLIENZA DI ALCUNE TIPOLOGIE DI PERSONE ANZIANE

- ✧ Malati di Alzheimer
- ✧ Pazienti psichiatrici cronici
- ✧ Comi vigili

Specializzazione peraltro da non esasperare troppo per non riprodurre la logica della ghettizzazione di lontana memoria.

7° OBIETTIVO : LE RSA DEVONO GOVERNARE IN MODO UNITARIO IL PROBLEMA DELLE RETTE, SENZA NESSUNA PRETESA DI OMOLOGAZIONE

Non è possibile tollerare ancora a lungo l'attuale sperequazione a fronte di entrate:

- ✧ Uguali da parte della Regione
- ✧ Disomogenee e discriminati da parte degli ospiti (rette).

Il problema può essere affrontato in maniera responsabile da parte:

- ✧ Delle RSA unite in associazione e in grado di ridurre i costi gestionali
- ✧ Della Regione e dell'ASL, chiamata ad offrire incentivi che incrocino qualità dei servizi e costo-retta.

Bisogna peraltro riconoscere la preziosa azione delle OOSS in questi anni sul fronte finanziamenti pubblici a rilievo sanitario e riduzione rette per gli ospiti, destinata in prospettiva a porre a carico del Ministero della Sanità (e quindi della Regione) tutto l'onere sanitario, che rappresenta sicuramente 2/3 dei costi gestionali.

8° OBIETTIVO: DEVONO ESSERE MODIFICATI VERSO L'ALTO GLI STANDARD PROGRAMMATORI GESTIONALI

Gli attuali standard programmatori, ormai generalmente garantiti in quasi tutte le RSA provinciali, non sono più sufficienti ad assicurare una presa in carico dignitosa della persona NAT, che giunge in RSA in modo molto compromesso.

In particolare è necessario modificare l'attuale rapporto:

- ✧ ASA/ospiti
- ✧ Animatori-educatori / ospiti e introdurre figure nuove, come:
- ✧ Lo psicologo di comunità
- ✧ L'assistente sociale.

9° OBIETTIVO: LE RSA DEVONO GARANTIRE

- ✧ La formazione e l'aggiornamento del proprio personale e degli amministratori, attraverso programmi diversificati e mirati
- ✧ in particolare deve essere molto potenziata la formazione di base degli ASA (ipotesi 1.000 ore di formazione) e quella specializzata degli animatori sociali, per rispondere ai bisogni delle persone molto compromesse
- ✧ inoltre è necessario preparare i quadri direttivi della RSA a svolgere una funzione strategica di coordinamento unitaria e globale per la presa in carico delle persone protette.

10° OBIETTIVO: LE RSA DEVONO FORMARSI AD UNA CULTURA NUOVA, CAPACE DI SINTONIZZARSI SU DUE GRANDI LEGGI NAZIONALI VARATE IN QUESTI ULTIMI ANNI, COME:

- ✧ la L. 142/90 che incentiva la collaborazione fra le istituzioni e stimola a sviluppare modalità gestionali miste pubblico/privato nella programmazione e nella organizzazione dei servizi resi alle persone
- ✧ la L. 285/97 che, pur rivolgendosi ai bambini e agli adolescenti, propone forme di concertazione nuove e stimolanti e soprattutto invita a pensare "in grande" nelle azioni politiche del nuovo stato sociale, chiama ogni istituzione, ogni segmento della società civile organizzata a fare la propria parte, a portare il proprio contributo dentro il sistema dei servizi a rete.



L'individuazione di obiettivi strategici potrebbe continuare ancora, ma è meglio lasciare aperta la ricerca, come dimensione, atteggiamento continuo verso il miglioramento della politica della terza età degli anni Duemila.

Ho iniziato il mio intervento citando Primo Levi e assimilando, con eccessiva ma provocatoria forzatura, le Case di Riposo di ieri (e forse di oggi, chissà?) ai campi di concentramento di lontana memoria.

Vorrei concludere:

con un paradosso e una suggestione

✧ il paradosso: anche una RSA, una buona, organizzata RSA, può portare il suo contributo nella realizzazione di una politica della domiciliarità, interpretando un ruolo flessibile, dinamico, attivo, attraverso l'offerta di servizi polivalenti e la disponibilità a diventare risorsa nella dialettica fra servizi territoriali e servizi residenziali

✧ la suggestione: la vita dell'uomo è cantata da poeti e scrittori di ogni tempo come un viaggio più o meno ricco di eventi e di anni.

Nella cultura greca il viaggio umano era rappresentato in modo circolare: contemplava una partenza e prevedeva un ritorno; il personaggio Ulisse ben rappresenta questa circolarità: torna ad Itaca sia pure dopo un'odissea durata 20 anni.

Nella cultura ebraico/cristiana invece il viaggio dell'uomo è raffigurato come una linea retta verso l'infinito, senza ritorno, dunque, verso il totalmente altro, rappresentata da Abramo e da tanti altri personaggi simbolo della storia occidentale.

In ogni modo, aldilà di dove noi vogliamo collocarci in questa ricerca esistenziale, facciamo in modo che il viaggio delle persone anziane, il nostro viaggio di domani sulla terra, che incontrano l'esperienza della Casa di riposo, possa contemplare la possibilità del ritorno a casa.

Nell'ottica che ho cercato di delineare le RSA del Duemila devono essere in grado di raccogliere questa suggestione.

"Se un
mattino
mi
sveglias
si e mi
accorges
si che le
mie
gambe
funziona
no non
direi una
parola,
scende
rei quelle
scale di
corsa e
uscirei
da quel
cancello
..."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

**Intervento della dott.ssa Ebe Sorti Ravasio
Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Bergamo
e Presidente della Conferenza Sindaci Distretto di Bergamo**

Alcuni dati sugli anziani residenti a Bergamo

All'1/1/99 Bergamo conta 116.549 residenti, di cui 24.577 sono anziani. Di questi il 12,67 % vive in famiglia, il 7,02% solo, e l'1,39 in convivenza.

Fra quanti vivono in convivenza, la fascia che va dagli 85 agli 89 è la più alta, ben 336 persone (298 F e 38 M) pari all'1,37%; segue la fascia dei 75/79 (278 F e 51 M) pari all'1,34%; quindi gli 80/84, pari all'1,08%; poi i 70/74 pari all'1,03; gli ultra 90 rappresentano lo 0,83%, mentre coloro che vanno dai 65 ai 69 sono lo 0,96%. Le donne sono sempre predominanti.

SAD e RSA

Confrontando le persone >65 "in convivenza" con quelle seguite dal SAD, si nota come la percentuale in SAD sia notevolmente inferiore rispetto alla convivenza: 1,5 contro il 6,8%.

Inoltre si è notato una correlazione diretta tra il crescere dell'età e l'essere "ricoverati" (tra i 90enni, 1 anziano su 5 risulta ricoverato) mentre la stessa correlazione risulta meno marcata per gli utenti del SAD.

In sostanza si può dire che dai 75 anni in poi la persona anziana non autosufficiente viene istituzionalizzata o perché è sola o la famiglia non è più in grado di assisterla.

Quindi prima di parlare di bisogno dell'anziano c'è un bisogno della famiglia che va sostenuta e valorizzata, riconoscendo il prezioso ruolo che svolge offrendo per prima una grande quantità di servizi.

Perciò nel riconoscere all'anziano malato il diritto, prima del bisogno di essere curato e di rimanere nella propria casa, fra i propri cari, dobbiamo sviluppare ulteriormente progetti di sostegno ai familiari che curano in casa persone anziane gravemente malate e non più autosufficienti, quando gli ospedali vogliono dimetterle anche in assenza di alternative di cura adeguate alle loro condizioni, estendendo i servizi di cura a domicilio dove oltre all'ASA dovranno essere presenti altre figure quali: il medico di base, il fisioterapista, l'infermiera, lo specialista, in pratica si chiede di attuare veramente l'ADI, assicurando una buona copertura per tutti i giorni della settimana.

Gli altri servizi

Dall'esperienza maturata in questi anni posso dire che altri 3 servizi dovrebbero essere ampliati: Riabilitazione - CDI - Posti di sollievo.

Per la riabilitazione bisognerà riprogrammare i posti letto.

Infatti in questi anni la richiesta di riabilitazione è aumentata da parte dei familiari, che vedono in questo servizio un aiuto per l'anziano a recuperare almeno in parte le abilità perse mentre per la famiglia, significa un periodo di adeguamento alla nuova situazione, e quindi di riorganizzazione domestica sconvolta da questi tracolli spesso improvvisi dell'anziano.

Il CDI invece è un servizio estremamente importante che deve essere incentivato perché permette di trattenere l'anziano grave nell'ambiente familiare, gestendo la parte diurna all'interno di una struttura residenziale, dove vengono garantite cure sanitarie e assistenziali e dove vengono svolte attività di socializzazione che sono sempre benefiche dal punto di vista psicologico oltre al fatto che potrebbe essere considerato un servizio utile di inserimento graduale nella casa di riposo.

Anche i posti di sollievo sono importanti per la famiglia che vuole recuperare forze psicologiche o avere un periodo di vacanza dopo mesi di cure e di attenzioni spesso gravose seppur attuate con grande affetto.

Ma si dovrebbe rivedere il discorso rette.

Si deve quindi creare una rete di servizi in cui le RSA rivestono una parte strategica. Ma per attivare e far funzionare in modo congruo e rispondente alle esigenze dei malati anziani tutto il sistema di rete dei servizi è necessario istituire una efficace UVG, elemento necessario per curare meglio il paziente anziano purché questo non venga strumentalizzato.

L'Unità di Valutazione Geriatrica

Intendo dire che l'UVG non deve rispondere semplicemente a uno smistamento di anziani da indirizzare in varie strutture, né deve valutare anziani solo attraverso documenti anziché visitare e ascoltare per meglio identificare i bisogni sanitari dell'anziano e pianificare la cura.

Solo attraverso un'attenta valutazione si potrà intervenire prendendo in carico direttamente i pazienti a rischio, mentre per gli altri a rischio minore e moderato si potrà intervenire con controlli periodici e cure adeguate a domicilio per ritardare il più possibile la richiesta di ricovero.

Ma quando l'anziano deve comunque essere ricoverato, la RSA può diventare una risposta di cura reale se è in grado di rispondere alle esigenze di tipo sanitario e al bisogno "di vita" dell'utente.

L'istituzionalizzazione come "ultima" scelta

Infatti l'andare a vivere in una struttura residenziale, rappresenta per l'anziano che è ancora "attivo" intellettualmente, uno dei cambiamenti più traumatici del proprio stile di vita.

E' la perdita ufficiale della propria identità, degli affetti, delle abitudini, delle tradizioni. La mancanza di privacy, la separazione dalla società, routinarietà, la depersonalizzazione, la perdita dell'autodeterminazione insieme alla situazione patologica quando questa è realmente grave, inducono una serie di effetti negativi quali la depressione, l'insoddisfazione, l'infelicità, l'immagine negativa di sé, il senso di perdita di valore, l'impotenza.

In istituto l'anziano viene preso da un ingranaggio rigido da rispettare che prevede e disciplina praticamente tutto in ogni momento della giornata e lo fa sentire uno dei tanti, inoltre la solitudine, la mancanza di affetti, l'abbandono creano situazioni di disagio che, se non affrontate adeguatamente, si trasformano in problemi organici, che richiedono interventi sanitari e inducono alla "passività", in quanto l'anziano convinto che la sua sopravvivenza dipenda dagli altri, da chi lo aiuta, cerca di adattarsi, sopportare e subire il più possibile, per essere più accettato e ben visto.

Ma il processo evolutivo in atto nella cultura dei servizi socio assistenziali e sanitari rende i parenti più attenti e l'utente più consapevole dei suoi diritti oltre che dei suoi bisogni, per cui è necessario che anche le strutture socio - sanitarie non basino più l'assistenza sulle prestazioni che danno semplicemente risposte ai bisogni fondamentali ma sul raggiungimento di determinati obiettivi.

Per un migliore ambiente nelle RSA

Di conseguenza anche all'interno delle RSA si dovrà porre più attenzione a un modello organizzativo dove l'utente, con gli operatori i parenti e i volontari, è il soggetto protagonista e responsabile del suo processo di riabilitazione o di riattivazione, per cercare di evitare l'inefficacia degli interventi, l'insoddisfazione degli anziani, l'insofferenza degli operatori, lo scontento dei parenti.

Sarà necessario allora provvedere per esempio alla formazione permanente degli operatori che dovrebbero tendere a migliorare il livello qualitativo della vita in una struttura residenziale; a incontri periodici con operatori privati, forze sociali, volontari e familiari ai quali offrire collaborazione costante mettendo a disposizione un referente (tutor); a un comitato degli ospiti e dei parenti che dovrà rappresentare nel modo più ampio le espressioni degli utenti in termini di bisogni, esigenze, richieste, proposte, iniziative... inoltre potrebbe configurarsi, laddove possibile, come strumento idoneo a

"Se
faccio la
brava la
mia
mamma
viene a
trovarmi
?"

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

favorire la responsabilizzazione degli Ospiti e dei parenti e la loro partecipazione alla gestione della casa di Riposo.

Si potrebbe pensare a una cura particolare nel momento dell'accoglienza, a un forte coinvolgimento delle famiglie degli utenti nelle attività per garantire la continuità dei rapporti, oppure pensare a organizzare anche frequenti rientri in famiglia, e cercare di aprire all'ambiente esterno per favorire la socializzazione e la normale vita di relazione degli utenti.

Tutto ciò vuol dire per la struttura farsi carico non solo dell'assistenza socio - sanitaria ma anche delle problematiche emotivo - psicologiche degli utenti - operatori - parenti - volontari, quindi significa soprattutto aver voglia di migliorare la qualità della vita dell'anziano promuovendo tutti quei servizi utili per mantenere viva e inserita nella società una persona che, dopo aver dato tanto, giunti gli anni della debolezza non deve sentirsi espulsa dalla normale vita quotidiana della comunità.



- b) anzi è necessario creare le condizioni perché tutti i punti di vista abbiano la possibilità di ESSERE RAPPRESENTATI (e ascoltati)
- c) ci vuole un soggetto come l'ASL, qualcuno che svolga la funzione di "promotore e facilitatore" del dialogo anche quando il dialogo è fra punti di vista molto differente (con rischio di contrasto)

d) sull'area anziani si concentrano gli interessi vitali di vari soggetti forti

- ✧ le famiglie
- ✧ gli anziani
- ✧ il sindacato pensionati
- ✧ i Comuni
- ✧ le RSA
- ✧ le cooperative
- ✧ il Volontariato
- ✧ l'ASL
- ✧ L'Azienda Ospedaliera

il "COME" (della messa in rete) sarà dipendente dalla QUALITA' del DIALOGO e dalla CONCERTAZIONE fra tutti questi soggetti. La prima cosa da chiarire è quale attenzione vogliamo dare alle famiglie (quale potere di orientamento gli riconosciamo).

SERVONO AZIONI distrettuali per promuovere Accordi locali

il LUOGO di questo riconoscimento è il DISTRETTO; è l'ASSEMBLEA dei SINDACI, ma anche il Servizio anziani e ADI.

PROMOZIONE

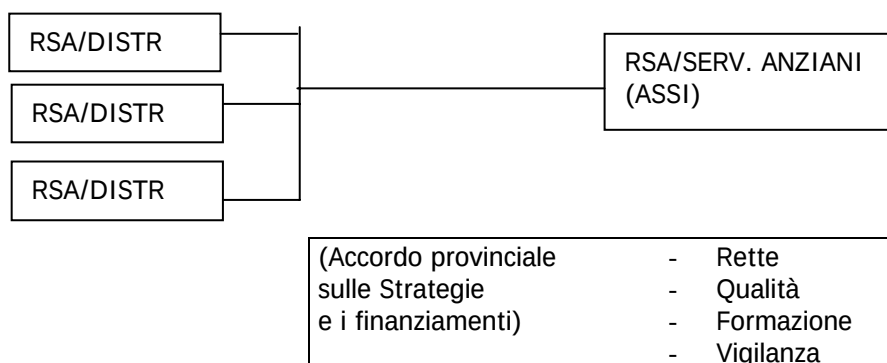
L'ASSI ha ereditato 4 Piani di Zona delle 4 USSL che sono l'esito di una grande e forte azione di programmazione del territorio

a) da Casa di Riposo a Residenza Sanitario Assistenziale ha voluto dire:

- 1) concordare quanto posti per ogni fornitore
- 2) concordare riconversione da AUTO a NAT e NAP
- 3) Concordare progetti di ristrutturazioni edilizia poderosi

b) le RSA della PROVINCIA hanno investito molto per l'adeguamento strutturale ora si stanno orientando anche alla realizzazione dei Centri Diurni Integrati recuperando dove possibile le loro risorse

Tra Assemblea dei Sindaci e RSA deve nascere un raccordo sulle strategie



Accordo Locale sulle Priorità

- posti letto
- apertura all'ADI/SAD

Conclusioni di Maurizio Laini Segretario Generale SPI CGIL di Bergamo

Grazie.

Vorrei prima di tutto **ringraziare** tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione dell'indagine che oggi è servita da pretesto per un dibattito così interessante. Ringrazio con grande affetto **Rita Bianchin** e **Cecilia Bonomi**, ma poi tutti coloro che si sono dati da fare distribuendo o rispondendo a questionari complicati, rendendo alla fine possibile il disegno di un quadro realistico, interessante, soprattutto stimolante per le riflessioni che induce e le prospettive sulle quali chiede di soffermarsi.

Ringrazio poi gli intervenuti, in particolare tutti coloro che hanno decisioni da prendere nell'ambito delle case di riposo e hanno ritenuto interessante il dibattito che lo SPI CGIL ha proposto. Che hanno concesso credibilità allo SPI CGIL, al Sindacato, come interlocutore su questioni in un certo senso "nuove" per un'organizzazione che rappresenta, alla fine, i pensionati, i loro interessi economici e le loro aspirazioni alla qualità della vita. Già: perché il Sindacato si occupa di RSA?

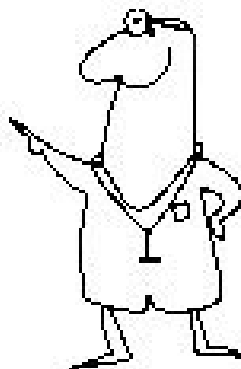
Da tempo CGIL CISL UIL conducono una vertenza con la Regione Lombardia dal titolo emblematico "Dare voce a chi non l'ha": una vertenza sulle rette e i contributi del Servizio Sanitario Regionale sulle cosiddette "quote sanitarie", la spesa medico-farmaceutica che fin qui è gravata impropriamente sugli ospiti delle case di riposo. Ma è anche una vertenza che ha l'ambizione di introdurre il Sindacato sulle questioni della qualità della vita degli anziani ricoverati, sui loro diritti, sulle alternative possibili, sui servizi che prima della RSA devono essere disponibili sul territorio in particolare per le persone non autosufficienti.

Le RSA nodo della rete

In questo modo il Sindacato scopre che le RSA sono uno dei nodi della **rete dei servizi alle persone anziane**; rappresentano una parte, un segmento di un sistema che deve rispondere ad un progetto: un segmento non isolato quindi, obbligato a mantenere relazioni con il complesso dei servizi territoriali, con le sedi della progettazione, del coordinamento e del finanziamento della rete.

E in questi ultimi anni l'idea della rete è enormemente cresciuta: la pressione del bisogno spinge nella direzione di un ampliamento della gamma dei servizi per gli anziani e in particolare per i non autosufficienti; della qualificazione di questi servizi; della migliore e più efficace gestione della componente integrata e sanitaria di questi servizi. La situazione demografica infatti è un elemento di pressione oggettiva sempre più incalzante: la popolazione invecchia e quindi è necessario prevedere risposte ai bisogni anche solo quantitativi della quarta età; le aspettative di vita si incrementano - e per fortuna - con una progressione che non ha eguali addirittura nel resto d'Europa, così che gli interventi sanitari sulle patologie della tarda età si moltiplicano e spesso si complicano.

Contemporaneamente, non possiamo dimenticarlo, premono sulla revisione del sistema dei servizi di tutela sociale, sul sistema del Welfare le questioni di carattere economico: i costi del Welfare sono nell'occhio del ciclone in tutta Europa e le esigenze di ridurre gli sprechi, di razionalizzare l'utilizzo delle risorse, sono le prime a dover essere accolte.



La mission delle RSA

In questo quadro la **mission** delle Case di Riposo, oggi delle RSA, va certamente, obbligatoriamente, ovviamente, ridefinita. Non solo in termini normativi o giuridici (la nuova legge quadro sull'assistenza, il nuovo Progetto Obiettivo Anziani, il nuovo Piano Socio Assistenziale) ma attraverso la costruzione di una nuova consapevolezza soprattutto dei decisori in questo campo: dei dirigenti delle Case di Riposo, dei dirigenti delle ASL e della Regione, dei referenti nei Distretti e dei Comuni.

E' definitivamente tramontata l'immagine della casa di riposo come ricovero per agili vecchietti garantito dalla pietà popolare e dalla carità cristiana della comunità. La casa di riposo come orizzonte inevitabile ma tutto sommato accettabile, addirittura per certi versi romantico; come lunga pista di fine percorso: fresca, verde, meta dei parenti vicini, prossima al comune da sempre conosciuto; luogo di scambio, anche: persone autosufficienti, per lo più; suore poco pagate e poco informate.....

La Casa di Riposo diventa Residenza Sanitaria, ospita sempre più numerosi malati terminali, ricoverati gravati da patologie complesse; allettati, dementi, alzheimer, comatosi; i medici hanno carta bianca e le tecnologie sanitarie incombono. Le strategie di tipo sanitario ridefiniscono l'organizzazione interna e ricollocano i pazienti ricoverati; avanza la logica degli standards, premono gli accreditamenti, c'è battaglia e "mercato" per le convenzioni con il SSN, ci sono FRISL miliardari, grandi investimenti da gestire a patrimoni da rendere "redditivi"; al personale si comincia ad applicare l'oneroso contratto del comparto sanità.

Gli ospiti maturano consapevolezza del diritto; più di loro, i loro familiari che oggi pagano (molto) anche con logica sindacale, contrattuale: si aspettano servizi, efficienza, verifica degli esiti. Nuovi servizi si dimostrano indispensabili: posti di sollievo, sezioni per comatosi, reparti Alzheimer, tecnologie mediche e riabilitative, centri diurni integrati.

Di sicuro nessuno oggi sceglie più la RSA come "casa di riposo"; allontana per quanto possibile da sé la prospettiva: preferisce la semiresidenzialità all'istituzionalizzazione; il centro diurno ad alternative meno flessibili; l'assistenza domiciliare al centro diurno: insomma, la domiciliarità piuttosto che il rigido e definitivo ricovero. E questi servizi si dimostrano anche economici: per la comunità (e i familiari) è certamente meno oneroso assistere o rimborsare la famiglia che cura piuttosto che sostenere una retta che - sommando la parte a carico degli ospiti e quella a carico del servizio sanitario - oggi sta tra i cinquanta e i settantacinque milioni all'anno. Quale futuro attende la gran parte delle case di riposo se le cose stanno così?

Una nuova strategia

E' necessario che le RSA giochino un ruolo rispetto al proprio futuro in relazione alla nuova domanda sociale. Possono (direi che devono) immaginare una loro **collocazione strategica nel panorama delle offerte agli anziani**: o **nell'ambito del servizio sanitario nazionale** (strutture pienamente sanitarizzate, inglobate nel sistema degli accreditamenti ospedalieri della Regione Lombardia, strumento di una politica di abbassamento degli standard sanitari e di taglio dei costi ospedalieri che già si sta affermando a seguito della legge 31); o **nell'ambito dei servizi territoriali**, dentro questa rete, questo sistema di carattere sociosanitario a disposizione degli Enti Locali e del territorio per le loro opzioni di politica sociale e sanitaria.

Di certo così come stanno le RSA che conosciamo, anche quelle di eccellenza, hanno poco fiato: in provincia di Bergamo già qualche segnale di "cedimento" del mercato è rintracciabile (i primi segnali di saturazione della domanda si creano al valore di 3,5 posti letto su cento ultrasessantacinquenni - siamo al 3,3 - anche in presenza di ingressi consistenti - almeno il 20% - da fuori provincia); il **calo di domanda** potrà essere stimata quando sarà completato il processo di riconversione delle strutture o-

"Se un mattino mi svegliassi e mi accorgessi che le mie gambe funzionano non direi una parola, scenderei quelle scale di corsa e uscirei da quel cancello..."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA
della provincia

spedaliere universalmente ritenute da dismettere e da dedicare ad attività riabilitative o di lungodegenza e comunque quando tutte le energie e le risorse auspiccate saranno destinate (anche solo per motivi di contenimento dei costi) ai servizi a sostegno della cura domiciliare.

Le RSA sono chiamate a **scelte di carattere strategico**, e non solo alla pura difesa del proprio ruolo: possono limitarsi a proporsi come gestori di un servizio, tutt'al più di un complesso di servizi, oppure possono candidarsi a giocare un ruolo di contitolarità nella progettazione della rete stessa dei servizi. E' innegabile che le RSA hanno costruito, attraverso le fasi successive di trasformazione anche rapida, un bagaglio di professionalità, di know how, di dotazioni tecnologiche, di capacità organizzative e progettuali significativo: non sarebbe né ragionevole né utile trascurarne l'importanza. Le RSA sono già oggi risorse territoriali importanti: più ancora possono esserlo qualora si pongano complessivamente nell'ottica di chi deve partecipare alla costruzione di uno scenario; qualora decidano di "uscire" dal chiuso delle proprie strutture e dalla pratica dell'autoreferenzialità e si guardino attorno, ai bisogni del territorio e alle possibilità che già oggi esse hanno di risolverli, almeno di candidarsi a risolverli.

Le RSA risorsa territoriale

In questo **caso si offrono al territorio come risorsa progettuale, professionale e organizzativa da valorizzare; si candidano a immaginare e gestire l'assistenza domiciliare integrata, la gamma dei servizi non necessariamente residenziali, ponendosi a confronto con gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie Locali, spendendo le proprie intelligenze nella progettazione e nella sperimentazione di servizi innovativi e non tradizionali**: tutto ciò sul terreno sia assistenziale puro (che compete all'Ente Locale) sia sociale a rilevanza sanitaria (in relazione con l'ASL o meglio con il Distretto Sociosanitario).

Per quanto riguarda il Sindacato è inutile ribadire come la scelta di campo che ci caratterizza è quella della **domiciliarità**: senza disconoscere le necessità reali delle famiglie (che sono poi quelle delle persone non autosufficienti sole, quelle inabili a rimanere da sole a casa propria anche con supporti a disposizione) anche in termini di strutture protette, il Sindacato non può che difendere la permanenza di tutti all'interno del proprio contesto ambientale, familiare - anche per le persone non autosufficienti - il più a lungo possibile.

Questa scelta ha bisogno della generalizzazione di servizi di aiuto concreto, di sollievo e del **riconoscimento anche economico del lavoro di cura**. Non c'è dubbio che sia per motivi di carattere affettivo e di relazione, che per motivi di carattere economico, la contrattazione sindacale spingerà per mantenere gli anziani a casa propria.

La domiciliarità

La scelta di campo della domiciliarità deriva, infatti, da una prima opzione del Sindacato: quella di rappresentare, di difendere, di tutelare quel **diritto** delle persone, quel diritto di cittadinanza per i più deboli che ognuno conserva ovunque, in qualsiasi condizione, in qualsiasi contesto. E' il diritto ad aspirare all'autonomia, il diritto a scegliere, il diritto ad essere assistito senza essere costretto, obbligato; il diritto ad essere soggetto anche contrattuale, perché no, ragionevolmente arbitro della propria condizione e del proprio destino.

Ed anche qui si misura uno scarto di modello tra un'assistenza caritativa, non professionale, concreta e nel migliore dei casi di buon senso e un'assistenza espressione di civiltà, di riconoscimento della cittadinanza, gestita con personale formato, legittimata da un progetto e dal consenso della comunità. In questo contesto la rete dei servizi

alle persone non autosufficienti non è opzionale, non è facoltativa, risponde ad un preciso diritto che va rivendicato con forza.

I costi del "progetto"

Anche i costi economici della rete di protezione sociale sono da condividere in relazione progetto: da "controllare" in modo economico e razionale, da contenere secondo principi di sana gestione delle risorse, ma in ultima analisi da sostenere con un impegno **solidale**, mutualistico e giusto.

Vanno ripartiti in modo equo e trasparente: vanno adottati tutti quegli strumenti che consentano una protezione ai deboli e una compartecipazione adeguata a coloro che possono permettersela.

Concretamente questo significa almeno due cose: a) va rimossa rapidamente quella che noi chiamiamo la "**tassa sulla non autosufficienza**" (chi è dentro le RSA paga servizi sanitari che sono gratuiti per chi è fuori!). La Regione Lombardia non può più a lungo resistere alla richiesta di colmare il differenziale tra la spesa sanitaria **effettivamente sostenuta** quotidianamente in RSA e il contributo pubblico alle Case stesse. E con gli Enti gestori b) va discussa la possibilità di introdurre strumenti adeguati di **valutazione della situazione economica** (ISE), non casuali né tantomeno arbitrari, al fine di determinare una partecipazione alla spesa almeno connessa ad indicatori espliciti.

Sulla base di tutte queste enunciazioni, l'obiettivo ambizioso del Sindacato è di concorrere al ridisegno della rete dei servizi, allargando la gamma delle tipologie, qualificando ciascun servizio, valorizzandone intrecci e sinergie territoriali secondo un progetto di cui l'Ente Locale sia titolare.

Tutto ciò che fin qui è stato detto, per le RSA, significa:

Statuti e regolamenti

La gran parte degli statuti, dei regolamenti, delle mappe organizzative formali delle RSA non è più adeguata alla situazione attuale: al di là delle novità che ci auguriamo verranno rapidamente introdotte con la nuova legge quadro sull'assistenza almeno per quanto riguarda gli IPAB, è davvero il caso che un tentativo di riscrittura, di **adeguamento dei testi formali** venga compiuta anche soggettivamente dagli Enti Gestori.

Gli statuti infatti risalgono alla fine del secolo scorso, così come **la legge Crispi** dai quali traggono origine. Parlano di accoglienza della popolazione derelitta, di beneficenza ai poveri, di carità ai miserrimi. Si tratta di ridefinire la mission di ciascuna casa, allargandola, riflettendo sul ruolo che ciascuna RSA può giocare sul suo territorio.

Si tratta di definire, in analogia con quanto avviene nelle aziende del SSN, piani strategici e organizzativi che dichiarino la direzione di marcia e le strategie di perseguimento dell'innovazione.

Associazione provinciale delle RSA

Questa operazione è ovviamente diversamente difficile per grandi o piccole RSA; così come quella di ridefinire la propria organizzazione, di aprirsi al confronto con Enti Locali e ASL, di candidarsi a gestire servizi diversi: l'unico modo che tutte le RSA della provincia hanno di affermare la propria capacità soggettiva a progettare e realizzare iniziative è quella di abbandonare la tattica difensiva e perdente centrata solo sulle



propri dinamiche interne e di **investire nella costruzione di un luogo stabile di coordinamento**, di scambio e di confronto, di supporto, di individuazione degli spazi di sinergia di soluzione sinergica dei problemi.

La creazione di una **Associazione** delle Case di Riposo che riunisca e in qualche modo da definire rappresenti tutte le RSA della provincia sarebbe una novità capace di accelerare il processo di trasformazione. Risolverebbe addirittura il problema di un confronto unitario con interlocutori che sono unici in provincia e finalmente consentirebbe una discussione a tutto campo con una parte (quella delle case di riposo) finalmente rappresentata. Va da sé che questa per le RSA è una scelta politica, che deve tenere insieme (ma è certamente possibile) RSA laiche, cattoliche, fondazioni, IPAB, pubbliche, private, non profit, comunali, di consorzi...

Costituire un'Associazione delle Case di Riposo non può che aiutare le RSA nel proprio sforzo di alzare il livello di consapevolezza, sventare i rischi di una competitività fuori luogo promuovendo invece coordinamento, scambio di informazioni e di esperienze, valorizzazione e ampliamento del patrimonio professionale di ciascuna casa: lo stesso rapporto con il Pubblico potrebbe giovare, e con chiarezza affrontare la questione dell'accreditamento e delle convenzioni. Né in modo arrogante, né con pregiudiziali assunzione di colpe, ma con ragionamenti condivisi, con idee forza capaci di farsi ascoltare.

RSA e servizi per il territorio

Stringere il rapporto tra RSA significa anche stringere il rapporto con il territorio: in modo decisamente nuovo **offrendo un complesso di servizi interni per ospiti residenti, semiresidenti e per assistiti esterni**.

Percorrendo la strada della generalizzazione dei **Centri Diurni Integrati**, della **specializzazione** di reparti (si pensi alla drammatica carenza di posti per persone colpite dal morbo di Alzheimer; una carenza della quale in parti uguali devono assumersi responsabilità l'ASL - meglio le ex USSL - che non ha promosso convenzioni e il sistema delle RSA che si è ben guardato dall'offrirle: su questo capitolo torneremo), della caratterizzazione dei servizi a rilevanza sanitaria, dell'introduzione di attività **medico-riabilitative** per gli ospiti e per gli **esterni**.....

Le RSA possono ragionevolmente candidarsi ad offrire al territorio le capacità di progettazione e di gestione di servizi esterni come **ADI** e **SAD** o più semplicemente di servizi utili all'esterno (lavanderia, pasti caldi, assistenza ai bagni, ...).

Ciò significherebbe costruire una linea territoriale punteggiata da diversi nodi o servizi che vede la Casa di Riposo protagonista; una linea territoriale che conosce e accompagna le persone che via via esprimono bisogni di assistenza sempre più importanti; che con l'Ente Locale (a sua volta costituito in consorzio o Distretto Sociale sul territorio) e con il Distretto socio sanitario costruisce risposte credibili alla non autosufficienza; che con le altre medesime linee territoriali costruisce una rete della quale ASL e Associazione delle RSA sono i principali tessitori.

Rette e nuovi servizi

Per questa via le RSA escono dalla logica univoca del **ripianamento** degli **sbilanci** attraverso le **rette**: diversificare le entrate e abbassare i costi già oggi insostenibili per le famiglie è un obiettivo centrale. Il circolo di una struttura di bilancio inadeguata, di vincoli statutari (si pensi agli IPAB) che risalgono al secolo scorso, di ricavi costituiti solo da rette o donazioni o contributi, deve essere rotto indicando anche per le RSA pubbliche la strada dell'offerta di servizi al territorio o se si preferisce alla comunità consentendo loro di realizzare margini economici di gestione che sollevino gli ospiti da rette impossibili. Non guasterebbe una ventata di nuova cultura imprenditiva, nel

"Bella
stagna
mi dai
un bacio
che ti
voglio
bene."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99
nelle RSA della
provincia

settore: l'assunzione di un'ottica capace di fare sintesi della vocazione al servizio e della necessaria considerazione della domanda e del mercato.

Regione e ragione

Come si vede è infondato il sospetto che alcune RSA nutrono nei confronti del Sindacato: qualcuna ci ha negato l'accesso, qualcuna ha evidentemente stracciato la lettera al solo ricevimento di una richiesta di incontro: il Sindacato sta dalla parte di chi vuole qualificare il sistema dei servizi agli anziani e da quella in cui militano le RSA che immaginano di dover cambiare almeno quanto la società in questi anni è cambiata.

E' una politica miope e sbagliata quella del conflitto con il Sindacato: la non restituzione delle rette secondo le quantità deliberate dalla Regione Lombardia non solo **merita un intervento sanzionatorio da parte del Servizio di Vigilanza dell'ASL**, ma un giudizio netto: **queste RSA scambiano per nemici tutto ciò che si muove, anche i loro amici.**

RSA e Sindacato sono invece certamente alleati nella ricerca della copertura completa della quota sanitaria e nella battaglia per la qualità.

Il prossimo 8 giugno i Sindacati confederali dei pensionati saranno a Milano a manifestare perché la **Giunta Regionale della Lombardia mantenga i suoi impegni** e continui ad incrementare gli stanziamenti per le attività sanitarie gestite dentro le RSA: oggi per un N.A.T. la Regione interviene con 65.000 lire al giorno; il costo medio reale degli interventi di carattere sanitario che dovrebbero essere a carico del SSR (e sono invece a carico delle famiglie come parte della retta) sta attorno alle 100.000 lire.

Rette e diritti

Così stando le cose, del resto, ai non autosufficienti come si è detto si applica una tassa ingiusta: chi è fuori dalla RSA beneficia degli interventi del SSN ed è esente da ticket, non paga i medicinali, può essere ricoverato a costo zero in case di cura quando sia in una fase acuta di malattia; chi è nella RSA paga con una parte della retta il personale medico che si prende cura di lui, i medici, i supporti diversi.....

Su questo fronte non si capisce proprio cosa divida **RSA e Sindacati** se non un "sospetto" irragionevole. Richiedere l'innalzamento della quota sanitaria regionale e restituire di conseguenza agli ospiti una quota di retta corrispondente dovrebbe essere un'operazione pacifica, a tutto vantaggio degli ospiti stessi e delle RSA.

Diritti e qualità

I terreni veri di confronto sui quali il Sindacato vorrebbe cimentarsi, invece, sono quelli dei **diritti** e della **qualità**. In realtà non siamo mai riusciti ad aprire la partita della discussione serena con le Case di Riposo su questi temi: sembra quasi che le RSA stesse si percepiscano come i migliori sindacalisti per i propri ospiti. E questo, purtroppo, non è proprio detto. Sarebbe invece giusto stabilire dei ruoli precisi e dare il via ad un confronto di idee capace, tra l'altro, di mobilitare il consenso degli interessati.

Valutazione dell'anziano

Per prima cosa si tratta (a proposito di diritti e di trasparenza) di affrontare la questione **della valutazione oggettiva della situazione sanitaria, familiare, assistenziale ed economica dell'anziano** non autosufficiente e di indirizzarlo con una certa automaticità al servizio più adeguato: SAD, ADI, CDI, RSA, Ospedale.... Questa procedura non può essere implementata se l'ASL non si decide a costituire le Unità di Valutazione Geriatriche (ma CGIL CIL UIL hanno siglato protocolli che dovrebbero portare all'operatività delle UVG entro settembre); a condividere uno strumento di valutazione oggettiva in base al quale le UVG lavoreranno; a sottoscrivere convenzioni con ciascuna RSA per quanto attiene alle procedure di ricovero.

E' questa l'unica soluzione possibile al problema dell'arbitrarietà delle **ammissioni** in casa di riposo e alla effettiva individuazione delle urgenze reali; procedure di questo tipo stanno a monte del centro unico distrettuale e provinciale di prenotazione: obiettivo al quale non è impossibile arrivare velocemente, sempre che l'ASL sia disponibile ad attivarsi in questo senso.

Contratto con gli ospiti

In secondo luogo si tratta di decidere, accanto agli standard strutturali e professionali previsti dalla normativa, di adottare criteri oggettivi di **valutazione della qualità della vita dentro le RSA**. In primo luogo le RSA devono dire come la pensano a proposito dell'appendice alla nostra ricerca, in relazione ai diritti degli ospiti. Anche solo sulle mere enunciazioni di principio contenute nel documento allegato alla ricerca, occorrerebbe una decisa presa di posizione delle Case.

Contratto

Ma il Sindacato chiede qualcosa di più: la sottoscrizione di un vero e proprio **contratto tra ospite e RSA all'atto dell'ammissione**. Qualcosa di più di una carta dei servizi che descriva in modo generico e magari apologetico le strutture e le dotazioni della RSA senza specificare come, dove e quando gli ospiti ne possano usufruire: un vero e proprio contratto, nel quale l'ospite si impegna ad accettare le regole di vita interna ma anche prende conoscenza dei suoi diritti più elementari, degli standard di servizio ai quali avrà diritto, degli impegni veri che nei suoi confronti la RSA si assume. Quanta assistenza, quanti bagni, quanta animazione, quante passeggiate nel bel parco ogni settimana...

Il **Contratto** è la reciproca assunzione di responsabilità; è l'indicazione trasparente dei diritti esigibili; è il contrario di un rapporto paternalistico e quasi sempre arbitrario che lega ospiti e Casa.

La qualità quindi non è solo retta, organico, strutture, bilancio. La nuova sfida è la qualità della vita nella Casa di riposo. Ci aspettiamo dalle RSA una rilettura della propria organizzazione: ci aspettiamo che la vita all'interno della RSA sia "umanizzata"; riordinata e centrata sulle persone, sui loro ritmi, sui loro bisogni e non sulle esigenze di economie organizzative o di ottimizzazione dei turni o dell'utilizzo degli impianti.

Volontariato

La RSA è un luogo privilegiato, del resto, per l'impegno di un volontariato maturo, capace di stare con generosa disponibilità dentro un progetto: la qualità dell'impiego dei volontari è data non solo dalla continuità dell'impegno che è in grado di garantire, ma dal suo **coinvolgimento** dentro il progetto. Nessuno più può pensare ad un **utilizzo esclusivamente strumentale del volontario** (pensare a lui come una risorsa di tipo esclusivamente economico, utilizzarlo per contenere i costi di gestione, obbligarlo a supplire carenze di organico magari con richieste professionalmente importanti), sia

"Eppure sono venuta qui di mia spontanea volontà, ma adesso... alla mia casa vorrei tornare... alla mia casa stavo meglio, alla mia casa..."

Voci raccolte da
allievi dei corsi
regionali ASA
1998/99

per motivi sindacali sia soprattutto per la riflessione che nel mondo del volontariato ha prodotto livelli notevoli di maturità. Siamo nella fase del volontariato solido e responsabile, organizzato, strutturato, formato, legato ad un progetto nella definizione del quale deve essere necessariamente coinvolto.

Affidare stabilmente ad **associazioni di volontariato** campi autonomi ma integrati di intervento è una soluzione interessante alla domanda di qualità: non sostituzione, non supplenza, ma piuttosto innalzamento generoso degli standard, ampliamento della gamma dei servizi e delle possibilità, nuovi margini per aspetti fin qui opzionali di relazione con i ricoverati.

Questi aspetti della relazione costituiscono in realtà l'ambito nel quale il volontariato dovrebbe rivendicare di crescere: dentro le RSA ma anche sotto forma di assistenza domiciliare "leggera" oppure di integrazione e supporto all'ADI, e di presenza a sostegno della relazione in tutti i servizi della rete per gli anziani. Lo SPI di Bergamo è del resto impegnato (in particolare per quanto riguarda la città) a promuovere il volontariato dei pensionati come risorsa, come valore aggiunto alla vita produttiva della comunità.

Terzo settore

Anche il **terzo settore** (che è impresa, seppure non profit; non è volontariato, ma lavoro cooperativo con finalità sociali e come tale va considerato) si vede aprire spazi sempre più significativi dalla riorganizzazione della rete dei servizi agli anziani: fanno spazio al terzo settore l'**incremento delle risorse investite** in questo campo (SAD, ADI o comunque spazi liberati dentro le RSA ed eventualmente allargati dall'implementazione di servizi innovativi e/o sperimentali) e il contemporaneo **disimpegno**, in termini di pura gestione, **degli Enti Locali e dell'Azienda Sanitaria Locale**.

Il ricorso alla cooperazione sociale per far fronte in modo economico e, oggi, anche di qualità alle necessità di gestione di servizi (in tutto o in parte) è sempre più frequente: in altre occasioni abbiamo più a lungo riflettuto su questo modello. Si tratta di prendere atto comunque della irrinunciabilità di alcuni elementi basilari: ♦ la titolarità dei servizi rimanga saldamente in mano pubblica; ♦ chi appalta badi a mantenere il know how rispetto ai servizi che dismette: eserciti le capacità di progettare, di coordinare, di verificare il rispetto degli standard indicati; ♦ risponda quindi direttamente ai cittadini, agli utenti; ♦ infine, il terzo settore si presenti all'appuntamento con le carte in regola: si dimostri a sua volta capace di proporre e realizzare soluzioni innovative e di qualità, capace di rispettare il diritto dei lavoratori e quello, ancora più importante, degli assistiti. Chieda riconoscimento di ruolo ma sia in grado di ricostruire, sempre, le ragioni sociali del proprio impegno.

Nuove relazioni sindacali



Ci aspettiamo dalle RSA, per concludere, una convinta **accettazione delle relazioni sindacali**: quelle con le rappresentanze del personale, e quelle con i soggetti sindacali che si muovono in rappresentanza degli ospiti e dei loro familiari. Del resto (e su questo punto ho concluso) vanno in qualche modo introdotti e valorizzati quegli strumenti di partecipazione e di circolazione delle idee e delle proposte rappresentante dai comitati degli ospiti. Sono strumenti importanti di legittimazione dell'intervento socio-assistenziale della Casa; sono mediatori di consenso certamente utili; sono soprattutto laboratori di proposte concrete che vanno prese decisamente in considerazione nel momento di ridefinire missione, ruolo e strategie di intervento.

I problemi concreti, quotidiani delle persone sono in realtà i più grandi, i più difficilmente risolvibili: ma un'attenzione vera e una presenza non strumentale delle associazioni dei familiari possono produrre idee realisticamente gestibili, utili proprio all'in-

nalzamento della qualità della vita degli ospiti. Anche questo è oggetto di carta dei servizi: quali sono i luoghi del confronto con le associazioni dei familiari o degli ospiti? In quale modo il loro contributo diventa una risorsa per la RSA e non un ingombrante conflitto pregiudiziale e spesso solo di metodo?

A questo proposito non posso non citare un ottimo protocollo che proprio ieri CGIL CISL e UIL e i Sindacati dei Pensionati hanno sottoscritto con la Casa di riposo di via Gleno. Dopo quasi quattro anni di alti e bassi (più bassi che alti) sembra che la RSA più grossa della provincia, quella dalla quale ci attendiamo il maggiore contributo di idee e realizzazioni in materia di modello, abbia imboccato la strada della necessaria riprogettazione del proprio futuro, partendo (come è giusto) dal rispetto della delibera regionale in materia di restituzione delle rette.

ASL, ASSI e RSA

Moltissime delle cose che abbiamo detto dipendono direttamente dal **ruolo che l'ASL (attraverso il suo dipartimento socio sanitario, l'ASSI) intenderà giocare**. Fino a pochi anni fa il servizio V° delle ex USSL svolgeva nei confronti delle RSA un ruolo di pura **promozione**: proposte di formazione, blanda (e soprattutto burocratica) vigilanza sugli **atti**. Un ruolo senza risorse da gestire e quindi senza speranze di orientare con decisione il sistema verso l'innovazione. Non fosse altro che per la diversità di situazioni di partenza nei diversi territori delle diverse USSL.

Ora l'ASSI ha una dimensione **provinciale**; ha un **budget** molto consistente da distribuire sotto la voce "**quota sanitaria**"; ha per mission **l'acquisto di prestazioni** (anche di riabilitazione, anche di lungodegenza a seguito dell'accordo recentissimamente firmato dal Direttore generale Rossattini con CGIL CISL UIL) e l'allacciamento di convenzioni anche per prestazioni sanitarie; ha specifici budget da gestire sulla rete dei servizi: l'ADI per proprio conto, il SAD per delega di numerosi comuni.

L'ASSI ha acquisito un ruolo di straordinaria rilevanza politica e una reale capacità di **condizionamento** (anche attraverso il servizio di vigilanza) delle scelte delle RSA. Un ruolo di promozione assolutamente decisivo: a seguito delle novità regionali, l'ASSI ormai accredita, vigila, si convenziona, distribuisce le risorse pubbliche. Questo ruolo va gestito in modo trasparente, esplicito e con decisione secondo un progetto: CGIL CISL UIL hanno più volte affermato la responsabilità dell'ASL nei confronti del cittadino, quasi una responsabilità di rappresentarne il bisogno e di risolverlo, acquisendo i servizi necessari.

Bene: l'ASL attraverso l'ASSI non può rifiutare un lavoro di **progettazione e di costruzione della rete** condividendo (per carità, oppure: dissentendo) l'impianto strategico che il Sindacato è disposto a sostenere in modo esplicito e concretamente. Ecco perché è difficile per il Sindacato intervenire con forza sull'avvio delle UVG (dovevano essere costituite da tempo), sul Centro Unico di Prenotazione (CUP), sul ruolo dei Distretti, sulla vigilanza sulle delibere di restituzione fatte furbescamente o male da alcune RSA, sulle modalità di appalto dei servizi di assistenza domiciliare.

CGIL CISL UIL hanno tentato invano di **dimensionare sui distretti** l'appalto concorso per la gestione delle attività di ADI e UVG. Hanno cioè tentato di convincere l'ASSI a dare una dimensione più piccola, distrettuale, ad un grande appalto/concorso (per fortuna e per l'intervento del sindacato confederale si trattava di un appalto/concorso, almeno, e non di un appalto al massimo ribasso) per consentire a realtà più piccole e diverse di candidarsi a gestire queste attività. Bene: per lo SPI CGIL la titolarità del progetto (del modello) della rete provinciale dei servizi va divisa nel consenso tra ASSI e Enti Locali e concertata con il Sindacato. Le Case di riposo devono potersi candidare ad una più locale progettualità distrettuale, sul territorio, in favore della comunità che conoscono e con le risorse di cui dispongono.

" Mi sembra di stare in un bicchiere d'acqua tanto che la stanza è piccola."

Voci raccolte da allievi dei corsi regionali ASA 1998/99 nelle RSA della provincia

L'ASL è titolare quindi di margini importanti di discrezionalità organizzativa e politica, da spendere a supporto di una logica di innovazione: dipendono dall'ASSI il modello dell'UVG e dell'Assistenza domiciliare integrata, la quantità e la qualità delle offerte territoriali di servizio per gli anziani; sta all'ASSI individuare le caratteristiche della rete e governare la risposta ai bisogni (attraverso i recenti appalti/concorso si sono compiute scelte strategiche: per distretto o sul territorio provinciale? Su quale protocollo oggettivo o fidando sul "controllo"?.... La confusione organizzativa dell'ASL - ridisegnata di questi tempi - non ha certo favorito scelte lucide, meditate, coerenti con le stesse impostazioni del piano strategico: ma la storia degli interventi dell'Azienda non finisce qui e quindi continuiamo a sperare in un adeguato ripensamento a proposito del ruolo da svolgere da parte proprio del Dipartimento socio sanitario dell'ASL).

Sanitario e sociosanitario

Dall'ASL più in generale ci attendiamo che garantisca al proprio dipartimento socio sanitario **risorse umane, professionali ed economiche** tali da consentirle di svolgere fino in fondo questo compito di riprogettazione e di governo della rete dei servizi per gli anziani. Non abbiamo da lamentare gravi divergenze di vedute con la Direzione Generale a proposito di questa indicazione: attendiamo l'ASL al rispetto degli importanti impegni assunti con CGIL CISL UIL a proposito di riequilibrio delle risorse tra interventi di carattere sanitario e interventi sociosanitari (protocollo CGIL CISL UIL sulla riabilitazione e la lungodegenza, spostamento di circa 10 miliardi dal sanitario al socio-sanitario, valorizzazione dell'ASSI e dei Distretti) uscendo rapidamente dal caos organizzativo e funzionale nel quale si trova.

Enti Locali

Ci rimane brevissimamente da ribadire il ruolo dell'Ente Locale, che deve accompagnare questo investimento di "riequilibrio" e favorire il processo di trasformazione della RSA nel contesto territoriale.

E' impensabile che i Comuni continuino a considerarsi e ad essere considerati semplici **Enti pagatori** (ripiamento più di lista delle differenze tra rette e costi, per esempio). I Comuni devono acquistare consapevolezza del proprio ruolo di soggetto forte, capace di vere e proprie azioni positive sul fronte dell'assistenza. I piccoli Comuni associati in Consorzi, le Comunità Montane che agiscono per conto dei Comuni, i Comuni riuniti in "Distretti Sociali" sono **il luogo del progetto**, del **governo** e del **coordinamento** territoriale dei servizi assistenziali.

A questo ruolo non possono impunemente abdicare affidando deleghe senza consenso, senza partecipazione, senza condivisione delle scelte: in fondo rimangono titolari del rapporto con i cittadini e i loro bisogni; a loro **rispondono sempre** (legge 142, ruolo del Sindaco sulla salute e del Comune sulle questioni relative ai servizi sociali e assistenziali; prospettiva di incremento delle funzioni e delle capacità di governo di tutta la materia dentro la nuova legge quadro sull'assistenza).

Provincia di Bergamo

Un ultimissimo pensiero deve però trovare spazio in questo testo peraltro piuttosto lungo: la **Provincia** di Bergamo è rimasta assente e disinteressata rispetto ai processi che si sviluppano tra difficoltà e crisi sul terreno dei servizi per gli anziani e in particolare sulle RSA.

Proprio l'Assessorato ai servizi sociali ha rinunciato ben presto a svolgere un ruolo politico in questa discussione, a scegliere la posizione in campo, a promuovere il cambiamento. Ben altra determinazione politica avrebbe meritato già dal '94 il generoso

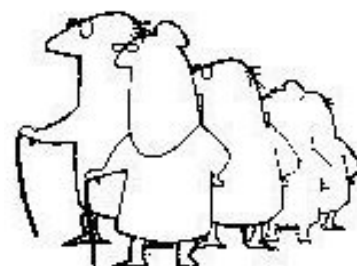
tentativo della **Consulta Provinciale per le Persone Anziane**, costituita con lo scopo di diventare **osservatorio** permanente, coscienza critica, laboratorio di idee e di proposte sul terreno dell'assistenza agli anziani. La separazione tra Consulta e Assessorato è diventata ben presto una costante e si è allargata con il passare del tempo; sono state sottratte al lavoro della Consulta risorse professionali ed economiche, lasciando che solo lo sforzo soggettivo dei singoli membri di quella Consulta costruisse un lavoro di analisi e di proposta in assenza di interlocutori politici non dico attenti ma anche solo un po' interessati.

L'Amministrazione provinciale ha fatto le sue scelte: tra di esse non c'è stata quella di caratterizzarsi per un impegno a favore dei bisogni di carattere sociale. L'idea di una Consulta/osservatorio è comunque di attualità e la volontà della **Consulta** attuale di riproporsi **come risorsa** è intatta: si tratterà, dopo le elezioni, di trovare interlocutori Istituzionali capaci di assicurare a questo patrimonio di elaborazioni e di idee spazi e interfaccia tecnico e politico.

La Consulta sarebbe un esempio significativo di tavolo permanente di concertazione se solo la Provincia avesse creduto di potersi occupare di anziani.....

L'idea della concertazione

L'idea della concertazione è, per lo SPI CGIL, l'idea vincente. Il Sindacato, come si è sin qui sostenuto, si candida a svolgere un ruolo propositivo e di promozione: come parte, in rappresentanza di interessi, di bisogni, soprattutto di persone; come risorsa a disposizione del diritto di queste ultime a condizioni migliori, ad avere una voce nei luoghi che contano, dove si decide. Sul territorio il Sindacato si candida a fare la sua parte in direzione della qualificazione, dell'innovazione, del miglioramento complessivo, a patto solo che chi concretamente ha nelle mani le possibilità di decidere riconosca la necessità di rispondere ad un interesse generale e ad una domanda di civiltà ormai evidente a tutti.



**Voci raccolte da allievi dei corsi regionali ASA 1998/99
nelle RSA della provincia**

Maria ti prego, ti raccomando, non farmi morire da sola, sento la morte, ho paura, non lasciarmi da sola...

Se faccio la brava la mia mamma viene a trovarmi?

Vado in camera mia perché i miei parenti non vengono a trovarmi e non voglio vedere quelli degli altri.

Vieni, mi fido di te, devo contare i miei soldi, non correre via, sei sempre di fretta, fermati qui un po'...

Mi vuoi bene? Perché la mia mamma non mi porta a casa sua? Sono cattiva? Sono brutta?

Dammi subito da mangiare perché garantito che me ne vado a casa, io pago e tu mi devi servire.

Bella stagna mi dai un bacio che ti voglio bene.

Eppure sono venuta qui di mia spontanea volontà, ma adesso... alla mia casa vorrei tornare... alla mia casa stavo meglio, alla mia casa...

Se un mattino mi svegliassi e mi accorgessi che le mie gambe funzionano non direi una parola, scenderei quelle scale di corsa e uscirei da quel cancello...

Sono vecchia, sono finita qui dopo tanto lavorare, ridurmi così, dopo tanto lavorare... non spero più... non fosse per te, sarei là in fondo al viale alberato.

Mi sembra di stare in un bicchiere d'acqua tanto che la stanza è piccola.