



AZIENDA SPECIALE DEI COMUNI
DEL RHODENSE PER I SERVIZI ALLA PERSONA

Studio di fattibilità economico-gestionale RSA Gallazzi Vismara Comune di Arese

Introduzione metodologica	3
1. Analisi del contesto e del fabbisogno	5
2. Stato dell'arte	7
3. Driver del cambiamento	10
3.1 Inclusion e nelle politiche e nelle strategie dell'Ambito	10
3.2 Apertura alla comunit�	13
3.3 Centralit� dell'accoglienza	16
3.4 Rafforzamento dello <i>staff</i> sanitario	18
3.5 Efficacia del servizio e attenzione all'efficienza	19
3.6 Innovazione tecnologica	20
4. Modello organizzativo di gestione e governance	22
4.1 Contratto di servizio	24
5. Ipotesi economico-gestionali e quadri previsionali	25
6. Benchmark	32
7. Cronoprogramma dell'attivazione degli interventi innovativi	33
Considerazioni finali	34

Introduzione metodologica

Il presente progetto di fattibilità viene elaborato su mandato dell'Amministrazione Comunale di Arese che, con Deliberazione nr. 90 della Giunta Comunale del 07/07/2022 ha deliberato di avviare un percorso di analisi ed eventuale successiva attuazione dell'affidamento dei servizi connessi alla gestione della Casa di riposo "Gallazzi-Vismara" (di seguito anche RSA Gallazzi-Vismara) all'Azienda Speciale Consortile "Servizi Comunali alla Persona" (Ser.co.p.), da concretizzarsi in uno studio di fattibilità economico-gestionale avente a riferimento la gestione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari per gli anziani oggi erogati dall'Azienda Speciale Gallazzi Vismara.

In tale Deliberazione si rileva come la gestione dei servizi affidati a Ser.co.p. abbia permesso di conseguire negli anni diversi risultati positivi in termini di economie gestionali e razionalizzazioni, qualificazione, omogeneizzazione a livello d'ambito delle modalità gestionali e dei criteri d'accesso e di attuazione efficace degli obiettivi del Piano Sociale di Zona. In considerazione di ciò si ritiene opportuno proseguire e incrementare lo sviluppo di azioni volte a valorizzare i servizi esistenti e ampliare la gamma di proposte per la popolazione anziana attraverso un potenziamento della Casa di Riposo che sempre più si configuri quale riferimento per le politiche relative agli anziani sul territorio.

Tutto ciò nella consapevolezza che il contesto di riferimento renda sempre più necessario cogliere le opportunità derivanti dall'integrazione delle politiche a favore della popolazione anziana con le risorse sociali garantite a livello di ambito. Questo nella volontà di garantire continuità al perseguimento dei principi guida che caratterizzano la gestione della RSA:

- forte legame con la comunità e forte identità territoriale;
- carattere pubblico della gestione;
- presidio diretto del Comune sulla gestione;
- perseguimento di economie di scala, pur nella consapevolezza che le motivazioni meramente lucrative non debbano avere carattere prioritario;
- perseguimento delle potenzialità offerte dalla gestione dei servizi in sinergia con la rete territoriale d'Ambito.

Il mandato dell'Amministrazione Comunale a Ser.co.p. risulta essere compatibile e giustificabile sia con la natura giuridica di Ser.co.p., Azienda speciale costituita ai sensi dell'art. 114 del D.Lgs. 267/2000 (TUEL) a totale partecipazione pubblica su cui il Comune di Arese ha un controllo analogo a quello esercitato sui propri uffici e servizi (*in house providing*), sia per l'oggetto statutario di Ser.co.p. che, come previsto dall'art. 3 dello Statuto, gestisce "servizi socio-assistenziali, socio-educativi e sociosanitari integrati, in relazione alle competenze istituzionali degli Enti soci [...] orientati alle fasce deboli della cittadinanza, e in particolare: minori; famiglie; disabili; anziani; interventi di inclusione sociale".

Il presente documento ha finalità di definire uno studio di fattibilità e un modello di gestione della RSA Gallazzi Vismara al fine di introdurre sia elementi migliorativi della qualità del servizio, definendo interventi che consentano una maggiore fruibilità della struttura, sia nuovi servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti di Arese; **in tal senso i paragrafi che seguono non si limitano alla definizione di progettualità, ma mettono in evidenza anche la visione strategica alla base del progetto rispetto alla gestione delle persone anziane non autosufficienti, dove la RSA Gallazzi-Vismara è posta quale elemento centrale, con tutte le competenze e le potenzialità che è in grado di esprimere.**

Al fine della predisposizione dello studio di fattibilità si è avviato un tavolo progettuale che ha visto coinvolti, oltre a Ser.co.p., il Comune di Arese e l’Azienda Speciale Gallazzi Vismara finalizzato a raccogliere tutte le informazioni e i dati utili per la costruzione di un modello di sviluppo della gestione dell’unità di offerta RSA; il tavolo progettuale ha avuto un ruolo fondamentale anche nella condivisione degli obiettivi di fondo e nella definizione delle azioni da intraprendere.

Gli obiettivi generali del documento sono schematizzabili come segue:

- definizione di un modello di gestione che consenta di sviluppare un elevato livello di qualità dei servizi di cura degli anziani all’interno della struttura;
- individuazione di soluzioni gestionali che consentano di utilizzare in modo aperto e flessibile la struttura rispetto al territorio e ai suoi cittadini, in stretta connessione con le politiche di ambito;
- coniugazione delle precedenti ipotesi qualitative con una ipotesi di sostenibilità e convenienza economica, rispetto al modello di gestione scelto.

Al fine di rispondere alle richieste dell’Amministrazione Comunale di Arese l’elaborato è stato strutturato in sette Capitoli tra loro interconnessi:

1. un’analisi del contesto e del fabbisogno, che mira a mettere in luce il contesto di riferimento, sia con evidenze statistiche (a livello comunale e di ambito) relative alla popolazione anziana, sia con riferimento al sistema di offerta dei servizi agli anziani nel territorio di riferimento;
2. un’analisi dello stato dell’arte, che rappresenta la situazione ad oggi della RSA di Arese gestita dall’Azienda Speciale Gallazzi Vismara, rappresentandone la struttura gestionale e organizzativa, l’utenza e i servizi erogati;
3. una rappresentazione dei driver di cambiamento proposti da Ser.co.p., che rappresentano la base metodologica e strategica delle scelte relative al modello gestionale proposto da Ser.co.p. per la RSA di Arese;
4. una proposta di governance della RSA di Arese a seguito dell’ipotesi di passaggio gestionale della medesima dall’Azienda Speciale Gallazzi Vismara a Ser.co.p.; in questo modo Ser.co.p. intende rinforzare e mettere al centro il vincolo di strumentalità dell’azienda con l’amministrazione e di conseguenza il potere di indirizzo e controllo del Comune di Arese;
5. una declinazione economico-finanziaria delle ipotesi rappresentate nelle parti precedenti, costituita di schemi contabili (con riferimento al solo aspetto economico) e quadri di declinazione e specificazione delle diverse ipotesi contabili al fine di garantire il collegamento tra valori economici con le ipotesi gestionali previste e di implementazione di nuove attività/ servizi;
6. un raffronto dei dati economico-finanziari emergenti dalle previsioni Ser.co.p. con i dati di *benchmark* delle RSA della città di Milano;
7. un cronoprogramma dove vengono rappresentati i tempi previsti per la realizzazione degli interventi proposti.

1. Analisi del contesto e del fabbisogno

Il territorio del rhodense, come evidenziato nel Piano Sociale di Zona 2021 – 2023¹, si caratterizza per una struttura della popolazione che si può definire regressiva, in quanto la popolazione giovane è risulta essere minore di quella anziana. La percentuale degli ultrasessantacinquenni al 01/01/2023 sull'intero territorio dell'Ambito, infatti, è pari del 23,9%, superiore ai valori registrati nella Città Metropolitana di Milano (23,1%) e sul territorio regionale (23,4%). Si registrano tuttavia differenze sensibili tra Comune e Comune: Arese rappresenta il Comune con maggiore incidenza di anziani (28,2%), seguito dal Comune di Rho (25,0%) e dal Comune di Cornaredo (23,9%)².

Analizzando, inoltre, l'indice di vecchiaia, che misura il numero di anziani con età pari o superiore a 65 anni in rapporto ai giovani nella fascia 0-14 anni si evince come, a fronte di un dato d'Ambito Rhodense che si attesta su una media di 186,2 over 65enni per ogni 100 giovani con un'età pari o inferiore ai 14 anni, il dato del Comune di Arese raggiunge il valore di 219,6, superiore al dato medio rilevato tra i 133 Comuni della Città Metropolitana³ che presenta un valore medio di 179,5 anziani ogni 100 giovani⁴.

Tale primato viene rilevato anche rispetto all'indice di dipendenza, che rappresenta il rapporto tra la popolazione con età pari o superiore a 65 anni e la popolazione che l'ISTAT classifica in "età attiva" (tra i 15 e i 64 anni). L'analisi dell'indice di dipendenza pone in evidenza come ad Arese vivano 47,9 persone con età o superiore a 65 anni ogni 100 persone in età attiva tra i 15 e i 64 anni (a fronte di un dato d'Ambito di 37,8 e della Città Metropolitana di Milano pari a 36,0), e all'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione attiva (15-64 anni) e popolazione non attiva (0-14 anni, 65+ anni), pari a 69,7 (superiore sia al valore registrato dall'Ambito 58,1 che a quello della Città Metropolitana di Milano 56,0)⁵.

Con riferimento alle UdO RSA, in termini assoluti, il territorio rhodense conta 696 posti letto autorizzati, di cui 611 accreditati, distribuiti tra 6 strutture di cui solo 2 a gestione pubblica⁶ a fronte di circa 40.400 persone anziane (di cui 5.505 ad Arese).

Questi dati inducono ad una riflessione sull'impatto di tale composizione anagrafica della popolazione e, conseguentemente, ad una più ampia analisi sul sistema dell'offerta dei servizi sociale e sociosanitaria che riguarda la cura dell'anziano, che non può non interessare anche la gestione della struttura residenziale del Comune. Questa circostanza inoltre può diventare occasione per avviare un pensiero strategico pluriennale rispetto alle politiche comunali relative alla cd. "*long term care*" (LTC) da attuare, da parte dell'Amministrazione, nei confronti dei propri cittadini anziani in un'ottica più ampia con l'avvio di progettualità innovative connesse al territorio e alla domiciliarità. Tutto ciò senza perdere la forte identità territoriale ed il profondo radicamento della RSA nella comunità arecina, con la finalità di allargare lo sguardo, non solo agli ospiti della struttura bensì ai bisogni di tutta la cittadinanza non autosufficiente del territorio.

¹ Approvato dall'Assemblea dei Sindaci del 3/2/2022 (http://www.sercop.it/index.php?section_id=929&parent_id=215&p=articles&o=view&article_id=632)

² Fonte: demoistat.it

³ Cfr. Annuario Statistico dell'Area Metropolitana di Milano ed. 2021

⁴ Fonte: demoistat.it

⁵ Fonte: demoistat.it

⁶ Fonte: Open Data Regione Lombardia - 2022

In un contesto quale quello descritto, il ripensamento dell'assetto gestionale ed organizzativo della RSA comunale, collocandosi nel panorama post-pandemico attuale, rappresenta un passaggio quasi fisiologico che attraversa il settore: i gestori di strutture per anziani non autosufficienti si stanno infatti sempre più interrogando su un nuovo modello di RSA, più aperta al territorio e in grado di costruire sinergie e connessioni con gli altri nodi della rete.

Uno sguardo allargato ai bisogni della cittadinanza non autosufficiente del territorio deve considerare la crescita della domanda di servizi riconducibili alla LTC nel suo complesso, servizi di natura sia residenziale sia domiciliare. Questo rende cruciale la messa in campo di strategie di prevenzione basate sulla promozione della capacità delle persone anziane di vivere in modo il più possibile autonomo, preferibilmente presso il proprio domicilio.

Nell'ATS Rhodense si registra una copertura parziale dei bisogni della popolazione anziana non autosufficiente attraverso interventi domiciliari comunali, che si assesta sul 6,1%. L'intensità dei servizi domiciliari è in media di 2,82 ore/settimana per il servizio di assistenza domiciliare (SAD) comunale, a fronte di un aumento di bisogni sanitari non affrontabili con tale servizio e poco rispondente ai bisogni di assistenza nel lungo periodo.

Dalla considerazione di queste evidenze discende uno dei progetti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nel rhodense, che si concentra proprio sulla riorganizzazione dei servizi domiciliari attraverso la costruzione di un articolato sistema di aiuto a domicilio agli anziani non autosufficienti, in grado di rispondere ai diversi bisogni di cura che hanno assunto una diversa fisionomia dopo la pandemia. Al bisogno di assistenza personale si sono aggiunte le necessità materiali e alimentari, il bisogno di riattivare legami con la comunità contro l'isolamento, l'esigenza di mobilità e di manutenzione degli spazi abitativi, nonché l'urgenza di superare il *digital gap*.

Il servizio di assistenza domiciliare storicamente erogato dalla RSA Gallazzi Vismara sarà coinvolto in questo processo di rilettura del sistema della domiciliarità rhodense finalizzato alla creazione di una rete integrata di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari in un'ottica di ricomposizione dei servizi intorno alla persona. Questo consentirà, da subito, ai cittadini aretini che presenteranno domanda di assistenza domiciliare di essere presi in carico da un'équipe di valutazione multidisciplinare in grado di costruire un progetto aderente ai bisogni dell'anziano e di attivare se necessario anche i servizi della rete sociosanitaria (ADI, Ospedale di comunità, ...).

L'allargamento del perimetro di aiuto al domicilio potrà ulteriormente valorizzare il patrimonio di competenze e di conoscenza dell'utenza che il servizio ha accumulato negli anni di presenza sul territorio, consentendo di connettere reti e risorse formali e informali.

2. Stato dell'arte

I rapporti tra l'Azienda speciale Gallazzi-Vismara, ente gestore dell'omonima RSA, e Comune di Arese sono regolati da un contratto di servizio tra l'Amministrazione comunale e l'Azienda Speciale Gallazzi Vismara, costituita ai sensi dell'art. 114 del TUEL.

Allo stato attuale la RSA è autorizzata ed accreditata dalla Regione Lombardia (per il tramite dell'ATS Città Metropolitana) per 110 posti letto di cui 98 a contratto e 12 a libero mercato (cd. soventi). La struttura, inoltre, risulta accreditata per 15 posti dedicati alle persone con Alzheimer.

Inoltre, la struttura è accreditata per erogare le prestazioni della misura regionale c.d. RSA Aperta, secondo quanto previsto dalla normativa regionale (D.G.R. 7769/18). La misura è finalizzata ad assicurare interventi socio-sanitari a persone in condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione domiciliare con caratteristiche di protezione sociosanitaria.

Annesso alla RSA è attivo un Centro Diurno Integrato (di seguito anche CDI), che necessita di una fase di rilancio in quanto parte essenziale del sistema di interventi e presidi che consentono il mantenimento dell'anziano al domicilio prima di pervenire al ricovero.

La modalità di gestione dei servizi RSA scelta dall'Azienda è di carattere misto, seppur con un forte orientamento all'esternalizzazione. Infatti, accanto al personale interno, con contratto di lavoro dipendente ovvero rapporti libero-professionali "continuativi", vi è un considerevole numero di operatori esterni in forza alla struttura in conseguenza all'affidamento di servizi a due differenti operatori economici, cui la direzione aziendale si appoggia sostenendo una strategia di diversificazione dell'operatore, orientato alla competenza e alla specializzazione. Questi ultimi forniscono:

- servizi connessi all'assistenza sociosanitaria e assistenziale (personale infermieristico, ASA, OSS, educatori...) e servizi alberghieri (lavanderia, reception, catering, ...) - Operatore Economico: ATI tra Coop. Sociale Labirinto di Pesaro e Papalini S.p.A. di Fano;
- servizio di ristorazione - Operatore economico: Papalini S.p.A. di Fano (PU).

Per fornire un quadro di massima si analizzano gli elementi più salienti e centrali dell'attuale modalità di gestione:

1. rette;
2. saturazione della struttura;
3. personale impiegato per le principali categorie professionali;
4. attenzione al risparmio energetico e alla sostenibilità ambientale.

1. Rette: la struttura tariffaria della RSA conferma la sua natura di ente strumentale del Comune. Si rilevano due tipologie di rette per il ricovero in struttura. Una quota giornaliera riservata in esclusiva ai cittadini areisini (pari a 71,74 euro al giorno) e una per i parenti di areisini (pari a 76,13 euro al giorno).

Le tariffe esposte si configurano in linea con la media regionale. Gli ultimi dati raccolti dall'Osservatorio regionale delle RSA indicano, infatti, che si spazia da una retta media di 60,33 € giorno nella ATS Montagna a una retta media di 86,87 € giorno nella ATS Città Metropolitana di Milano⁷.

La composizione della retta della RSA è determinata, oltre che dalla quota corrisposta dagli ospiti, anche da quella riconosciuta da Regione Lombardia a valere sul Fondo Sanitario Regionale - quest'ultima attribuita sulla base della classe SOSIA assegnata a ciascun Ospite corrispondente alla gravità e pertanto al carico assistenziale necessario.

2. Saturazione della struttura: l'anno 2022 si è concluso per l'Azienda con un tasso di occupazione media della struttura pari al 96,84% considerando unitamente sia i posti a contratto che quelli a libero mercato.
3. Personale impiegato per principali profili professionali:

Minutaggi della RSA Gallazzi Vismara - anno 2022 (fonte: Scheda struttura)

Profilo professionale	Ore medie mese	Ore medie settimana	Ore settimana/ospite	Totale ore annue	% sui profili prof.li
Direttore sanitario	43,00	10,0	0,09	516,00	0,44%
Medici	183,00	42,7	0,39	2.196,00	1,88%
Infermieri	1.477,25	340,9	3,10	17.727,00	15,20%
Fisioterapisti	260,75	60,2	0,55	3.129,00	2,68%
Educatori/Animatori	234,75	54,2	0,49	2.817,00	2,42%
ASA/OSS	7.238,75	1.670,5	15,19	86.865,00	74,49%
Psicologi	116,10	27,0	0,25	1.393,20	1,19%
Coordinatore operativo	164,50	38,3	0,35	1.974,00	1,69%
Totale ore			20,40	116.617,2	100%
Minuti settimana ospite (ipotesi saturazione 100%)			1.223,87		

Dalla tabella precedente è possibile mettere in evidenza la composizione percentuale della settimana/Ospite che denota come il 74,49% della giornata/Ospite sia determinata dall'impiego di ASA/OSS a copertura dei bisogni socio-assistenziali degli Ospiti. La componente medica rappresenta invece il 2,33%, mentre il totale delle professioni sanitarie (direttore sanitario, medici, infermieri e fisioterapisti) ammonta al 20,21%. Il personale dedicato a copertura della parte connessa all'animazione, fondamentale per mantenere il più possibile attive le funzioni cerebrali, cognitive e motorie degli anziani ammonta invece al 2,42% del totale.

4. Attenzione al risparmio energetico e alla sostenibilità ambientale: l'Azienda ha in corso un piano di riqualificazione energetica globale teso al miglioramento della qualità di vita degli ospiti e degli operatori, attraverso la cura del microclima interno, al risparmio energetico e al miglioramento dell'impatto ambientale. Una prima ipotesi di intervento strutturale ha interessato:

⁷ Fonte: Osservatorio Fnp Cisl Lombardia sulla assistenza socio-sanitaria residenziale e domiciliare (RSA), anno 2022

- il rifacimento del cappotto termico;
- la sostituzione caldaie e revisione sistema di controllo locale del calore;
- la realizzazione di un impianto fotovoltaico;
- la sostituzione dell'intero parco lampade con prodotti a basso consumo;
- altri eventuali interventi sulla distribuzione, trattamento e riscaldamento/raffrescamento dell'aria.

3. Driver del cambiamento

Le RSA rappresentano un rilevante servizio residenziale che accoglie persone anziane non autosufficienti garantendo contemporaneamente prestazioni sanitarie, sociali ed alberghiere, con l'obiettivo di aver cura della salute fisica, del benessere psichico, dell'autonomia personale, dello stimolo degli interessi e delle relazioni sociali dell'Ospite, non più in grado di rimanere al proprio domicilio, garantendone la qualità di vita.

Se la declinazione di cui al paragrafo precedente rappresenta la mission delle RSA, comune alla grande maggioranza delle strutture lombarde e nazionali, il profilo qualificante di una gestione rispetto ad un'altra della RSA è determinato dalla *vision* aziendale che rappresenta la proiezione del contesto e dello scenario futuro in cui ciascun ente gestore opera. Una *vision* che, differente per ciascuna azienda, deve essere coerente sia con gli obiettivi di lungo periodo, sia con i valori e la mission dell'Azienda e, nel caso delle società in house, anche dell'Amministrazione Comunale.

In sintesi, le proposte presenti nella relazione perseguono contestualmente due tensori strategici complementari :

- incremento del benessere e della sicurezza degli ospiti della struttura;
- apertura della struttura al territorio rendendola parte integrante delle policy rivolte agli anziani non autosufficienti.

In ragione dei suddetti tensori strategici la *vision* Ser.co.p., sperimentata nella diretta gestione della RSA/RSD di Lainate, è riassumibile nei seguenti punti interconnessi che verranno di seguito declinati e che rappresenteranno le linee di guida del cambiamento proposto:

1. inclusione nelle politiche e nelle strategie dell'ambito;
2. apertura alla comunità;
3. centralità dell'accoglienza;
4. rafforzamento dello *staff* sanitario;
5. efficacia del servizio e attenzione all'efficienza;
6. innovazione tecnologica.

3.1 Inclusione nelle politiche e nelle strategie dell'Ambito

Secondo un recente studio dell'Università Bocconi⁸ l'emergenza sanitaria da Covid-19 ha esacerbato una serie di criticità che interessano il comparto della LTC e la cui soluzione si propone in modo sempre più pressante agli enti gestori. Tra queste criticità si ricordano la difficoltà di raccordo tra:

- la rete residenziale e gli altri servizi per anziani;
- la rete socio-sanitaria e i servizi sanitari (ospedalieri e territoriali).

⁸ Notarnicola E., Prospettive di lavoro per ripensare il sistema socio-sanitario italiano dopo il Covid-19 – Convegno "Il Covid, i dubbi e il tempo che verrà, Fondazione Pia Opera Ciccarelli, 3/2/2021

L'obiettivo generale è quindi di costruire nel tempo forme di raccordo sempre più stretto tra gli interventi e i servizi territoriali/ domiciliari, quelli residenziali e quelli sociosanitari, partendo dal principio dell'unitarietà della persona quale portatrice di bisogni e dalla conseguente necessità di ricomporre le reti di offerta di servizi intorno ai bisogni dell'anziano, con un'unica strategia di territorio.

Questa ricomposizione definisce un rafforzamento delle *policy* pubbliche rivolte agli anziani non autosufficienti riconoscendo i bisogni unitari (siano essi di socialità, di interventi domiciliari o di necessità di ricovero) e ricomprendendoli in una unica strategia integrata che vede quale polo essenziale per il territorio le RSA.

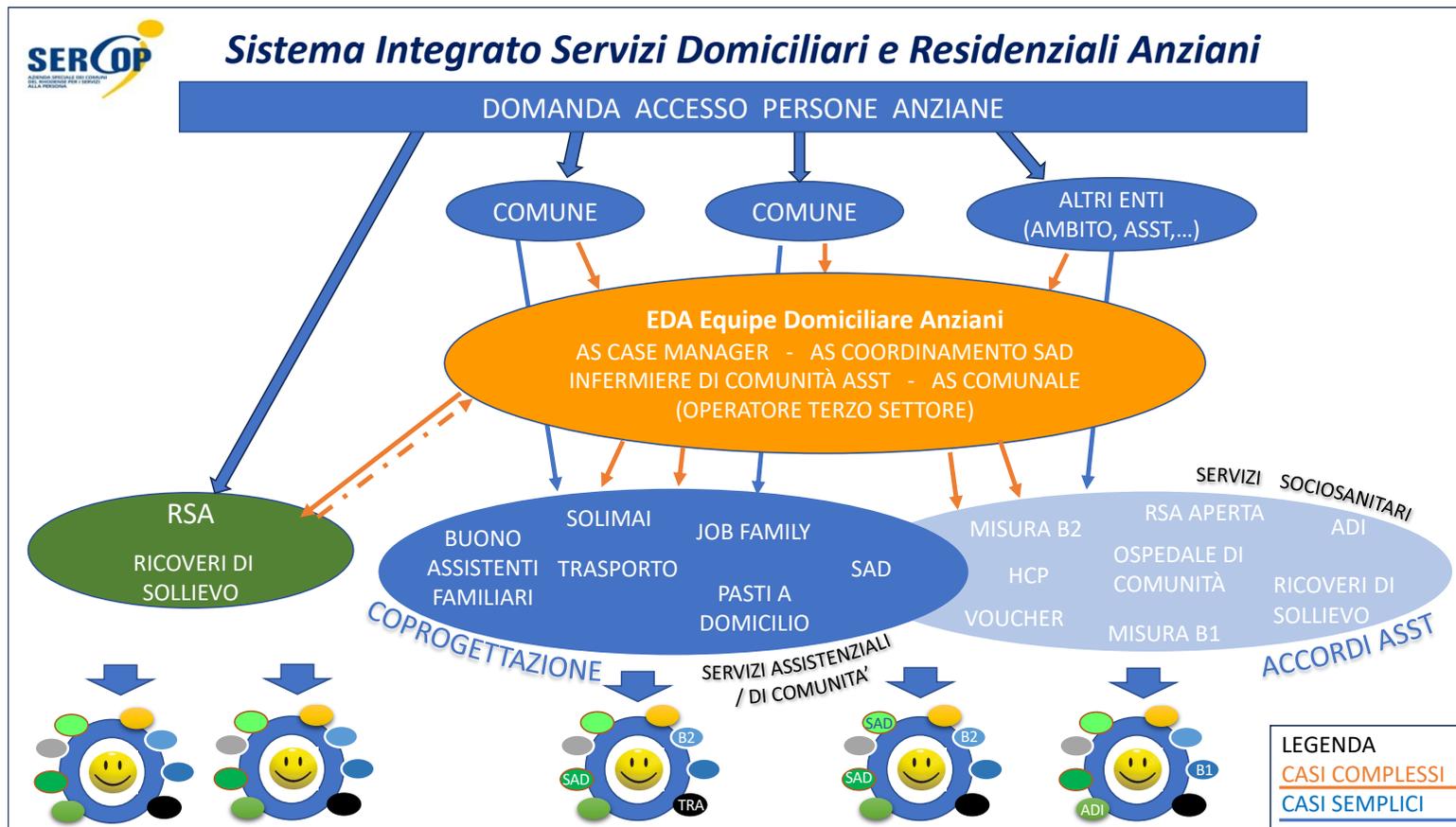
Lo strumento normativamente previsto per la costruzione del sistema integrato dei servizi territoriali, derivante dalla Lg. 328/2000, è il Piano di Zona (art. 19) attraverso il quale i Comuni associati in ambiti territoriali, d'intesa con gli attori sanitari locali, provvedono alla definizione degli obiettivi strategici relativi agli interventi per le fasce deboli della popolazione (tra cui gli anziani non autosufficienti), delle priorità di intervento, degli strumenti e dei mezzi per la relativa realizzazione. Inoltre il Piano di Zona definisce, a livello d'Ambito, le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie e le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni e le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti (pubblici e del privato sociale) operanti sul territorio.

Il Piano di Zona rappresenta quindi il momento delle scelte strategiche, di integrazione delle politiche e di ricomposizione delle risorse e dell'offerta dei servizi. In particolare, per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti il Piano di Zona 2021 -23 ha definito un disegno di riorganizzazione delle *policy* degli interventi alla ricerca di soluzioni adeguate ai bisogni complessi della non autosufficienza, con particolare riferimento alle seguenti finalità:

- potenziare e integrare tra di loro servizi domiciliari e creare maggiori connessioni con i servizi residenziali;
- favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente ritardando il più possibile il ricovero in strutture residenziali (che hanno lunghe liste di attesa);
- potenziare ed integrare la rete dei servizi domiciliari;
- semplificare i percorsi di accesso alle prestazioni e una presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso un progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità;
- creare risposte unitarie per il cittadino per superare l'attuale separatezza tra gli strumenti disponibili; attualmente le risposte ai bisogni di domiciliarità della comunità vengono parzialmente soddisfatte dal Sistema di Welfare pubblico attraverso due strumenti: il SAD dei Comuni, e l'ADI del sistema regionale che forniscono risposte esclusivamente prestazionali, che tengono solo parzialmente conto dei bisogni unitari della persona;
- costruire un sistema integrato di servizi intorno ai bisogni dell'anziano che guarda alla persona con un approccio innovativo ed unitario, integrando interventi di carattere socio-assistenziale e prestazioni socio sanitarie promuovendo la definizione di un "progetto assistenziale individualizzato" con servizi appropriati in ragione dei bisogni socio assistenziali e socio-sanitari di ciascuno attraverso la valutazione e progettazione da parte di una équipe multidisciplinare e interistituzionale.

Gli obiettivi declinati si sono concretizzati nella costituzione di una équipe multidimensionale di valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti composta da personale Sercop (finanziato con PNRR) e di ASST in modo da realizzare una presa in carico integrata delle persone anziane definendo un

progetto unitario che prende in considerazione tutti i bisogni espressi dalle famiglie sia di natura socio assistenziale (tipico il SAD) che di natura sociosanitaria; tale nuovo sistema è stato realizzato in strettissima integrazione con ASST che di fatto modifica le modalità di presa in carico degli anziani richiedenti servizi domiciliari, ricomponendo un sistema di interventi complesso intorno ai bisogni dell'anziano. Ne deriva che i cittadini richiedenti assistenza domiciliare del Comune di Arese, se considerati casi complessi, riceveranno una valutazione multidimensionale del bisogni e un Progetto individualizzato che gli consentirà di accedere a una pluralità di servizi rispondenti in maniera articolata e completa ai propri bisogni. Da qui ne deriva la necessità di connettere questo sistema territoriale a quello residenziale secondo lo schema sotto evidenziato:



È evidente come la configurazione di Ser.co.p., da un lato soggetto attuatore del Piano Sociale di Zona e dall'altro gestore di servizi socio-sanitari come le RSA, determini un implicito rafforzamento della connessione tra servizi resi dalla RSA stessa ed i servizi/interventi della rete socio-assistenziale nonché tra gli attori del territorio di riferimento.

Questa fattispecie favorisce la realizzazione del percorso precedentemente intrapreso dall'Azienda Speciale Gallazzi Vismara, di potenziamento e qualificazione della RSA quale polo di riferimento per le problematiche geriatriche della popolazione.

In questo modo la RSA viene inserita in una prospettiva strategica più ampia, che insieme all'erogazione dei servizi residenziali evolverà progressivamente verso una dimensione di polo di riferimento cittadino per tutte le problematiche degli anziani non autosufficienti.

3.2 Apertura alla comunità

La RSA, non può essere più concepita come mero luogo di ricovero e assistenza dell'anziano dove poter passare in serenità e con le cure necessarie gli ultimi anni di vita; tale visione rappresenta infatti un modello sempre meno coerente sia con le richieste delle famiglie che con la tutela delle esigenze di benessere fisico e psichico della persona anziana. Tale modello, inoltre, non utilizza a pieno le importanti risorse delle RSA che possono essere invece sviluppate e impiegate sul territorio, **favorendo ad esempio l'attivazione di una presa in carico che progetti un percorso graduale e progressivo tra l'assistenza al domicilio e il ricovero, senza trascurare il rapporto con i caregiver/familiari dell'anziano.**

Al fine di creare crescenti connessioni e sinergie tra i percorsi di cura "esterni" alla RSA e quelli di ricovero, è necessario avviare un processo di "apertura circolare" della struttura verso la comunità di riferimento sia in relazione all'utilizzo delle competenze professionali interne della RSA per il territorio sia in quello di inclusione nella struttura delle iniziative alla cittadinanza (welfare culturale).

Un primo strumento di apertura passa attraverso la condivisione delle professionalità di cui si avvale la RSA, per l'erogazione delle prestazioni di ricovero, per metterle a disposizione della comunità in termini di orientamento e informazione, costituendo un polo aperto e riconosciuto per il sistema territoriale di offerta dei servizi agli anziani non autosufficienti.

Per fare ciò si rivela opportuna l'attivazione di una serie di servizi che garantiscano l'apertura della RSA verso la comunità, quali:

- a. **Servizio di orientamento e consulenza** (Progetto Bussola), che si configura quale luogo di consulenza, di orientamento e di accompagnamento al cittadino sui servizi rivolti agli anziani non autosufficienti con criticità nella permanenza al domicilio. La finalità del servizio è il supporto gratuito al cittadino che, spesso disorientato, si rivolge alla RSA vista come "unica soluzione" alla sua problematica di cura dell'anziano non autosufficiente, non essendo a conoscenza di una serie di interventi e servizi che possono rappresentare delle opportunità alternative di cura dell'anziano al proprio domicilio, prevenendo in tal modo l'istituzionalizzazione della persona.

Il Progetto Bussola è finalizzato alla costruzione di connessioni tra i servizi per la realizzazione di un progetto di cura complessivo, nell'ottica di ricomposizione dei servizi intorno ai bisogni espressi, coerente con le aspettative dell'anziano e del suo contesto familiare o di cura. L'avvio di tale

sportello prende origine da una recente *survey* ⁽⁹⁾ che mette in luce come il 69% delle famiglie dichiara di non riuscire a comprendere quali siano servizi alternativi al ricovero in struttura dell'anziano non autosufficiente, per la mancanza di un orientamento *ad hoc* sulla situazione personale e familiare.

b. sviluppo di servizi di telemedicina a favore degli anziani al loro domicilio attraverso l'attivazione di interventi quali:

- telemonitoraggio, che permette la rilevazione e il monitoraggio di parametri biometrici (temperatura, pressione, glicemia, peso, spirometria, ECG, etc.) per il controllo di alcune malattie croniche e co-patologie (diabete, cardiopatia, BPCO, ipertensione, etc.) dell'anziano al proprio domicilio; il monitoraggio può essere utilizzato anche nella fase post-dimissione di un episodio acuto che ha comportato un ricovero, per ridurre i giorni di ospedalizzazione e mantenere un elevato standard di cure sicure;
- televisita, che consente ad un medico, che opera presso un centro clinico di riferimento di svolgere da remoto, grazie al supporto di un operatore socio-sanitario "in presenza" (Infermiere, OSS, ...), le attività di *assessment* generale dello stato di salute dell'anziano, basandosi su sistemi di videoconferenza ad alta definizione integrati con la diagnostica strumentale (es. sonde ecografiche, stetoscopio) e con altri strumenti di valutazione;
- videoconsulto, che implica il collegamento con un sistema di videoconferenza ad alta definizione tra il personale sanitario "in presenza" (i.e. il medico di base) e un medico specialista del centro clinico di riferimento per consulenze specialistiche e diagnosi;

c. Il Centro Diurno Integrato (CDI), un servizio che accoglie per alcune ore della giornata anziani con diversi gradi di non autosufficienza, per supportare le famiglie che mantengono questa tipologia di anziani al domicilio. Il servizio consente all'anziano di trascorrere parte della giornata in un ambiente protetto, permettendogli di ricevere quell'aiuto necessario affinché possa mantenere la propria autonomia di vita, mantenendo la propria casa e il proprio territorio quali elementi centrali di vita e di relazioni. In questo modo la famiglia rimane punto di riferimento affettivo, ma sollevata dall'impegno gravoso di un'assistenza continuativa. Il CDI è un servizio, talvolta poco conosciuto, che offre alla persona anziana non autosufficiente una copertura assistenziale e sanitaria adeguata ai suoi bisogni di cura configurandosi quale luogo di socialità durante l'arco della giornata che contribuisce a superare il senso di solitudine che interessa la persona assistita al domicilio.

Eventuali deroghe al limite di età previste (65 anni) sono concesse da ATS dopo un'attenta valutazione da parte dell'équipe di ogni singolo CDI, purché siano presenti alcune condizioni tra cui si ricordano:

- compromissione dell'autosufficienza,
- presenza di pluripatologie cronico-degenerative, fra le quali anche le demenze, ma senza gravi disturbi comportamentali,
- stato di solitudine, con un discreto livello di autonomia, ma a rischio di emarginazione dalle cure.

⁹ Presentazione del 3° Rapporto osservatorio Long Term Care - "Quali sfide per i servizi e i loro gestori? il punto di vista di anziani e famiglie", Eleonora Perobelli, CERGAS, SDA Bocconi. Convegno 17 febbraio 2021 "le prospettive del sistema socio-sanitario oltre la pandemia" Centro di Ricerca sulla Gestione della Salute e dell'Assistenza Sociale (CERGAS)

Il Centro Diurno Integrato offre ai suoi Ospiti interventi prevalentemente di natura socio-assistenziale ed interventi sanitari complementari: pranzo, assistenza diretta nelle attività di vita quotidiana, assistenza sociale, supporto ed ascolto, assistenza medica, assistenza infermieristica, fisioterapia, cura della persona, attività di animazione culturale e ricreativa con varie attività finalizzate alla socializzazione.

Un elemento di rilievo, che Ser.co.p. presidierà nella fase iniziale di presa in carico, sarà l'attenzione che dovrà essere posta sulla promozione del CDI sul territorio aretino e limitrofo. Tra le modalità da adottare per sensibilizzare i cittadini e far conoscere le realtà presenti sul territorio è l'attivazione di un servizio di orientamento e accompagnamento ai servizi anziani per le famiglie che sono *caregiver* di anziani fragili. Facilitare così la conoscenza dei servizi presenti sul territorio, offrendo alle persone la possibilità di comprendere quale servizio e forma di assistenza sia compatibile con i bisogni e le risorse di ciascuno. Tutto ciò promuovendo in particolare un approccio di tipo comunitario e forme pubbliche di orientamento e consulenza che consentano ai cittadini di scegliere in modo competente le risorse di welfare a cui rivolgersi, anche oltre il perimetro delle prestazioni garantite da Comune e ASST.

Con la gestione del CDI Ser.co.p. si propone di rendere il servizio più fruibile a chi più ne ha bisogno, configurando un'offerta socio-sanitaria il più possibile aderente ai bisogni espressi dagli anziani non autosufficienti e dai loro *caregiver*.

Gli elementi su cui Ser.co.p. punterà per la valorizzazione e lo sviluppo del CDI sono i seguenti:

- **flessibilità** del servizio in termini di orari e modalità di frequenza. Permettendo alle famiglie che chiedono l'inserimento del proprio caro all'interno del CDI di poter concordare la fascia oraria più consona alle esigenze familiari e dell'anziano, non limitando, quindi, l'accesso in fasce orarie predeterminate. Anche la modalità di frequenza deve poter essere **personalizzata** (es. giorni alterni o giorni richiesti specificatamente dalla famiglia in base alle proprie esigenze). Inoltre, sarà prevista la possibilità di consumare la cena presso il CDI, servizio non sempre garantito nei CDI, così come l'apertura del centro nella giornata di sabato;
- implementazione di un **Servizio trasporto**. Spesso la difficoltà e la relativa rinuncia della famiglia circa l'inserimento presso un CDI deriva dalla difficoltà "portare/trasportare" l'anziano al Centro e andarlo a riprendere. Pertanto, l'attivazione di un servizio di trasporto per gli utenti del CDI residenti nel comune di Arese (e potenzialmente nei comuni limitrofi) attraverso associazioni di volontariato o con appalti per affidamento del servizio, si configurerebbe quale elemento di fortissimo rilievo e impatto;
- attivazione di connessioni con associazioni ed enti del territorio per l'organizzazione di **attività ludiche e ricreative**, permettendo all'utenza di **mantenere i legami** con la realtà in cui ha sempre vissuto. Tra le attività proposte si citano a titolo esemplificativo: musicoterapia, laboratori cognitivi (giochi di memoria, giochi di società...), uscite con visite guidate, lettura di quotidiani e di brani letterari con conversazioni a tema, ascolto di musica, canto, feste con musica e ballo, attività di cucina, di giardinaggio (primavera-estate), laboratori creativi (attività manuali), celebrazione dei riti religiosi, ...
- approfondimento dei bisogni connessi all'**assistenza notturna** programmata al fine di permettere a qualche utente abituale del CDI di passare la notte in struttura utilizzando una delle camere non a contratto della RSA. Nello specifico devono essere dedicate e autorizzate da ATS delle camere non a contratto destinate al solo servizio CNI (Centro Notturmo Integrato). Il servizio notturno così configurato permetterebbe ad un anziano che vive ancora al domicilio di rimanere connesso al suo ambiente di vita e di relazioni durante la giornata e di beneficiare dei servizi offerti da una struttura durante la notte, quali: il controllo sull'assunzione dei farmaci e sulla sicurezza notturna, l'assistenza per la messa a letto e per l'alzata,

l'aiuto per l'igiene personale e per la vestizione, Altro punto di forza dell'assistenza notturna è la possibilità che essa offre, ai familiari *caregiver*, di sollievo nell'onere di cura per alcune notti alla settimana. In questo modo si favorisce grandemente il prolungamento della permanenza dell'anziano al proprio domicilio scongiurando pertanto l'istituzionalizzazione precoce della persona anziana o il *burn-out* del *caregiver* familiare. I costi di questo servizio seppur attivando tutte le economie di scala a disposizione dalla gestione della RSA, potrebbero configurarsi elevati per gli utenti ma, vista la notevole innovatività non si esclude a priori la possibilità di trovare canali di finanziamento *ad hoc* o alternativi ai tradizionali canali di finanziamento delle prestazioni;

- d. l'attivazione di un **ambulatorio infermieristico** dove tutti i cittadini, non necessariamente anziani, potranno usufruire di servizi quali: assistenza in lesioni da pressione, assistenza in lesioni da ulcere croniche, bendaggi, controllo, gestione ed assistenza a stomie delle vie intestinali, somministrazione di farmaci prescritti, iniezioni, posizionamento di cateteri vescicali a permanenza o per prelievo urine a scopo di esame, controllo della glicemia, misurazione parametri, rimozione punti di sutura ed altre medicazioni semplici e complesse. Allo stesso tempo l'ambulatorio potrà procedere all'addestramento del personale non infermieristico presente in casa (badanti o familiari).

Oltre alle proposte sopra delineate proseguiranno i servizi già presenti nella RSA Gallazzi Vismara.

3.3 Centralità dell'accoglienza

L'accoglienza per definizione è un **atto di apertura**. Tutto ciò che viene accolto viene fatto entrare, in una casa, in un gruppo, in sé stessi. Ma accogliere non è solo ospitare, è mettersi in gioco rendendo partecipe l'altro di qualcosa di proprio, è il riconoscimento dell'altro, è ascoltare. Ed è proprio sulla parola ascolto su cui si basa il processo di accoglienza su cui poggia la *vision* di Ser.co.p.

Quando si parla di "accoglienza" si fa riferimento ad un ideale di accettazione, ascolto e comprensione. Il concetto di accoglienza rivela tuttavia dei significati più profondi: accogliere qualcuno equivale infatti a saper mettere a proprio il proprio interlocutore, **accorciando le distanze** e ponendosi in un atteggiamento empatico ed accogliente al fine di dare vita ad uno scambio in cui la relazione di aiuto trova terreno fertile per essere funzionale.

All'interno di un contesto come la RSA non può venire meno questa dimensione. Attivare uno spazio dedicato ai cittadini che chiedono informazioni per il loro caro per eventuali inserimenti in RSA, nel quale la persona richiedente si senta davvero ascoltata e possa ricevere in modo più che esaustivo le risposte alle sue domande, contribuisce a configurare un processo di accoglienza continua che parte da quando la famiglia cerca di capire quale sia la soluzione più consona per il proprio caro, che continua nella fase in cui la scelta è stata presa ove la famiglia deve avere lo spazio necessario per conoscere la realtà istituzionale residenziale che accoglierà l'anziano e che prosegue con l'inserimento dell'anziano e che mai deve concludersi fino a quando l'anziano e la famiglia saranno all'interno della RSA.

La fase dell'accoglienza, strettamente correlata al tema dell'apertura della RSA, è uno dei temi di rilievo su cui Ser.co.p. punta l'attenzione al fine di garantire ai potenziali ospiti, ai familiari e ai *caregiver* il migliore orientamento possibile sui servizi che il sistema d'Ambito territoriale mette a disposizione al fine di una scelta consapevole relativa all'inserimento in struttura o l'adesione a differenti percorsi di cura e sostegno.

Un modello di accoglienza che ha quali basi il principio di trasparenza informativa e di attenzione al benessere delle persone accolte (in cui si riconoscono non solo l'anziano, ma anche le persone che appartengono alla sua sfera di vita e di relazioni) e che si sviluppa (in caso di inserimento) in un modello di assistenza finalizzato non solo a colmare le carenze assistenziali del proprio domicilio, ma punti alla massimizzazione della qualità della vita.

Il momento dell'accoglienza e delle relative informazioni sarà dunque presidiato da un operatore assistente sociale appositamente formato e dedicato ed eventualmente da altre figure professionali sanitarie (medico, psicologo, ...) qualora necessarie.

Importanza della fase di inserimento dell'anziano

La fase iniziale di inserimento dell'anziano è senza dubbio il momento più critico per l'anziano stesso e per la famiglia, in quanto la transizione dal domicilio alla struttura può rappresentare un evento potenzialmente traumatico che rischia, se non gestito correttamente, di impattare negativamente sulla sfera psicologica dell'individuo, con ripercussioni anche sui familiari e sullo sviluppo del progetto di cura.

Nel mondo dei servizi socio-sanitari, specialmente quelli per anziani, la fase dell'inserimento rappresenta uno dei momenti più importanti per fare sentire l'anziano (e i suoi familiari) "accolto" e non solo "preso in carico".

L'accoglienza dell'Ospite rappresenta un percorso complesso di integrazione nel quale l'anziano prende coscienza del cambiamento radicale che sta interessando la sua quotidianità sia dal punto di vista pratico, sia dal punto di vista relazionale. Essa si configura quale processo di reciproca conoscenza in cui l'anziano, da un lato, entra a contatto con il nuovo ambiente in cui viene inserito (fatto di spazi, persone, regole, relazioni, ...) e dall'altro la RSA entra nella vita dell'Ospite conoscendone gradualmente il carattere, le abitudini, i legami familiari e sociali, ...

La *vision* Ser.co.p. è in linea con le indicazioni operative che possono essere tratte dalla norma UNI 10881:2013, che declina nel contesto dei servizi residenziali per anziani le norme UNI-EN ISO 9001 (essendo complementare). La norma UNI 10881:2013 mette in luce aspetti cui Ser.co.p. si ispira e persegue nella definizione del modello gestionale e nella gestione quotidiana con riferimento, in particolare:

- all'accento sull'analisi delle caratteristiche dell'individuo;
- alla costruzione di processi di presa in carico personalizzati;
- al monitoraggio costante delle dinamiche relazionali tra operatori e utenti.

L'assunto alla base di tali modalità è la prevenzione del rischio che l'anziano subisca in maniera passiva il momento dell'ingresso e che un'accoglienza non correttamente gestita abbia un impatto negativo sul profilo psicologico dell'anziano e, a seguire, anche sul profilo funzionale dell'Ospite stesso.

La fase dell'accoglienza precedentemente descritta assume anche in questa fase un'importanza cruciale. Una buona accoglienza della famiglia/anziano determina il buon inserimento dell'Ospite.

3.4 Rafforzamento dello *staff* sanitario

Uno studio presentato in occasione del 55° Congresso della SIGG (Società Italiana Gerontologia e Geriatria)¹⁰ mette in evidenza il cambiamento importante che nelle RSA si è registrato negli ultimi anni. Le RSA, infatti, sono passate da un sistema di utenza caratterizzato principalmente da persone con problemi socio-assistenziali a basso impegno sanitario a un quadro che è caratterizzato da pazienti geriatrici ad alta complessità socio-sanitaria caratterizzata da comorbilità, demenza, fasi terminali di malattie (neoplasie e malattie croniche in fase avanzata). Questo comporta un incremento della gravosità dei compiti clinici che richiede tempo, dedizione ed esperienza che possono essere garantiti da uno *staff* medico di buona qualificazione con garanzie sul piano tecnico, esperienziale e professionale.

In questo contesto storico di profonda evoluzione del settore anziani, in cui ci si chiede come riorientare i servizi nuovi ed esistenti, risulta sempre più dirimente leggere i bisogni, espressi e non, delle famiglie e degli individui. Tra questi bisogni un'indagine condotta da CERGAS Bocconi nell'ambito del 3° Rapporto dell'Osservatorio sulla Long Care¹¹ evidenzia come la determinante principale delle scelte delle famiglie in relazione al ricovero in RSA sia la condizione sanitaria dell'anziano e la necessità di cure. In particolare, emerge come le famiglie nella scelta delle strutture tengono in principale considerazione la qualità dell'assistenza sanitaria. In sintesi, dalla ricerca emerge che le famiglie hanno una visione molto "clinica" delle RSA, cui ricorrono quando la permanenza al domicilio non è più possibile.

Facendo propria questa visione, anche in relazione all'esperienza di gestione della RSA di Lainate, si ritiene che una RSA possa meglio rispondere alle aspettative e ai bisogni delle famiglie e degli utenti con un modello di presa in carico orientato sulla componente sanitaria **con l'obiettivo di garantire un forte presidio sulle condizioni di salute degli Ospiti**, ponendo al centro dell'attenzione il benessere degli stessi, con un impatto importante anche sulla sostenibilità complessiva del Sistema sanitario; in tal senso ci si propone di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione degli anziani ricoverati in RSA e garantirne il trattamento sanitario all'interno del struttura con beneficio sia per l'ospite che per i suoi familiari.

Inoltre, il potenziamento della componente sanitaria garantirà ai familiari un rapporto costante e diretto con il **personale medico qualificato** al fine di poter essere aggiornati e rassicurati costantemente sulla situazione sanitaria del proprio caro.

La componente medica, non svolgerà un ruolo separato, ma sarà fortemente integrata con le attività di assistenza alla persona per le quali rappresenterà un riferimento costante. Questo anche grazie agli insegnamenti del periodo pandemico che da cui sono emerse le criticità del modello, invero diffuso nelle RSA, che prevedeva la netta separazione tra attività di assistenza e di cura.

Il passaggio principale connesso alla riorganizzazione della componente medica è il rafforzamento della figura di coordinamento clinico incardinato all'interno direzione sanitaria quale principale architrave organizzativo per il funzionamento della struttura; In tal senso alla direzione sanitaria non sono attribuiti compiti meramente amministrativi bensì di coordinamento clinico e di integrazione delle attività di tutte le figure a standard.

Secondo questa visione si propone un significativo incremento della presenza in struttura del responsabile sanitario, con le seguenti funzioni:

- organizzazione e coordinamento delle attività di cura ed assistenza integrata con l'attività medica specialistica geriatrica;

¹⁰ Marino S. Il Geriatra in RSA 55° Congresso Nazionale SIGG Congresso Nazionale SIGG, 30/11-4/12/2010, Firenze

¹¹ Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, 2021

- programmazione dei fabbisogni e corretta erogazione dell'assistenza e cura in termini di impiego del personale a *standard*, dei farmaci, parafarmaci, apparecchiature sanitarie;
- formazione diretta ed indiretta del personale a *standard* per l'implementazione della qualità dei processi di cura ed assistenza.

In sintesi, il rafforzamento dello *staff* medico (coordinamento clinico dei medici di reparto e specialisti convenzionati che opereranno in struttura) e dell'attività clinica specialistica geriatrica, concorre:

- a un miglioramento dell'interfaccia con Ospiti e familiari;
- a un potenziamento della struttura in termini di attenzione al benessere dell'anziano (che rimane scopo di ogni RSA);
- ad un'importante riduzione delle ospedalizzazioni improprie che, oltre ad avere un impatto sul Sistema sanitario in termini di costi, hanno un impatto psico-fisico negativo sull'Ospite.

Con riferimento a quest'ultimo punto, infatti, riveste sempre più importanza la riduzione del disagio derivante all'anziano, sia per i tempi di attesa per le prenotazioni di visite specialistiche ed esami, sia per lo spostamento verso centri ospedalieri/poliambulatori e i connessi tempi di attesa in tali strutture.

In tale direzione si intendono estendere alla RSA Gallazzi Vismara le esperienze della RSA di Lainate di convenzionamento con specialisti e centri diagnostici per la fruizione delle prestazioni (diagnostica per immagini, cardiologo, fisiatra, psichiatra, dermatologo, infettivologo) direttamente in struttura.

3.5 Efficacia del servizio e attenzione all'efficienza

Al pari di altre unità di offerta socio-sanitarie a carattere residenziale, le RSA presentano una struttura dei costi caratterizzata da elevata rigidità che ha inevitabilmente risentito anche della trasformazione dell'utenza di riferimento e del contesto pandemico di questi anni. Ulteriori elementi di complessità sono da leggere nel fatto che molti costi della gestione caratteristica sono fissi e non variabili, così come il raggiungimento di significative economie di scala è difficilmente perseguibile a livello di singola struttura, se non per realtà di dimensioni medio-grandi¹².

Con riferimento ai ricavi, invece, il contesto attuale mette in luce una situazione caratterizzata da quote sanitarie giornaliere, pagate ai gestori da Regione Lombardia, invariate dal 2008 e inferiori al dettato della legislazione vigente in materia di LEA, che sono state aggiornate solo in seguito all'emergenza da Covid-19¹³.

La risultante del sistema di cui ai paragrafi precedenti, fatto di una struttura di costo rigida e crescente e di un sistema di trasferimenti regionali non sempre adeguato è, da un lato, il peggioramento dei risultati delle RSA nell'epoca post Covid rispetto agli anni pre-pandemici¹⁴, dall'altro è che le soluzioni per risollevere i conti delle RSA (maggiore specializzazione del personale, innovazione tecnologica, cartelle elettroniche, robotizzazione degli armadi farmaci,

¹² Sebastiano A, Petrillo M, Diversificare i servizi delle RSA: quali gli impatti economici di questa scelta? LIUC Università Cattaneo - Lombardiasociale.it

¹³ Non autosufficienza e RSA in Lombardia, anno 2021 - 04-28-2022 a cura di Rosemarie Tidoli - Lombardia Sociale - <http://www.lombardiasociale.it>

¹⁴ Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

solo per citarne alcune) passino attraverso investimenti che rischiano di gravare in modo sempre più importante sui familiari degli Ospiti, peraltro gravati da una congiuntura economica non particolarmente favorevole.

Una via di risoluzione del sistema è quella della ricerca di economie di dimensione che consentano di rendere gli investimenti sul personale (i.e. formazione e aggiornamento del personale, reperimento di professionalità specifiche) e sulle infrastrutture (sistemi informativi, ...) più sostenibili in quanto ripartiti pro quota non su un'unica struttura (la RSA di Arese), ma su due (RSA di Arese e RSA di Lainate) su cui i medesimi investimenti possono avere un'utilità trasversale e, non ultimo, consentirebbe una riduzione dei costi fissi di struttura (legati alla gestione del personale, degli appalti, delle contabilità e del controllo di gestione) che verrebbero gestiti da Ser.co.p. a livello centralizzato. Un siffatto approccio, da un lato, garantirebbe un migliore impatto delle rette, che andrebbero a finanziare in modo maggiore le cure dell'Ospite anziché le strutture gestionali, dall'altro lato rafforzerebbe, con interventi trasversali "condivisi" a livello sovracomunale, quel raccordo tra i servizi agli anziani non autosufficienti areisini e i servizi e gli interventi a livello di Ambito di cui ai paragrafi precedenti.

3.6 Innovazione tecnologica

Secondo quanto emerge dal 4° Rapporto dell'Osservatorio sulla *Long Term Care*¹⁵ nelle RSA la digitalizzazione offre senza dubbio grosse opportunità nel comparto della LTC. Nonostante ciò, sempre secondo il medesimo studio, il settore socio-sanitario "è ancora timido nell'adozione di strumenti e innovazioni che fanno leva sulle nuove tecnologie digitali (app e dispositivi mobili, dispositivi indossabili, *internet of things* e domotica, intelligenza artificiale, robotica, ecc. ...)", in parte per la difficoltà a reperire risorse umane e finanziarie da dedicare all'innovazione tecnologica, in parte per i dubbi che emergono sulla reale efficacia nel lungo periodo della digitalizzazione sulla competitività dei servizi.

Questo pone quindi sia un punto di scarsità di risorse, che di priorità di allocazione delle stesse, in cui la tecnologia non sembra essere riconosciuta come possibile fattore critico di miglioramento dell'efficacia dei servizi.

Uno studio ASCOM-IPSOS¹⁶, sulle medesime tematiche, mette in luce come l'innovazione tecnologica possa fornire alle RSA un supporto per rispondere ai bisogni emergenti nel contesto della cura agli anziani non autosufficienti in struttura. Tali bisogni fanno essenzialmente riferimento a tre aree connesse tra loro:

- potenziamento delle attività di monitoraggio e di cura integrate con la cartella clinica, dove emerge da un lato la necessità di dover preservare la salute e la sicurezza dell'Ospite tramite l'intervento tempestivo in caso di necessità, dall'altro l'esigenza di informare in maniera costante sia il gruppo di lavoro che i familiari sullo stato di salute dell'Ospite;
- rafforzamento del personale dedicato all'assistenza, in un contesto di crescenti difficoltà nell'individuazione di professionalità e di reclutamento del personale;
- continuità della relazione tra Ospite e familiare, da cui emerge l'esigenza di garantire, anche con modalità innovative, la continuità delle relazioni tra l'Ospite, i familiari e il suo contesto relazionale anche in situazioni ove tali relazioni vengono messe a rischio o interrotte (i.e. *lockdown*).

¹⁵ Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti - 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, 2022

¹⁶ ASCOM-IPSOS, RSA oltre l'emergenza, la strada per l'innovazione Situazione attuale e suggerimenti per il "*next normal*", 2022 - www.ascom.com

In questa direzione Ser.co.p. ha in corso presso la struttura di Lainate delle sperimentazioni di utilizzo della tecnologia finalizzate al benessere dei pazienti che stanno dando risultati positivi in particolare:

- nell'implementazione della sicurezza degli ospiti affetti da demenza è in fase avanzata l'utilizzo di letti a sensori attivi che consentono di allertare gli operatori personalizzando i tempi di alzata e/o di abbandono del letto;
- nella interpretazione dei dati parametrici rilevati 24/7 (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, elettrocardiogramma, saturazione, frequenza respiratoria) è in fase di studio la rilevazione continua dei parametri attraverso sensori inseriti in capi di abbigliamento (giubbini smanicati). Tali giubbini possono essere indossati da chiunque, sia di giorno sia di notte, senza procurare alcuna limitazione del movimento e delle comuni attività della vita quotidiana e sono in grado di trasmettere i dati al personale sanitario attraverso *app* su *smartphone* in tempo reale, con *alert* personalizzati in funzione delle patologie. Questo consente inoltre di monitorare adeguamenti terapeutici anche a distanza per ospiti in fase di instabilità clinica e/o comportamentale (ad esempio in patologie neurodegenerative).

È intenzione di estendere anche alla RSA Gallazzi Vismara tali sperimentazioni che, senza ridurre il livello di umanizzazione della struttura, consentiranno un miglioramento della qualità dell'assistenza nella fase di monitoraggio degli ospiti.

4. Modello organizzativo di gestione e governance

Ser.co.p., nel rispetto del vincolo di strumentalità proprio della sua natura, metterà a disposizione del Comune di Arese il proprio *know how* e le competenze acquisite con la delega della RSA di Lainate, alleggerendone le funzioni di gestione, in modo che il Comune possa pienamente assumere e rafforzare il proprio ruolo di definizione delle politiche e affinare sensibilità e capacità rispetto all'analisi del bisogno, naturalmente, ove richiesto, con il supporto di Ser.co.p.

Al Comune, inoltre, spetterà la definizione della mission e dei valori di riferimento al quale ispirare il servizio, della “qualità desiderata” al suo interno e delle modalità tecniche di relazione con l'Azienda in materia di programmazione e verifica dei risultati.

Ser.co.p., inoltre, in quanto ente capofila del Piano Sociale di Zona, è il perno attorno al quale ruota l'attuazione delle scelte strategiche di integrazione delle politiche d'Ambito, tra le quali la connessione delle *policies* per gli anziani riveste un ruolo cruciale tra gli obiettivi sui quali investire nel prossimo triennio, che trarrà impulso anche dalle risorse provenienti dal PNRR.

La RSA di Arese, dunque, sarà un punto di riferimento territoriale, con gli altri gestori di strutture socio-sanitarie e *stakeholder* della rete, nel percorso di coprogettazione rivolto a costruire un sistema di aiuto intorno agli anziani integrato e unitario, nel segno della continuità tra servizi residenziali, diurni e domiciliari per gli anziani del territorio.

L'evoluzione prospettata comporta lo spostamento sull'Azienda Ser.co.p. del momento di direzione strategica e tecnica, in stretta connessione con il Comune, che manterrà il potere di indirizzo e controllo: queste funzioni verranno garantite attraverso la costituzione (che verrà formalizzata nel contratto di servizio) di una Cabina di Regia tecnico-politica composta da rappresentanti del Comune e di Ser.co.p. La Cabina sarà composta da tre membri, di cui due indicati dal Comune di Arese (tra cui il Sindaco o suo delegato) e uno indicato dall'Azienda speciale (nella persona del Direttore generale o suo delegato).

Alla Cabina di Regia saranno assegnate le seguenti funzioni:

- verificare il rispetto di quanto previsto dal contratto di servizio;
- proporre valutazioni tecnico-politiche per la definizione di strategie tariffarie;
- stabilire la priorità di eventuali interventi;
- valutare ed approvare l'implementazione di ulteriori servizi a favore della popolazione anziana in un'ottica di integrazione con le politiche zonali dell'Ambito del Rhodense, in considerazione delle previsioni di continua crescita del bisogno di interventi a favore delle persone non autosufficienti;
- proporre le modalità di utilizzo di eventuali margini positivi che la gestione della struttura dovesse produrre.

Il modello organizzativo e di governance della RSA prevede quindi tre livelli decisionali distinti ma fortemente interrelati:

- il livello delle decisioni strategiche che vede quali attori coinvolti la Cabina di Regia sopra delineata, il Consiglio d'Amministrazione Ser.co.p., la direzione Ser.co.p. e la direzione di struttura;
- il livello delle decisioni tecniche e organizzative che vede quali attori la direzione sanitaria e la direzione amministrativa;
- il livello operativo gestionale, in gran parte esternalizzato, che necessita di costante controllo e valutazione.

Tale modalità organizzativa e di governance, già sperimentata nella RSA di Lainate, consente di sviluppare una serie di connessioni tra i diversi livelli e attori che tengono in stretta connessione le decisioni strategiche con la rappresentazione dei bisogni gestionali e di tutela del benessere degli utenti della struttura. Nella figura di seguito è rappresentato il suddetto modello organizzativo



4.1 Contratto di servizio

I rapporti tra il Comune di Arese e Ser.co.p. saranno regolati dal vigente contratto di servizio, approvato dall'Assemblea dei soci Ser.co.p. e dal Consiglio comunale di Arese in data 20.12.2018, sottoscritto dai contraenti con scadenza in data 31.07.2027, modificato secondo le disposizioni del D. Lgs. 201/22 per quanto compatibili.

Per la gestione della RSA rimangono pertanto valide tutte le disposizioni contenute nel citato contratto che tra gli altri stabilisce le modalità di corresponsione dei corrispettivi per la gestione dei servizi. Si richiama in particolare l'art. 10 che dispone: *"... Nel caso in cui i ricavi da un servizio specifico eccedessero i costi per la produzione del servizio stesso, il relativo margine positivo sarà attribuito al servizio /comune che lo ha generato, ..."*, **ciò significa che la gestione dell'unità di offerta RSA di Arese da parte di Ser.co.p. figurerà nella contabilità analitica dell'azienda con un centro di costo dedicato la cui eventuale marginalità positiva sarà di esclusiva pertinenza del Comune di Arese.**

Per quanto riguarda invece le disposizioni specifiche riguardo la RSA verrà modificato l'art. 1 nella parte generale del vigente contratto di servizio e aggiunto un addendum allo stesso, i cui elementi costitutivi saranno definiti di concerto tra Ser.co.p e il Comune di Arese. L'addendum dovrà regolare tutti gli aspetti relativi all'affidamento della struttura e in particolare:

- le modalità di affidamento del servizio;
- gli obblighi e le responsabilità di Ser.co.p. in relazione alla gestione della struttura;
- gli obblighi e le responsabilità del comune di Arese;
- le disposizioni rispetto alle manutenzioni ordinarie e straordinarie della struttura;
- la determinazione degli eventuali canoni di locazione o di utilizzo dei beni;
- le modalità di esercizio dei controlli da parte del Comune;
- modalità di conferimento dei beni mobili e immobili connessi con l'esercizio dell'Unità di Offerta.

5. Ipotesi economico-gestionali e quadri previsionali

Le ipotesi di sviluppo e la struttura gestionale di cui ai paragrafi precedenti trovano riscontro nell'ipotesi economica che è rappresentata nella presente Parte dove viene esplicitato un modello di budget che prende a riferimento lo sviluppo di tre annualità, in coerenza con la scelta di formalizzazione dell'affidamento a decorrere dal 01/07/2024 e in linea con la durata dell'affidamento triennale dell'affidamento (che seguirà i termini temporali del contratto di servizio). Tale scelta di rappresentazione è finalizzata a garantire la comparabilità tra il primo anno di gestione e lo sviluppo del triennio, che parimenti trova esplicitazione nel budget presentato.

Il budget è stato costruito sulla base della struttura dei costi consolidati dall'attuale ente gestore per quanto riguarda la gestione caratteristica delle attività della unità di offerta, mentre sono state introdotte modifiche coerenti con le evoluzioni gestionali previste nonché rispetto alle attività di supporto che vengono assorbite e attribuite alla struttura aziendale di Ser.co.p.

Viene riportato il *budget* della struttura, con sviluppo triennale, così come potrebbe entrare nel Piano programma di Ser.co.p. quale centro di costo "RSA Arese". Esso è costruito analogamente agli altri centri di costo aziendali, con l'obiettivo di dare massima trasparenza alle scelte che vengono rappresentate nel *budget* medesimo e quindi di fornire ai soci la possibilità di intervenire sulle scelte strategiche di cui è rappresentazione. In tal senso per tutte le figure professionali in gestione diretta viene evidenziato il monte ore annuo, il numero di operatori TPE¹⁷ e infine il costo orario della figura professionale. Per gli appalti e gli affidamenti esterni che prevedono forniture di prestazioni si procederà alla novazione soggettiva degli affidamenti vigenti al momento della voltura acquisendo di conseguenza i valori relativi agli appalti in essere.

Con riferimento alla costruzione del *budget* si evidenzia che una serie di voci di costo sono state stimate sulla base del criterio di spesa storica sostenuta dalla precedente gestione in quanto le suddette voci sono caratterizzate da assoluta rigidità sia per quanto attiene ai volumi che ai costi unitari.

Nel seguente budget sono contenute e riunite le tre unità di offerta gestite da Galazzi Vismara che vengono rappresentate all'interno di un unico prospetto economico coerentemente con la visione di creare la massima connessione funzionale tra di loro; esse sono:

- RSA comprensiva di RSA aperta;
- Centro diurno integrato;
- Servizio di assistenza domiciliare.

Cui si aggiungerà dal 2025 l'ambulatorio infermieristico aperto al pubblico.

Il peso relativo della RSA rispetto ai tre servizi è quantificabile, con riferimento ai ricavi, con ricavi 98%.

¹⁷ TPE (Tempo Pieno Equivalente) è una misura utilizzata nell'ambito della programmazione delle risorse umane per rappresentare il numero di lavoratori a tempo pieno necessari per svolgere una determinata attività.

Budget economico triennale RSA Gallazzi Vismara

Voci di budget		Anno 1		Anno 2		Anno 3		
		Valore	%	Valore	%	Valore	%	
Ricavi	Rette ospiti	2.640.557,9	51,7	2.667.502,3	51,4	2.747.527,4	51,7	
	Integrazioni rette da Comune di Arese	100.000,0	2,0	100.000,0	1,9	100.000,0	1,9	
	Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) RSA	1.623.512,0	31,8	1.623.512,0	31,3	1.623.512,0	30,5	
	Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) CDI	101.183,0	2,0	101.183,0	1,9	101.183,0	1,9	
	Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) RSA APERTA	79.680,0	1,6	79.680,0	1,5	79.680,0	1,5	
	Ricavi CDI	101.600,0	2,0	129.835,0	2,5	136.326,8	2,6	
	Ricavi da Sollievi	372.678,0	7,3	376.480,8	7,2	387.775,2	7,3	
	Ricavi SAD- Trasporti - lavanderia - altri	62.400,0	1,2	62.400,0	1,2	62.400,0	1,2	
	Ricavi da ambulatorio infermieristico	0,0	0,0	24.000,0	0,5	48.000,0	0,9	
	Altri proventi (bar-contrib c/imp+ contr diversi)	27.667,0	0,5	30.000,0	0,6	33.000,0	0,6	
TOTALE RICAVI		5.109.278	100,0	5.194.593	100,0	5.319.404	100,0	
		Ore annue	Operatori TPE	Costo unitario				
Costi personale diretto	Direttore sanitario e coordinamento medico	1.300,0	0,8	57,0	74.100,0	1,6	74.100,0	1,6
	Medici	3.328,0	2,1	34,0	113.152,0	2,5	113.152,0	2,4
	Infermieri	17.680,0	11,0	21,6	381.951,0	8,5	381.951,0	8,3
	Addetti all'ospite (ASA - OTA -OSS)	86.867,0	53,9	20,9	1.812.280,0	40,2	1.812.280,0	39,6
	Fisioterapisti	3.120,0	1,9	26,0	81.019,0	1,8	81.019,0	1,7
	Psicologi	1.404,0	0,9	26,0	36.504,0	0,8	36.504,0	0,8
	Educatori professionali (animazione)	3.120,0	1,9	20,9	65.145,6	1,4	65.145,6	1,4
	Costi RSA Aperta				95.000,0	2,1	79.680,0	1,7
	Costi CDI (ASA+ip +edu+fkt)				126.000,0	2,8	131.000,0	2,9
	Personale SAD				65.000,0	1,4	65.000,0	1,4
	Assistenti Sociali				36.450,0	0,8	36.450,0	0,8
	Infermieri ambulatorio aperto al pubblico (dal 1.7.2025)				0,0	0,0	21.000,0	0,5
	Formazione del personale e note spese				3.000,0	0,1	3.000,0	0,1
	Premio appaltatori Socio Sanitari				33.650,0	0,7	33.650,0	0,7
Auto e car rent				4.000,0	0,1	4.000,0	0,1	
Totale Costo personale diretto		2.927.252	65,0	2.937.932	64,2	3.037.553	64,3	
Costo consumi sanitari	Farmaci e gas medicinali				93.000,0	2,1	95.790,0	2,1
	altri acquisti sanitari				70.000,0	1,6	72.100,0	1,6
Totale Costo consumi sanitari		163.000	3,6	167.890	3,7	172.927	3,7	
Costo attività non sanitaria	Ristorazione				480.000,0	10,7	494.400,0	10,8
	Lavanderia				95.318,9	2,1	98.178,5	2,1
	Pulizia				244.633,1	5,4	251.972,0	5,5
	Trasporto ospiti				16.000,0	0,4	33.000,0	0,7
	Reception/bar e assistenza religiosa				124.166,3	2,8	127.891,3	2,8
	Altri acquisti				40.000,0	0,9	41.200,0	0,9
Totale Costi attività alberghiera		1.000.118	22,2	1.046.642	22,9	1.079.051	22,8	
Costi di supporto	Smaltimento rifiuti normali o speciali				27.000,0	0,6	27.810,0	0,6
	Utenze				280.500,0	6,2	288.915,0	6,3
	Manutenzione ordinaria				105.000,0	2,3	108.150,0	2,4
Totale Costi di supporto		412.500	9,2	424.875	9,3	437.621	9,3	
Totale Costi Diretti		4.502.870	88,0	4.577.338	88,0	4.727.152	88,7	
Margine di contribuzione		606.408	11,9	617.255	11,9	592.252	11,1	
ri ricavi non opera	Proventi straordinari e finanziari	8.000		8.000		8.000		
Costo personale indiretto	Direzione e amministrazione				126.767,7	32,5	126.767,7	31,7
	Totale Costo personale indiretto	126.768	32,5	126.768	31,7	126.768	29,5	
Altri costi di struttura	Canone affitto struttura				92.395,0	23,7	92.395,0	23,1
	Altri canoni, incluso software				21.000,0	5,4	21.000,0	5,2
	Assicurazioni				35.000,0	9,0	35.000,0	8,7
	Consulenze, assistenze professionali				33.000,0	8,5	33.000,0	8,2
	Spese generali varie				17.000,0	4,4	17.000,0	4,0
	Ammortamenti				0,0	0,0	10.000,0	2,3
	Accantonamenti rischi legali e altri accantonamenti				65.000,0	16,7	65.000,0	16,2
	Insussistenze passive				0,0	0,0	30.000,0	7,0
Totale Costi di struttura		263.395	67,5	273.395	68,3	303.395	70,5	
Totale Costi Indiretti		390.163	7,6	400.163	7,7	430.163	8,1	
TOTALE COSTI		4.893.033		4.977.501		5.157.315		
Risultato di gestione		224.245	4,4	225.092	4,3	170.089	3,2	

Il primo anno di attività è stato costruito tenendo conto di tutti i caratteri gestionali indicati nella relazione - pertanto è uno strumento in grado di tradurre “in cifre” le strategie delineate per la gestione della struttura. In particolare:

- **i ricavi** sono calcolati facendo riferimento alle rette attualmente vigenti e a un tasso di saturazione di partenza della struttura pari al 98%, con un incremento della tariffa pari al 5% presuntivo connesso all’incremento dell’indice NIC dell’ISTAT. La scelta delle stime relative alla saturazione e all’incremento ISTAT rispecchia una valutazione attendibile, pur se non completamente fedele con l'adozione di un criterio prudenziale per la costruzione del budget stesso (saturazione 2022 pari a circa il 96%);
- **costi personale diretto**

Per quanto attiene ai costi di personale che concorrono alla gestione caratteristica della struttura, si è ipotizzato un minutaggio superiore agli standard regionali e con una composizione delle ore per tipologia di figura professionale come di seguito in tabella:

Ipotesi minutaggi in gestione Ser.co.p. della RSA Gallazzi Vismara (base 12 mesi)

Profilo professionale	Ore medie mese	Ore medie settimana	Ore settimana/ospite	Totale ore annue	% sui profili prof.li
Direttore sanitario/Coordinatore medico	108	25,0	0,23	1.300,00	1,10%
Medici	277	64,0	0,58	3.328,00	2,81%
Infermieri	1.476	340,0	3,09	17.727,00	14,96%
Fisioterapisti	260	60,0	0,55	3.130,00	2,64%
Educatori/Animatori	261	60,0	0,55	3.120,00	2,63%
ASA/OSS	7.233	1.670,5	15,19	86.866,00	73,31%
Psicologi	117	27,0	0,25	1.404,00	1,18%
Assistente sociale	130	36,0	0,33	1.620,00	1,37%
Totale ore	9.862,3	2.282,5	20,75	118.495,0	100%
Minuti settimana ospite (ipotesi saturazione 100%)			1.245,00		

Va tenuto presente che lo *standard* di riferimento per le RSA Lombarde, definito in minuti di assistenza settimanali per Ospite, rappresenta un valore che, a parità di altre condizioni, può rappresentare un primo indicatore legato con proporzionalità diretta al livello qualitativo degli interventi garantiti in ciascuna struttura. Ciò significa che al crescere del minutaggio settimana/Ospite si può presumere un incremento della qualità dell’assistenza e della cura degli ospiti. È tuttavia importante considerare non tanto il valore totale del minutaggio, quanto la composizione percentuale tra i diversi profili professionali:

- coerentemente sia con quanto dichiarato rispetto al modello di gestione della struttura sia con i driver del cambiamento, Ser.co.p. si propone di riequilibrare la composizione del minutaggio settimana/Ospite a favore della componente sanitaria. Si ipotizza, infatti, un incremento rispetto alla situazione attuale del peso della Direzione sanitaria (con funzioni di coordinamento clinico) dalle attuali 12 ore/settimanali (budget 2024 Gallazzi Vismara) a 25 ore/settimanali. In tal modo di rimodulare la struttura organizza

significativamente orientata dalla direzione sanitaria quale architrave della presa in carico clinica e del funzionamento della struttura.

- analogamente alla direzione sanitaria si propone un aumento della componente medica dalle attuali 42,7 ore settimanali (fonte: scheda struttura 2022) a 64 ore/settimanali (3328 annue);
- la componente infermieristica è valorizzata per un minutaggio analogo all'attuale gestione;
- la componente ASA OSS è valorizzata per un minutaggio analogo all'attuale gestione;
- fisioterapisti, psicologi ed educatori vengono confermati gli attuali minutaggi (lieve aumento per educatori);
- è stato previsto il servizio di orientamento e accompagnamento ai servizi per anziani (Progetto Bussola) come più precisamente descritto nella parte dedicata ai *driver* del cambiamento del presente documento. Il servizio si propone di impiegare una figura professionale di assistente sociale a tempo pieno (36 ore/settimanali), suddivisa tra il servizio di accoglienza e Bussola.

In sintesi, rispetto al personale diretto all'ospite, Ser.co.p. prevede il potenziamento della componente medica (direzione sanitaria e medici di nucleo) e all'inserimento dell'assistente sociale (accoglienza e Bussola), mentre, in accordo con l'Amministrazione comunale, vengono mantenuti immutati tutti i minutaggi relativi ai servizi infermieristici, assistenziali, educativi e delle altre professioni sanitarie, al fine di mantenere l'attuale livello qualità dell'assistenza.

- **i costi per i consumi sanitari** di farmaci e gas medicinali sono stati riportati secondo il criterio della spesa storica di Gallazzi Vismara;
- **I costi dell'attività non sanitaria** sono stati riportati secondo il criterio della spesa storica di Gallazzi Vismara ad eccezione del costo dei trasporti che è stato incrementato al fine di attivare un servizio di trasporto per il CDI con l'intento (dichiarato tra i driver del cambiamento) di incrementare la fruizione del servizio;
- **i costi di supporto** sono stati riportati secondo il criterio della spesa storica di Gallazzi Vismara; si manterrà particolare attenzione al controllo di gestione. In ordine ai costi delle utenze con riferimento all'altalenante andamento del mercato;
- **i costi del personale indiretto** viene valorizzato tutto il personale amministrativo attualmente impiegato in RSA e conferito da Gallazzi Vismara con funzioni amministrative oltre alla quota di direzione di struttura proveniente da Sercop e imputata al centro di costo (nn. 1,2,3 e 4 della tabella dipendenti). Il costo del personale direttamente assunto fa riferimento al CCNL del comparto funzioni locali firmato in data 16/11/2022 (triennio 2019-2021). Il personale è per lo più impiegato nelle attività amministrative relative alla gestione caratteristica dell'unità di offerta. Nella tabella qui sotto il dettaglio del personale dipendente connesso alla gestione Sercop che evidenzia l'impiego proporzionale del personale sul centro di costo, l'inquadramento contrattuale la provenienza.

Personale dipendente: ore annue, valore Tempo Pieno Equivalente (TPE) e inquadramento contrattuale

	Figura professionale	Ore annue	Operatori TPE	Inquadramento	provenienza
1	Direttore	322	0,20	Dirigente, CCNL funzioni locali	Ser.co.p.
2	Responsabile amministrativo	1.612	1,00	Funzionario (ex D4) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
3	Responsabile controllo di gestione	1.612	1,00	Funzionario (ex D1) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
4	Responsabile URP	1.612	1,00	Istruttore (ex C4), CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
5	OSS/ Resp. operativo controllo appalto	1.567	0,97	Operatore esperto (ex B7), CCNL funzioni locali (35h/sett.)	Gallazzi Vismara
6	Personale reception/bar	1.612	1,00	Operatore esperto (ex B5) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
7	Infermiere - equipe infermieristica	806	0,50	Istruttore (ex C2) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
8	FKT - Coordinatore equipe	1.612	1,00	Funzionario (ex D2), CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
9	Assistente sociale - accoglienza/Bussola	1.612	1,00	Funzionario (ex D1) CCNL funzioni locali	Ser.co.p.
10	ASA - Centro Diurno Integrato	1.612	1,00	Operatore esperto (ex B6) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
11	ASA - Centro Diurno Integrato	1.612	1,00	Operatore esperto (ex B4) CCNL funzioni locali	Gallazzi Vismara
	Totale	15.591	9,67		

Non sono appostati altri tipi di costi a supporto della struttura tipici di una realtà aziendale c.d. “costi generali di struttura” (quali: RSPP, OdV, revisore dei conti, CdA, ...) in quanto questi ruoli, che verranno presidiati dagli omologhi Ser.co.p., saranno posti a carico del Comune di Arese rispettando gli attuali riparti dei costi fissi tra i soci dell’Azienda sulla base delle disposizioni del contratto di servizio.

Sviluppo triennale (Anno 2, Anno 3)

Il prospetto economico vede poi uno sviluppo triennale della struttura. Le ipotesi principali alla base delle previsioni riguardano:

- **Ricavi**, per i quali è previsto:
 - un progressivo aumento della saturazione della struttura, con una saturazione prevista per il secondo anno al 99% (+1% rispetto all’anno precedente). I livelli di saturazione si riflettono sulla quota complessiva dei ricavi sia quelli da FSR sia a quelli da retta corrisposti dagli utenti;
 - un incremento dei ricavi connesso ad un incremento delle tariffe pari al 3% (connesso all’andamento. Dell’indice Istat nel terzo anno di gestione);
 - un incremento dei ricavi CDI connesso agli interventi di rilancio del Servizio al fine di incrementare la saturazione.
 - è stata inserita tra i ricavi, a partire dall’anno 2025, una posta aggiuntiva rispetto allo storico, che apposta i ricavi derivanti dal pubblico in relazione dall’apertura dall’ambulatorio infermieristico, che risulta un servizio a mercato.

- **Costi**, con riferimento a cui si ipotizza:

- un incremento del valore degli appalti, relativi ai servizi di assistenza con particolare riferimento al personale: essendo gli affidamenti dei servizi di assistenza “labour intensive” più che il parametro Istat dovrà essere riconosciuto l’incremento del costo del lavoro connesso all’evoluzione del contratto delle cooperative sociali
- l’incremento nel secondo e nel terzo anno i valori degli appalti (3% rispettivamente) relativi all’acquisto di farmaci, di tutte le attività alberghiere, nonché di tutte le altre attività di supporto.
- un incremento del costo dei servizi CDI connesso con la maggiore saturazione programmata;
- l’investimento in innovazione tecnologica attraverso la fornitura di 10 letti sensorizzati per la rilevazione della presenza degli ospiti valorizzati nel budget con quote di ammortamenti annuali per un periodo di 5 anni a decorrere dal secondo anno di esercizio.
- è stato previsto dal 2025 il costo del personale aggiuntivo connesso con l’avvio dell’ambulatorio infermieristico.

Ogni altro investimento o intervento che potrà essere inserito a partire dall’anno 2024 nel *budget* sarà concordato con l’amministrazione comunale in fase programmatoria nell’ambito della “cabina di Regia”.

Nella tabella seguente è rappresentato lo sviluppo triennale del medesimo *budget* con una maggior sintesi delle voci per agevolare la lettura.

Sintesi per categorie della Scheda struttura del budget economico triennale RSA Arese

	Anno 1		Anno 2		Anno 3	
	Valore	%	Valore	%	Valore	%
Rette ospiti	2.640.557,9	51,7	2.667.502,3	51,4	2.747.527,4	51,7
Integrazioni rette da Comune di Arese	100.000,0	2,0	100.000,0	1,9	100.000,0	1,9
Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) RSA	1.623.512,0	31,8	1.623.512,0	31,3	1.623.512,0	30,5
Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) CDI	101.183,0	2,0	101.183,0	1,9	101.183,0	1,9
Finanziamento FSR (Reg. Lomb.) RSA APERTA	79.680,0	1,6	79.680,0	1,5	79.680,0	1,5
Ricavi CDI	101.600,0	2,0	129.835,0	2,5	136.326,8	2,6
Ricavi da Sollievi	372.678,0	7,3	376.480,8	7,2	387.775,2	7,3
Ricavi SAD- Trasporti - lavanderia - altri	62.400,0	1,2	62.400,0	1,2	62.400,0	1,2
Ricavi da ambulatorio infermieristico	0,0	0,0	24.000,0	0,5	48.000,0	0,9
Altri proventi (bar-contrib c/imp+ contr diversi)	27.667,0	0,5	30.000,0	0,6	33.000,0	0,6
Variazione rimanenze	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTALE RICAVI	5.109.278	100,0	5.194.593	100,0	5.319.404	100,0
Personale diretto	2.927.252	65,0	2.937.932	64,2	3.037.553	64,3
Consumi sanitari	163.000	3,6	167.890	3,7	172.927	3,7
Attività alberghiera	1.000.118	22,2	1.046.642	22,9	1.079.051	22,8
Costi di supporto	412.500	9,2	424.875	9,3	437.621	9,3
Totale Costi Diretti	4.502.870	88,0	4.577.338	88,0	4.727.152	88,7
Margine di contribuzione	606.408	11,9	617.255	11,9	592.252	11,1
Proventi straordinari e finanziari	8.000	0,0	8.000	0,0	8.000	0,0
Personale indiretto	126.768	32,5	126.768	31,7	126.768	29,5
Costi di struttura	263.395	67,5	273.395	68,3	303.395	70,5
Totale Costi Indiretti	390.163	7,6	400.163	7,7	430.163	8,1
TOTALE COSTI	4.893.033		4.977.501		5.157.315	
Risultato di gestione	224.245	4,4	225.092	4,3	170.089	3,2

La tabella di seguito illustra il costo giornata utente per singola voce:

Illustrazione dei costi RSA pro-capite in termini di €/giornata/ospite al netto degli altri servizi (CDI, SAD, ...)

		Anno 1	Anno 2	Anno 3
Costi personale diretto	Direttore sanitario/ Coordinamento clinico	1,85	1,85	1,85
	Medici	2,82	2,82	2,82
	Infermieri	9,51	9,51	9,80
	Addetti all'ospite (ASA - OTA -OSS)	45,14	45,14	46,49
	Fisioterapisti	2,02	2,02	2,02
	Psicologi	0,91	0,91	0,91
	Educatori professionali (animazione)	1,62	1,62	1,67
	Costi RSA Aperta			
	Costi CDI (ASA+Med+ip +edu+fkt)			
	Personale SAD			
	Infermieri ambulatorio aperto al pubblico (dal 1.7.2025)			
	Assistenti Sociali	0,91	0,91	0,91
	Formazione del personale e note spese	0,07	0,07	0,07
	Premio appaltatori Socio Sanitari	0,84	0,84	0,84
	Auto e car rent	0,10	0,10	0,10
	Totale Costo personale diretto	65,78	65,78	67,47
	Costo consumi sanitari	Farmaci e gas medicinali	2,32	2,39
altri acquisti sanitari		1,74	1,80	1,85
Totale Costo consumi sanitari		4,06	4,18	4,31
Costo attività non sanitaria	Ristorazione	11,96	12,31	12,68
	Lavanderia	2,37	2,45	2,52
	Pulizia	6,09	6,28	6,46
	Trasporto ospiti			
	Reception/bar e assistenza religiosa	3,09	3,19	3,28
	Premio appaltatori alberghieri	0,00	0,00	0,00
	altri acquisti	1,00	1,03	1,06
	Totale Costi attività alberghiera	24,51	25,25	26,00
Costi di supporto	Appalto cucina dipendenti	0,00	0,00	0,00
	Smaltimento rifiuti normali o speciali	0,67	0,69	0,71
	Utenze	6,99	7,20	7,41
	Manutenzione ordinaria	2,62	2,69	2,77
	Totale Costi di supporto	10,27	10,58	10,90
	Totale Costi Diretti	104,63	105,79	108,68
Costo personale indiretto	Direzione e amministrazione	3,16	3,16	3,16
	Note spese	0,00	0,00	0,00
	Auto e car rent	0,00	0,00	0,00
	Totale Costo personale indiretto	3,16	3,16	3,16
Altri costi di struttura	Canone affitto struttura	2,30	2,30	2,30
	Altri canoni, incluso software	0,52	0,52	0,52
	Assicurazioni	0,87	0,87	0,87
	Consulenze, assistenze professionali	0,82	0,82	0,82
	Spese generali varie	0,42	0,42	0,42
	Ammortamenti	0,00	0,25	0,25
	Accantonamenti rischi legali e altri accantonamenti	1,62	1,62	1,62
	Costi generali Sercop	0,00	0,00	0,00
	Insussistenze passive	0,00	0,00	0,75
	Totale Costi di struttura	6,56	6,81	7,56
	Totale Costi pro capite	114,35	115,76	119,40

6. Benchmark

Sulla base della rappresentazione dei costi per giornata/Ospite, rappresentata nella precedente tabella, è stato possibile costruire un confronto con alcuni dati di sintesi elaborati da Regione Lombardia e riferiti a un campione di RSA della sola città di Milano. Ai fini di un corretto confronto si è reso necessario riclassificare le categorie espresse nel budget di cui alle tabelle precedenti nelle categorie specifiche di cui alle schede struttura che tutte le RSA lombarde devono trasmettere, a scadenze predefinite annuali, a Regione Lombardia, come previsto dalla D.G.R. 7435/2001 e successivi provvedimenti attuativi.

Si tratta di una riclassificazione necessaria per permettere la confrontabilità dei dati e delle informazioni con il *benchmark* considerato che, stante ai dati di Regione Lombardia, comprende 60 RSA con una media di 132 posti autorizzati, di cui 120 contrattualizzati.

La scelta di tale unità di misura deriva dal fatto che essa rappresenta l'unità di riferimento *standard* utilizzata in sede regionale per i confronti tra le RSA lombarde mentre, dal punto di vista metodologico, occorre sottolineare come i dati del *benchmark*, pur risalendo alle ultime elaborazioni disponibili (relative alle Schede Struttura 2019), mostrano dati che non tengono in considerazione né delle criticità derivanti dall'emergenza pandemica (di cui si avrà traccia a partire dalle Schede Struttura 2020) né dalle tensioni inflazionistiche del 2022, che hanno avuto particolare impatto sull'incremento dei costi dell'energia e, di conseguenza, sulle utenze delle RSA (ricomprese nella Categoria "Costi attività di supporto").

Si evidenzia che per rendere coerente il raffronto sono stati eliminati dal prospetto di dei costi tutte le poste non direttamente imputabili alla RSA, cioè i costi relativi al CDI, SAD e ambulatorio aperto al pubblico.

Raffronto delle previsioni Ser.co.p. RSA Arese e dati da schede struttura 2019 Milano

CATEGORIA (Rif. Scheda struttura ex DGR 7435/2001 Reg. Lombardia e s.m.i.)	Budget RSA GV - Ser.co.p. (Euro)	Costo per giornata/ospite (Euro)		Differenza Ser.co.p.- Benchmark	
		Budget Ser.co.p.	Benchmark RSA - Milano	Valore	%
COSTO PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA	2.641.252	65,78	57,80	7,98	13,81%
COSTI CONSUMI BENI E SERVIZI SANITARI	163.000	4,06	4,83	-0,77	-15,95%
COSTI ATTIVITA' ALBERGHIERA(NON SANITARIA)	984.118	24,51	16,36	8,15	49,82%
COSTI ATTIVITA' DI SUPPORTO (MISTA)	802.663	19,99	43,58	-23,59	-54,13%
COSTI RSA - totale	4.591.033	114,35	122,57	-8,22	-6,71%

Nella precedente tabella di confronto, in linea con quanto espresso nei paragrafi precedenti, si osserva una decisa tensione verso un elevato dimensionamento del "personale addetto all'assistenza" (leggasi incremento dei minutaggi) e all'attività alberghiera, che a parità di costi unitari rispetto agli anni precedenti, evidenzia un significativo "investimento" sulla dimensione socio sanitaria propriamente detta; questo impegno risulta comunque "finanziato" da una un minore impatto dei costi per attività di supporto, per i quali si mettono in luce importanti economie con le strutture di supporto Ser.co.p. Il dato complessivo, pur non considerando (per il *benchmark*) importanti spinte all'incremento dei costi, mette in luce un valore decisamente inferiore delle previsioni per la RSA di Arese rispetto al dato di confronto.

7. Cronoprogramma dell'attivazione degli interventi innovativi

Nella tabella seguente è evidenziato il cronoprogramma che illustra la scansione temporale rispetto all'attivazione degli interventi previsti nel precedente Cap. 3 "i driver del cambiamento":

Attivazione	Servizio	Riferimento documento	Finanziamento
01/07/2024	Rafforzamento direzione sanitaria e del coordinamento clinico	Cap. 3.4	Budget 2024
01/07/2024	Rafforzamento <i>staff</i> medico	Cap 3.4	Budget 2024
01/07/2024	Attivazione servizio bussola	Cap 3.2.a	Budget 2024
01/07/2024	Attivazione servizio sociale (accoglienza e supporto agli ospiti, Rsa aperta)	Cap.3.3	Budget 2024
01/07/2024	Per i richiedenti assistenza domiciliare: accesso equipe domiciliare anziani (EDA) per una valutazione multidimensionale e attivazione di interventi per gli anziani residenti ad Arese	Cap. 3.1	Risorse PNRR Ambito rhodense
01/07/2024	Servizi telemedicina	Cap. 3.2.b	Risorse PNRR Ambito rhodense
01/07/2024	Spostamento sportello badanti all'interno della RSA	Cap 3.1	Risorse d'Ambito
01/07/2024-30/11/2024	Valutazione modalità potenziamento CDI (flessibilità oraria, trasporti, CDI notturno)	Cap. 3.2.c	Budget 2024 – Serv. Trasporti
01/01/2025	Attivazione nuovo modello intervento CDI	Cap.3.2.c	Budget 2025
01/01/2025	Introduzione letti domotici	Cap 3.6	Budget 2025
01/09/2024-31/12/2024	Valutazione modalità realizzazione ambulatorio infermieristico (spazi, gestione)	Cap. 3.2.d	Budget 2025
01/07/2025	Attivazione ambulatorio infermieristico	Cap.3.2.d	Budget 2025

Si precisa che gli interventi di potenziamento del CDI e di realizzazione dell'ambulatorio infermieristico saranno realizzati a seguito di valutazioni che saranno condivise con l'Amministrazione comunale.

Considerazioni finali

Le argomentazioni e le analisi esposte nel presente documento consentono di esprimere da parte di Ser.co.p. una valutazione positiva rispetto alla fattibilità del conferimento della RSA Gallazzi Vismara. Gli aspetti di maggior interesse che rendono tale opzione una scelta “win win” per entrambe le realtà (l’Azienda Speciale Consortile Ser.co.p. e il Comune di Arese) sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- rafforzamento del sistema pubblico dei servizi residenziali agli anziani mediante la costituzione di un polo gestionale con una dimensione ottimale minima i termini di posti ospiti gestiti che, pertanto, consenta di sviluppare economie di dimensione e di specializzazione non realizzabili da singole unità di offerta di dimensioni inferiori;
- incremento del benessere e della sicurezza degli ospiti della RSA attraverso le suddette economie di specializzazione e la possibilità di sperimentare innovazioni tecnologiche in una logica di miglioramento della qualità del servizio;
- potenziamento del ruolo della RSA quale *player* privilegiato nella definizione degli obiettivi della programmazione zonale per quanto concerne le politiche agli anziani non autosufficienti, con uno sguardo allargato al bisogno di cura, non esclusivamente rivolto agli ospiti;
- consolidamento del vincolo della strumentalità di Ser.co.p. rispetto al Comune, attraverso l’estensione del contratto di servizio in essere, garantendo la massima trasparenza e il potere di indirizzo del Comune in relazione alle strategie della RSA;
- messa a disposizione di competenze non solo connesse al ruolo di ente gestore della struttura ma anche al ruolo di soggetto attuatore delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti nell’ambito del Piano Sociale di Zona;
- prosecuzione nella strategia di ricomposizione territoriale dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti in grado con la finalità di costruire elementi di continuità tra i servizi residenziali e quelli domiciliari attraverso una maggiore apertura della struttura ai bisogni del territorio.

Rho, 27/11/2023

Il Direttore generale
Guido Ciceri




Via Dei Cornaggia, 33 - 20017 RHO (MI)
C.F. / P. IVA 05728560961

Allegati:

Allegato 1 – Relazione al Piano Economico Finanziario