



AZIENDA SPECIALE DEI COMUNI
DEL RHODENSE PER I SERVIZI ALLA PERSONA

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

(Bozza nr. 2 per la discussione - 20/09/2022)

Parte 1. Introduzione metodologica	3
Parte 2. Analisi del contesto e del fabbisogno	5
Parte 3. Stato dell'arte	7
Parte 4. Driver del cambiamento	11
4.1 Inclusionione nelle politiche e nelle strategie dell'Ambito	11
4.2 Apertura alla comunità	12
4.3 Centralità dell'accoglienza	16
4.4 Rafforzamento dello staff sanitario	17
4.5 Efficacia del servizio e attenzione all'efficienza	19
4.6 Innovazione tecnologica	19
Parte 5. Modello organizzativo di gestione e governance	21
5.1 Contratto di servizio	23
Parte 6. Ipotesi economico-gestionali e quadri previsionali	24
Considerazioni finali	32

Parte 1. Introduzione metodologica

Il presente progetto di fattibilità viene elaborato su mandato dell'Amministrazione Comunale di Arese che, con Deliberazione della Giunta Comunale nr. 90 del 07.07.2022 ha deliberato di avviare un percorso di analisi ed eventuale successiva attuazione dell'affidamento dei servizi relativi alla gestione della locale Casa di riposo e servizi connessi all'Azienda Speciale Consortile Ser.co.p. da concretizzarsi in uno studio di fattibilità economico-gestionale elaborato da Ser.co.p. inerente alla gestione dei servizi socio-assistenziali e 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 diversi risultati positivi sulla gestione dei servizi 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 e, per tale ordine di motivi 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 manifeste le opportunità derivanti dall'integrazione delle politiche a favore della popolazione anziana con le risorse sociali garantite a livello di ambito e nella volontà di garantire il perseguimento dei seguenti 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 progetto, per le motivazioni di cui ai paragrafi precedenti, viene redatto con la finalità di pervenire alla definizione di un modello di gestione che consenta di introdurre degli elementi migliorativi della qualità del servizio e, ove possibile, operando interventi che consentano una maggiore fruibilità della struttura e di nuovi servizi per il territorio utilizzabili da persone anziane areesine, siano esse ospiti della RSA oppure no.

Al fine della predisposizione dello studio di fattibilità si è avviato un tavolo di coprogettazione 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 dati utili per la costruzione di un modello di sviluppo della gestione dell'unità di offerta RSA; il percorso ha condiviso sia gli obiettivi di fondo che le azioni da intraprendere.

L'obiettivo generale è dunque:

- la 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;
- individuare 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;
- la 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 cinque diverse parti tra loro interconnesse:

- 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;
- 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;
- una rappresentazione dei driver di cambiamento proposti da Ser.co.p., che rappresentano la base metodologica delle scelte relative al modello gestionale proposto da Ser.co.p. per la RSA di Arese;
- una proposta Ser.co.p. di governance della RSA di Arese a seguito dell'ipotesi di passaggio gestionale della medesima dall'Azienda Speciale Gallazzi Vismara a Ser.co.p.;
- 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 e ipotesi gestionali e/o ipotesi di implementazione di nuove attività/ servizi.

Parte 2. Analisi del contesto e del fabbisogno

Il territorio del Rhodense, come ben evidenziato nel Piano Sociale di Zona 2021 – 2023, si caratterizza per una struttura della popolazione che si può definire regressiva, in quanto la popolazione giovane è minore di quella anziana. La percentuale media degli ultrasessantacinquenni al 01/01/2021 sull'intero territorio dell'Ambito è pari del 23,7%¹, leggermente superiore al valore regionale registrato (23,2%). Si registrano tuttavia differenze sensibili tra Comune e Comune: Arese rappresenta il Comune con maggiore incidenza di anziani (28,3%), seguito dal Comune di Rho (24,6%) e dal Comune di Cornaredo (23,6%).

Lo stesso per l'indice di vecchiaia, che misura il numero di anziani over 65 ogni 100 giovani under 14: se nel Rhodense esso si attesta su una media di 168,1, per Arese raggiunge il valore di 207,5, segnalato anche come uno degli indici di questo tipo più elevato di tutta l'Area Nord- Ovest della Città Metropolitana². Tale primato è conseguito anche rispetto all'indice di dipendenza, pari a 47,53, calcolato rapportando il numero degli over 65 alle persone in età attiva con un'età compresa tra i 15 e i 64 anni, e all'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione attiva e popolazione non più attiva, pari a 70,4. 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 di *"long term care"* (LTC) da attuare, da parte dell'Amministrazione, nei confronti dei propri cittadini anziani in un'ottica più ampia di 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.

Non da ultimo il ripensamento sull'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.

Il territorio rhodense vede ad oggi la presenza di complessivi 936 posti letto autorizzati, di cui 572 accreditati e 15 di Nucleo Alzheimer accreditato, distribuiti tra 6 strutture di cui solo 2 a gestione pubblica³. Il passaggio a Ser.co.p., gestore dell'unica altra struttura pubblica, contraddistinguerà la struttura in termini di riconducibilità ad una stessa matrice gestionale caratterizzata, pur con i dovuti distinguo, da una serie di punti di forza quali la stretta sinergia con il Comune proprietario e committente, l'investimento sulla Direzione Sanitaria e sulle competenze della RSA per l'accompagnamento dei cittadini e lo

¹ Fonte: demoistat.it

² Cfr. Annuario Statistico dell'Area Metropolitana di Milano ed. 2021

³ Fonte: Open Data Regione Lombardia - 2022

sviluppo di servizi integrativi all'offerta residenziale, come meglio descritto nel prosieguo. Tutto ciò con l'obiettivo di acquisire una precisa riconoscibilità e consolidare la propria credibilità sul territorio.

Uno sguardo allargato ai bisogni della cittadinanza non autosufficiente del territorio deve considerare la crescita della domanda di servizi riconducibili alla Long term care 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/sett 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 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, 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 della persona. 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.

Parte 3. Stato dell'arte

I rapporti tra RSA e Comune di Arese sono regolati/normati da un contratto di servizio tra l'Amministrazione comunale e l'Azienda Speciale Consortile Gallazzi Vismara (ai sensi del TUEL art. 114).

La struttura è autorizzata ed accreditata dalla Regione Lombardia (per il tramite dell'ATS Città Metropolitana) per 98 posti letto di cui 15 di nucleo protetto riservati alle persone con Alzheimer. In struttura sono inoltre presenti n.12 posti a libero mercato, anch'essi autorizzati e accreditati con Regione Lombardia. 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 sociosanitari a persone in condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione domiciliare con caratteristiche di protezione sociosanitaria.

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 dipendente, personale interno legato da rapporti di libera professione, vi è un considerevole numero di operatori esterni in forze alla struttura attraverso l'affidamento di servizi a due differenti operatori economici. 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).

Tabella 1 - Composizione del personale impiegato per profilo professionale e operatore economico di riferimento (fonte: Scheda struttura Gallazzi Vismara, anno 2019)

Profilo professionale	Gallazzi Vismara		Operatore economico	Operatore economico
	Personale dipendente	Libera professione	Servizi assistenziali	Servizi alberghieri
Direttore generale	1			
Amministrativi	3			
Direttore sanitario		1		
Medici		7		
ASA/OSS			74	
Psicologi		1		
Infermieri	1		16	
Animatori	1		5	
Fisioterapisti	1		3	
Addetto	1			39
Totale	9	9	80	39

La direzione aziendale per la gestione dei servizi esternalizzati si appoggia a due diversi operatori economici sostenendo una strategia di diversificazione dell'operatore, orientato alla competenza e alla specializzazione.

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 dei comuni e di riflesso quindi dei cittadini areisini. Infatti, esistono due tipologie di rette per il ricovero in struttura. Una quota giornaliera riservata in esclusiva ai cittadini areisini (pari a 68,32 euro al giorno) e una per i parenti di areisini (pari a 72,51 euro al giorno).

Le tariffe esposte si configurano in linea con la media minima regionale, ma lievemente sottostimate per la media massima. Gli ultimi dati raccolti dall'Osservatorio regionale delle RSA indicano, infatti, che si spazia da una retta minima media di 50,70 € giorno nella ATS Montagna a una retta media massima di 93,29 € giorno nella ATS Città Metropolitana di Milano.

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.

Il 2021 vede presenti una media annua degli ospiti con la classe di fragilità SOSIA (da 1 a 8 dove 1 è la compromissione massima):

- 15 ospiti Alzheimer;
- 40 ospiti in classe 1;
- 25 ospiti in classe 3;
- 25 ospiti in classe 7.

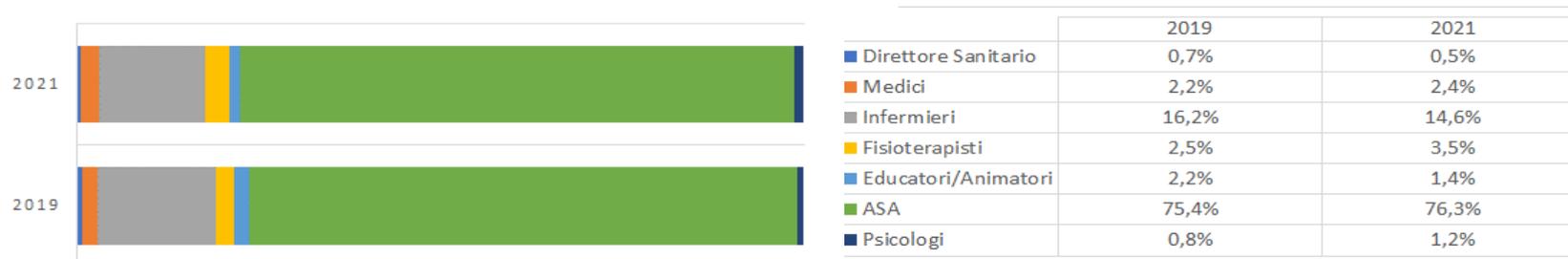
2. Saturazione della struttura: l'anno 2021 si è concluso per l'Azienda con un tasso di occupazione dei 98 posti letto a contratto pari al 99,70%. Sui posti a libero mercato il tasso ha diverse possibili letture in quanto soggetti alle restrizioni/protocolli covid in corso. Rispetto ai 12 posti letto complessivamente disponibili, l'occupazione è stata del 46,6%, ma rispetto a quelli effettivamente utilizzabili il tasso di saturazione è stato del 97,14%.

3. Personale impiegato per principali profili professionali:

Tabella 2 - Minutaggi Gallazzi Vismara per tipologia di profilo professionale

Profilo professionale	Anno 2019 (fonte: Scheda struttura)			Anno 2021 (fonte: contratti dipendenti/collaboratori/appalti)		
	Ore medie mese	Ore medie settimana	Ore settimana Ospite	Ore medie mese	Ore medie settimana	Ore settimana Ospite
	Direttore Sanitario	58	13	0,13	43	10
Medici	189	44	0,42	232	54	0,51
Infermieri	1.405	327	3,11	1.379	321	3,05
Fisioterapisti	216	50	0,48	327	76	0,72
Educatori/Animatori	191	44	0,42	129	30	0,29
ASA	6.542	1.521	14,49	7178	1669	15,90
Psicologi	70	16	0,16	116	27	0,26
Totale ore			19,21			20,83
Minuti totali			1.152,32			1.249,67

Figura 1 – Composizione % delle ore settimana Ospite in ragione di ciascun profilo professionale



Dalla tabella e dalla figura precedenti è possibile mettere in evidenza la composizione percentuale della settimana Ospite che denota come oltre il 75% nel 2019 e quasi l'83% nel 2021 della giornata Ospite è determinata dall'impiego di ASA/OSS a copertura dei bisogni socio-assistenziali degli ospiti. La restante quota è invece relativa al personale dedicato a copertura dei bisogni sanitari e della parte animativa - anch'esse fondamentali per un soggiorno sicuro e cognitivamente stimolante per mantenere il più possibile attive le funzioni cerebrali, cognitive e motorie degli anziani.

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:

- il rifacimento del cappotto termico;
- la sostituzione infissi;
- 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 primaria.

Parte 4. 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.

4.1 Inclusione nelle politiche e nelle strategie dell'Ambito

Secondo un recente studio dell'Università Bocconi⁴ l'emergenza sanitaria da Covid-19 ha esacerbato una serie di criticità che interessano il comparto della long term care e la cui soluzione si propone in modo sempre più pressante agli enti gestori. Tra queste criticità si ricordano la difficoltà di raccordo tra:

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

⁴ 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

Lo strumento normativamente previsto per il superamento di tali criticità, che si rinviene nella 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. Oltre a ciò 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.

Se nei fatti il Piano di Zona è rappresentato da un documento, nella pratica tale documento sottende a una rivisitazione complessiva del sistema di programmazione gestione e valutazione dell'offerta dei servizi e rappresenta il momento delle scelte strategiche, di integrazione delle politiche e di ricomposizione delle risorse e dell'offerta dei servizi.

Con specifico riferimento al tema della long term care, il Piano di Zona può rappresentare uno strumento in grado di supportare la programmazione nella ricerca di soluzioni adeguate ai bisogni complessi della non autosufficienza, con particolare riferimento:

- alla ricomposizione dell'offerta sociale territoriale, attraverso una nuova filiera di interventi dialoganti tra loro (a partire dall'attivazione e dal potenziamento di servizi di cura e assistenza domiciliare professionale) tendendo verso una efficace rete di cura di prossimità; in tal senso è stato presentato un progetto PNRR finalizzato ad una riorganizzazione dei servizi domiciliari e ad una maggiore connessione con i servizi residenziali considerati in un continuum nello sviluppo della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti;
- alla rigenerazione dei legami di comunità e integrazione tra ai servizi di welfare tradizionale e i servizi di comunità;
- alla configurazione di una governance di sistema che valorizzi tutti i soggetti in grado di contribuire fattivamente alla crescita del sistema di offerta medesimo attraverso misure utili, sostenibili e replicabili.

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, tra i servizi ed 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.

4.2 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 con le richieste delle famiglie, da un lato, e con la tutela delle esigenze di benessere fisico e psichico della persona anziana dall'altro. 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 consapevole 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.

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 ⁽⁵⁾ 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;

⁵ 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)

-
- televisita, che consente ad un medico, che opera presso un centro clinico di riferimento di svolgere da remoto le attività, grazie al supporto di un operatore socio-sanitario “in presenza” (Infermiere, OSS, ...), 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) è un servizio che accoglie per alcune ore della giornata, di norma persone oltre i 65 anni di età, 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, rimanendo nella propria casa, nel proprio territorio. In questo modo la famiglia rimane punto di riferimento affettivo, ma sollevata dall’impegno gravoso di un’assistenza continuativa.

Eventuali deroghe al limite di età previste sono concesse da ATS dopo un’attenta valutazione da parte dell’équipe di ogni singolo Centro, purché siano presenti alcune condizioni: compromissione dell’autosufficienza, pazienti affetti da pluripatologie cronico-degenerative, fra le quali anche le demenze, ma senza gravi disturbi comportamentali, soli, con un discreto livello di autonomia, ma a rischio di emarginazione dalle cure.

E’ 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.

Importante nella fase iniziale, di presa in carico da parte di Ser.co.p., 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 hanno, e 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. 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.

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

Con la nuova gestione ci si propone che il servizio sia il più fruibile a chi più ne ha bisogno e nel configurare un’offerta socio-sanitaria il più possibile aderente ai bisogni espressi dagli anziani non autosufficienti e dai loro caregiver.

Le difficoltà che spesso incontrano i gestori dei Centri Diurni Integrati nella loro saturazione vogliono diventare per la gestione di Ser.co.p. dei punti di sviluppo e realizzazione, e sono i seguenti:

- la forte **flessibilità** del servizio in termini di orari e modalità di frequenza. Permettere alle famiglie che chiedono l’inserimento del proprio caro all’interno del CDI di poter concordare con il Centro la fascia oraria più consona alle esigenze familiari e dell’anziano, non limitare quindi l’accesso a fasce 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 poter permettere all’anziano la possibilità anche della cena, servizio non sempre garantito nei CDI, così come l’apertura del centro nella giornata di sabato.
- **Servizio trasporto:** spesso la difficoltà e la relativa rinuncia della famiglia all’inserimento presso il CDI è la possibilità di “portare/trasportare” l’anziano al Centro e andarlo a riprendere. Pertanto attivare un servizio di trasporto per gli utenti del CDI residenti nel comune di Arese e preferibilmente in uno o due comuni limitrofi attraverso associazioni di volontariato (più difficile) o con appalti per affidamento del servizio, sarebbe un elemento di fortissimo rilievo.
- Attivare connessioni con associazioni ed enti del territorio per organizzare **attività ludiche e ricreative**, permettendo all’utenza di **mantenere legame** con la realtà in cui ha sempre vissuto. Tra le attività proposte citiamo a titolo di esempio: musicoterapia; laboratorio cognitivo (giochi di memoria, giochi di società...); uscite con visite guidate; lettura di quotidiani, brani letterari con conversazioni a tema; ascolto di musica, canto, feste con musica e ballo; attività di cucina, di giardinaggio (primavera-estate); laboratorio creativo (attività manuali), celebrazione del rito religioso.
- indagare il bisogno connesso ad **assistenza notturna** programmata al fine di permettere a qualche utente abituale del centro diurno di fermarsi durante la notte in struttura utilizzando una delle camere non a contratto dell’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 ancorato al suo ambiente di vita durante la giornata e di beneficiare dei servizi offerti da una struttura durante la notte: controllo sull’assunzione dei farmaci e sulla sicurezza notturna, assistenza per la messa a letto e per l’alzata, aiuto per l’igiene personale e per la vestizione, e simili. Ma soprattutto permetterebbe a un familiare sfinito dalla cura di poter passare una o più notti alla settimana da solo, per riprendersi dalla fatica accumulata. 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, potrebbe configurarsi elevato per gli utenti ma vista la notevole innovatività potrebbe trovare canali di finanziamento alternativi alle fonti di finanziamento tradizionali.

Inoltre all’interno della RSA avrebbe un impatto significativo 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 o 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 di Arese.

4.3 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 sulla parola ascolto su cui si basa il processo di Accoglienza su cui poggia la vision di Ser.co.p.

Quando parliamo di "accoglienza", ci riferiamo 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 agio chi ti sta davanti, ad **accorciare le distanze** ponendosi in un atteggiamento empatico e accogliente creando in tal modo uno scambio in cui la relazione di aiuto trova terreno fertile per essere funzionale.

All'interno di un contesto come l'RSA non può venire meno questa dimensione. 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 ascoltato e possa ricevere in modo più che esaustivo le risposte alle sue domande. Un processo di accoglienza che parte da quando la famiglia cerca di capire quale sia la soluzione più consona per il suo 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. Processo che segue con l'inserimento dell'anziano e che mai deve concludersi fino a quando l'anziano e la famiglia saranno all'interno della nostra 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 richieste dal responsabile.

4.3.1. Importanza della fase di inserimento dell'anziano

La fase iniziale di inserimento dell'anziano è senza ombra di dubbio il momento più critico per l'anziano stesso e per la famiglia, in quanto la transizione domicilio-struttura può rappresentare un evento potenzialmente traumatico per la persona 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.

4.4 Rafforzamento dello staff sanitario

In questo determinato 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 nel 2020 evidenzia che la determinante principale delle scelte delle famiglie in relazione al ricovero in RSA è 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 la UdO possa meglio rispondere alle aspettative e ai bisogni delle famiglie e degli utenti con un modello di cura orientato sulla componente sanitaria, e sul ruolo di interfaccia primaria del personale sanitario con gli ospiti e le famiglie al fine di aggiornare costantemente sulla situazione sanitaria dell'Ospite congiunto.

Inoltre, la netta separazione tra attività di assistenza e di cura è stata messa in discussione a seguito della pandemia e della diffusione dei contagi all'interno delle strutture. Gli ospiti risultati positivi al Covid-19, impossibilitati a essere trasferiti in un presidio ospedaliero, hanno richiesto un monitoraggio costante dei parametri, soprattutto dei livelli di saturazione del sangue. Allo stesso tempo, i pazienti non contagiati hanno posto sotto la lente l'esigenza di un monitoraggio preventivo in grado di intercettare in anticipo eventuali primi sintomi.

Ser.co.p., nella *vision* di servizio, intende potenziare la componente sanitaria al fine di garantire ad Ospiti e familiari una referenza qualificata in grado di aggiornare costantemente sulla situazione sanitaria anche al fine di assicurare Ospiti e familiari, specie in una situazione, seppur post pandemica, quale quella che stiamo vivendo.

Il rafforzamento della componente sanitaria, ovviamente, non avrà solo un ruolo informativo ma avrà lo scopo 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.

Uno studio presentato in occasione del 55° Congresso della SIGG (Società Italiana Gerontologia e Geriatria)⁶ 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 comorbidità, 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 nonché la creazione e presenza di uno staff medico di buona qualificazione con garanzie sul piano tecnico, esperienziale e professionale, oltre che comunicativo, per le esigenze emergenti di cui ai paragrafi precedenti.

Un rafforzamento dello staff medico, ed in primis della funzione della direzione sanitaria con 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
- 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.

Un 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 precipuo della 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 di Arese 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.

⁶ Marino S. Il Geriatra in RSA 55° Congresso Nazionale SIGG Congresso Nazionale SIGG, 30/11-4/12/2010, Firenze

4.5 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 ed intrinseca 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-grandi⁷.

Nella sezione destra di un ideale conto economico delle RSA, nella parte relativa 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, sono state aggiornate solo in seguito all'emergenza da Covid-19⁸.

La risultante del sistema di cui ai paragrafi precedenti, fatto di una struttura di costo rigida e crescente e di una struttura dei trasferimenti regionali non sempre adeguata, è, da un lato il peggioramento dei risultati delle RSA nell'epoca post Covid rispetto agli anni pre-pandemici⁹, dall'altro lato il risultato è che le soluzioni per risollevare i conti delle RSA (maggiore specializzazione del personale, innovazione tecnologica, cartelle elettroniche, robotizzazione degli armadi farmaci, 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 d'uscita a tale circolo, tendenzialmente vizioso, è quello 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 Unità di Offerta (RSA di Arese), ma su due UdO 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 minor impatto sui familiari degli Ospiti delle conseguenze delle rigidità e delle criticità del sistema di finanza pubblica, 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.

4.6 Innovazione tecnologica

Secondo quanto emerge dal 4° Rapporto dell'Osservatorio sulla *Long Term Care*¹⁰ nelle RSA la digitalizzazione offre senza dubbio grosse opportunità. 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

⁷ Sebastiano A, Petrillo M, Diversificare i servizi delle RSA: quali gli impatti economici di questa scelta? LIUC Università Cattaneo - Lombardiasociale.it

⁸ Non autosufficienza e RSA in Lombardia, anno 2021 - 04-28-2022 a cura di Rosemarie Tidoli - Lombardia Sociale - <http://www.lombardiasociale.it>

⁹ Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

¹⁰ 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

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-IPSOS¹¹, 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).

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 h24 (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 smancati). 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 di Arese tali sperimentazioni, che senza ridurre il livello di umanizzazione della struttura consentiranno un miglioramento della qualità dell'assistenza nella fase di monitoraggio degli ospiti; nel budget è previsto l'acquisto di una prima tranche di letti a sensori.

¹¹ ASCOM-IPSOS, RSA oltre l'emergenza, la strada per l'innovazione Situazione attuale e suggerimenti per il "next normal", 2022 - www.ascom.com

Parte 5. 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.

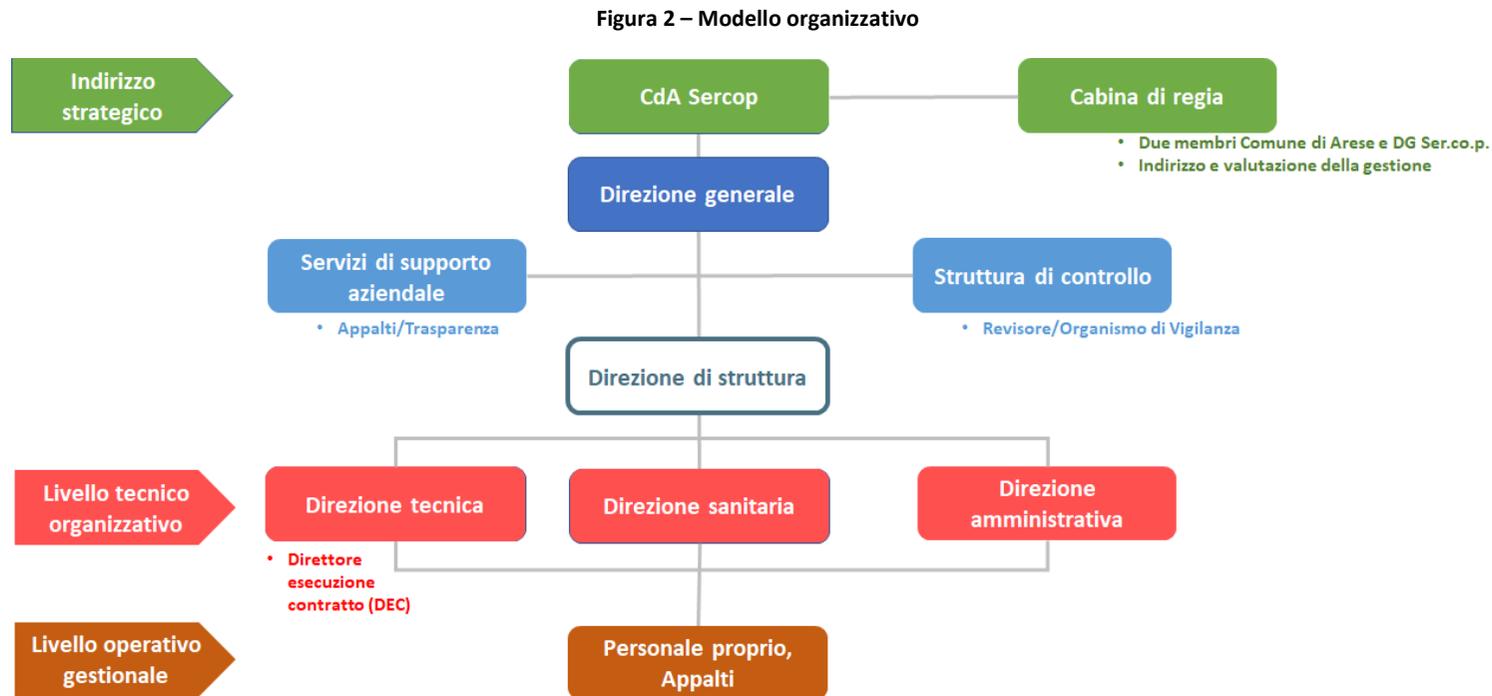
L'evoluzione prospettata comporta lo spostamento sull'Azienda Ser.co.p. del momento di direzione strategica e tecnica, in stretta connessione con il Comune, che manterrà il potere di indirizzo e controllo: queste funzioni verranno garantite attraverso la costituzione (da prevedere nel contratto di servizio)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

Alla Cabina 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 un momento delle decisioni strategiche che vede quali attori coinvolti la cabina di regia sopra delineata, il CdA Ser.co.p., la direzione Ser.co.p. e la direzione di struttura; il momento delle decisioni tecniche e organizzative che vede quali attori la direzione sanitaria e la direzione amministrativa e infine il momento 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 interrelazione 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



5.1 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.

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 l'Unità di offerta RSA sarà modificato l'art. 1 nella parte generale del vigente contratto di servizio e aggiunto un addendum allo stesso, i cui elementi costitutivi sono tutt'ora in fase di definizione tra Ser.co.p e il Comune di Arese. L'addendum regolerà pertanto 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'UdO.

Parte 6. Ipotesi economico-gestionali e quadri previsionali

La struttura gestionale descritta ha riscontro in una ipotesi economica che è rappresentata nel seguente modello di budget che prende a riferimento lo sviluppo di un'intera annualità (anno 0) che potrebbe essere convenzionalmente identificato con l'esercizio 2023 (da gennaio a dicembre).

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.

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" e 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 coerente con lo stato dell'arte pari al 98%. La scelta di tale percentuale rispecchia una situazione attendibile, ma non è completamente fedele con l'adozione di un criterio prudenziale per la costruzione del budget stesso;
- il costo del personale direttamente assunto fa riferimento al CCNL enti locali già con l'ipotesi di adeguamento contrattuale che è in fase di sottoscrizione definitiva. Tale personale è per lo più impiegato nelle attività amministrative relative alla gestione caratteristica dell'unità di offerta. Per la tipologia di struttura in termini di impegno manutentivo e gestione ospiti e fornitori, si è ipotizzato il seguente assetto organizzativo di supporto:

Tabella 3 – Personale dipendente: ore annue, valore Tempo Pieno Equivalente (TPE) e inquadramento contrattuale

Figura professionale	Ore annue	Operatori TPE	Inquadramento
Personale dipendente			
Direttore	322	0,20	Dirigente, ccnl funzioni locali
Responsabile controllo di gestione	1.612	1,00	Cat. D1 t.det. ccnl funzioni locali
Responsabile URP	1.612	1,00	Cat. C4 ccnl funzioni locali
Personale reception/bar	1.612	1,00	Cat. B5 ccnl funzioni locali
DEC appalto (OSS)	1.612	1,00	Cat. B7 ccnl funzioni locali (35 ore/sett)
Coord. Équipe infermieristica	806	0,50	Cat. C2 ccnl funzioni locali
Coord. Équipe fisioterapia	1.612	1,00	Cat. D2 ccnl funzioni locali
Assist. Sociale - Accoglienza/Bussola	1.612	1,00	Cat. D1 ccnl funzioni locali
Totale	10.800	7	

Il responsabile amministrativo della struttura non è stato valorizzato nell'ipotesi di sinergie con il personale Ser.co.p. in servizio (anche trasversalmente alla RSA di Lainate), mentre sono rimaste invariate le altre attuali figure amministrative attualmente dipendenti della RSA anche nell'ipotesi del trasferimento delle medesime alle dipendenze di Ser.co.p.

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.

Per completezza della trattazione sulle risorse umane si propongono, nella seguente tabella, le figure professionali in libera professione e in appalto di cui si prevede il ricorso al fine del presidio del servizio.

Tabella 4 – Personale non dipendente: ore annue, valore Tempo Pieno Equivalente (TPE) e inquadramento contrattuale

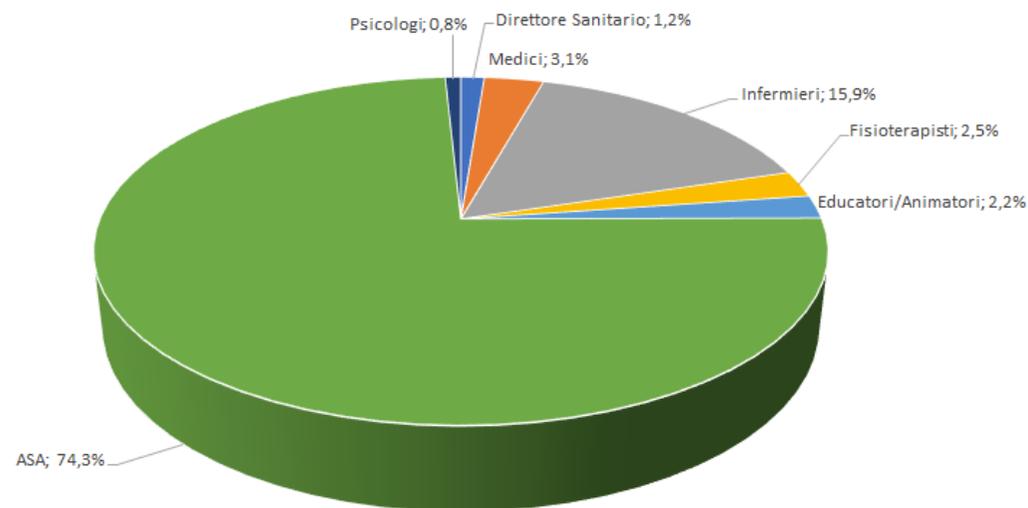
Figura professionale	Ore annue	Operatori TPE	Inquadramento
Personale in P.Iva/libera professione			
Responsabile sanitario	960	0,60	Medico libera professione
Medici	3.328	2,06	Liberi professionisti (64 ore/sett)
Fisioterapisti	1.092	0,68	Liberi professionisti (16 ore/sett)
Psicologi	1.269	0,79	Liberi professionisti (27 ore/sett)
Totale	6.649	4	
Personale in appalto			
Appalto personale infermieristico	15.740	9,76	Infermieri (303 ore/sett)
Appalto personale ASA	86.800	53,85	ASA (1669 ore/sett)
Appalto reception	2.766	1,72	Operatori reception (53 ore/sett)
Totale	105.306	65	

- Per le spese di personale che concorrono alla gestione caratteristica della struttura, si è ipotizzato un minutaggio superiori agli standard regionali e con una composizione delle ore per tipologia di figura professionale come di seguito in tabella:

Tabella 5 – Ipotesi minutaggi in gestione Ser.co.p. della RSA di Arese (base 12 mesi)

Profilo professionale	Ore medie mese	Ore settimana	Ore settimana Ospite
Direttore Sanitario	108	25	0,24
Medici	275	64	0,61
Infermieri	1.405	327	3,11
Fisioterapisti	216	50	0,48
Educatori/Animatori	191	44	0,42
ASA	6.542	1521	14,49
Psicologi	70	16	0,16
Totale ore			19,50
Minuti totali			1170,30

Figura 3 - Composizione percentuale ore settimana Ospite - Ipotesi Ser.co.p.



Va tenuto presente che al crescere del minutaggio settimana Ospite si presume, a parità di altre condizioni, un incremento della qualità dell'assistenza e della cura degli ospiti e quindi tale valore può essere considerato un indicatore grezzo della qualità degli interventi della struttura. Tuttavia è ancora più importante considerare la composizione percentuale del minutaggio tra i diversi ruoli professionali a standard cioè dare enfasi non solo al totale ma anche al rispettivo investimento sulle diverse figure professionali che in realtà definisce lo stile e il modello di intervento che si intende perseguire.

Coerentemente con quanto dichiarato rispetto allo stile di gestione della struttura e i driver del cambiamento Ser.co.p. si propone di ridurre la percentuale relativa alla componente socio-assistenziale (quota minutaggio ASA/OSS) al di sotto del 75% in favore della componente animativa (+0,5 punti percentuali), medico e infermieristica. In particolare si ipotizza di incrementare l'apporto della direzione sanitaria dalle attuali 10 ore settimanali a 25 ore settimanali e la componente medica dalle attuali 54 ore settimanali e 64 ore settimanali.

- All'interno del presente piano economico le tariffe dei liberi professionisti sono quelle attualmente applicate per figure professionali e/o prestazioni analoghe remunerate da Ser.co.p. in altre unità di offerta. Mentre per quanto riguarda le tariffe dei servizi socio-assistenziali ed alberghieri sono stati mantenuti i prezzi esposti dagli attuali operatori economici nell'ipotesi di una novazione soggettiva, da attuarsi a seguito del conferimento della struttura a Ser.co.p.
- E' stato previsto il servizio di orientamento e accompagnamento ai servizi per anziani (Sportello 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 (36h/sett), suddivisa tra il servizio di accoglienza e Bussola.

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

- un progressivo aumento della saturazione della struttura .Con un incremento costante di +0,5%annuo con una saturazione di partenza all'anno 0 del 97% e all'anno 4 del 99%. I livelli di saturazione si riflettono sulla quota complessiva dei ricavi sia quelli da FSR sia a quelli da retta corrisposti dagli utenti.
- il mantenimento delle tariffe in essere alla data del 31/08/2022 che vengono riepilogate nella seguente tabella:

Tabella 6 –Ricognizione delle rette in essere al 31/08/2022

Tipologia Ospite	Retta (anni 0-1)
A contratto	€ 68,32
Solvente	€ 101,6* - € 88,40**
Alzheimer	€ 68,32

Note: * utente inserito con valutazione Sosia 1 -2; **utenti inseriti nelle altre classi SOSIA

-
- all'interno del prospetto ricavi si è disposta una voce di ricavo in merito all'eventuale quota di trasferimenti da parte del Comune di Arese finalizzati all'efficientamento energetico e riduzione dell'impatto ambientale da parte della struttura;
 - un intervento, seppur minimo, dei minutaggi dei professionisti impiegati attraverso prestazione di terzi. In particolare dal terzo anno vi è sarà una riorganizzazione della distribuzione delle ore tra le diverse figure professionali al fine di proseguire nel potenziamento della componente sanitaria (in particolare medici e infermieri). La realizzazione di tale adeguamento si ipotizza in corrispondenza del rinnovo dei contratti di appalto in essere;
 - nel prospetto dei costi, si è anche inserita preliminarmente una voce di spesa per l'eventuale avvio di investimenti previsti di concerto con l'Amministrazione Comunale in ottica di sviluppo e innovazione strategica;
 - si prevede inoltre 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.

Stante le suddette considerazioni viene riportato qui sotto il budget della struttura, 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 il budget e rappresentazione. In tal senso per tutte le figure professionali in gestione diretta viene evidenziato il monte ore annuo, il numero di operatori TPE e infine il costo orario della figura professionale; lo stesso dicasi per gli appalti e gli affidamenti esterni che prevedono forniture di prestazioni per le quali è ricavabile un costo orario, al fine di definire un indicatore grezzo di efficienza gestionale che consente eventuali analisi in relazione alle scelte di efficienza/efficacia della gestione.

Con riferimento alla costruzione del budget si rappresenta come una serie di voci di costo (tra cui le manutenzioni ordinarie e la loro declinazione) siano state stimate sulla base del criterio di spesa storica ricavandone il valore dai conti consuntivi e da altri dati contabili dell'Azienda speciale Gallazzi Vismara.

Tabella 7 – Budget economico quinquennale RSA Arese

	Consulenze amministrative						8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
	Consulenze legali e notariali						4.100	4.100	4.100	4.100	4.100
	Consulenze e collaborazioni esterne						21.000	21.000	21.000	21.000	21.000
	Altri costi precedentemente non imputati/Oneri di gestione	Spese generali varie					5.200	5.200	5.200	5.200	5.200
	Formazione del personale	Accantonamento rischi legali					30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
		Formazione del personale					3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
Totale costi							4.357.168	4.371.735	4.329.821	4.338.815	4.348.033
Margine di gestione							26.399	19.152	68.386	66.712	64.814
COSTI ATTIVITA' DI SUPPORTO (MISTA)	Altri ammortamenti	Canoni vari					29.129	29.129	29.129	29.129	29.129
		Ammortamento letti con sensori di movimento			nr. 10 letti con sensori movimento ospiti	3000 € cad.	0	6.000	6.000	6.000	6.000
		Assicurazioni RCT dipendenti					15.473	15.473	15.473	15.473	15.473
	Assicurazioni obbligatorie	Assicurazioni furto e incendio					3.500	3.500	3.500	3.500	3.500
		Assicurazione auto					2.671	2.671	2.671	2.671	2.671
		Assicurazione infortuni diversi					390	390	390	390	390
	Beni non sanitari e piccole attrezzature	Spese varie auto (benzina, pedaggi, manutenzione automezzi, sanz amm.ve, bollo, ...)					2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
		Smaltimento rifiuti normali e speciali					20.000	20.000	20.000	20.000	20.000
		Quota costi generali Ser.co.p.					60.000	60.000	60.000	60.000	60.000
	Manutenzione ordinaria	Manutenzioni global service				a corpo	44.213	44.213	44.213	44.213	44.213
	Altre manutenzioni					16.500	16.500	16.500	16.500	16.500	
	Canone di manutenzione					32.000	32.000	32.000	32.000	32.000	
Utenze	Utenze					234.000	241.020	248.251	255.698	263.369	
Affitti passivi	Canone di struttura					112.722	112.722	112.722	112.722	112.722	
Personale non a standard	Responsabile controllo di gestione	1.612	1,00	Cat. D1 t.det. Ccnf funzioni locali	26,60 €/ora	22.446	22.446	22.446	22.446	22.446	
	Responsabile URP	1.612	1,00	Cat. C4 ccnl funzioni locali	26,55 €/ora	44.814	44.814	44.814	44.814	44.814	
	Personale reception/bar	1.612	1,00	Cat. B5 ccnl funzioni locali	20,35 €/ora	34.349	34.349	34.349	34.349	34.349	
	DEC appalto (OSS)	1.612	1,00	Cat. B7 ccnl funzioni locali (35 ore/sett)	24,13 €/ora	40.724	40.724	40.724	40.724	40.724	
	Psicologi	1.269	0,79	Liberi professionisti (27 ore/sett)	26 €/ora	32.994	32.994	32.994	32.994	32.994	
Costi organi istituzionali e/o costi gestione ente gestore	Appalto cucina dipendenti	1980 giornate alimentari			9,89 (IVA incl.) a giornata alimentare	19.580	19.580	19.580	19.580	19.580	
	Premio appalto connesso a obiettivi				a corpo	55.368	55.368	55.368	55.368	55.368	
	Spese varie				giornata alimentare	36.100	36.100	36.100	36.100	36.100	
Lavanderia	Appalto lavanderia				a corpo	56.330	56.330	56.330	56.330	56.330	
	Appalto lavanderia ospiti a consumo	38745 giornate alimentari			1,70 (IVA incl.) €/giornata	66.725	66.895	67.065	67.235	67.406	
Pulizia	Appalto pulizie				a corpo	231.942	231.942	231.942	231.942	231.942	
Trasporto ospiti	Servizi trasporto convenzionati					7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	
Altri servizi alberghieri attività core	Appalto reception	2.766	1,72	Operatori reception (53 ore/sett)	16,64 €/ora	46.033	46.033	46.033	46.033	46.033	
Altri servizi alberghieri attività core	Assistenza religiosa (suore)					20.500	20.500	20.500	20.500	20.500	
COSTI PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA	Direttore	322	0,20	Dirigente, ccnl funzioni locali	93,05 €/ora	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	
	Coord. Equipe fisioterapia	1.612	1,00	Cat. D2 ccnl funzioni locali	25,95 €/ora	43.795	43.795	43.795	43.795	43.795	
	Fisioterapisti	1.092	0,68	Liberi professionisti (16 ore/sett)	25 €/ora	27.300	27.300	27.300	27.300	27.300	
	Educatori professionali	1.560	0,97	Educatori pro.li sociali/animatori (30 ore/sett)	20,88 €/ora	32.580	32.580	33.095	33.095	33.095	
	Altri operatori specializzati	1.612	1,00	Assist. Sociale - Accoglienza/Bussola	23,26 €/ora	39.259	39.259	39.259	39.259	39.259	
COSTI CONSUMI BENI E SERVIZI SANITARI	Farmaci e gas medicinali				3,88 €/ospite	150.506	150.890	151.274	151.658	152.042	
	Ossigeno					21.219	21.219	21.219	21.219	21.219	
Ristorazione	Appalto cucina ospiti	38745 giornate			9,89 (IVA incl.) a	398.991	399.984	400.977	401.969	402.962	
	Rimborso da ospiti per servizi (lavanderia, ...)					66.725	66.895	67.065	67.235	67.406	
ENTRATE DA ALTRI RICAVI E PROVENTI	Ricavi da bar					11.500	11.500	11.500	11.500	11.500	
Totale ricavi							4.383.567	4.390.887	4.398.207	4.405.527	4.412.847
Medici	Responsabile sanitario	960	0,60	Medico libera professione	57 €/ora	54.720	54.720	55.076	55.076	55.076	
	Medici	3.328	2,06	Liberi professionisti (64 ore/sett)	35 €/ora	116.480	116.480	116.480	116.480	116.480	
Infermieri	Coord. Equipe infermieristica	806	0,50	Cat. C2 ccnl funzioni locali	22,64 €/ora	19.106	19.106	19.106	19.106	19.106	
	Appalto personale infermieristico	15.740	9,76	Infermieri (303 ore/sett)	21,66 €/ora	340.952	340.952	344.771	344.771	344.771	
	Appalto personale ASA	86.800	53,85	ASA (1669 ore/sett)	19,86 €/ora	1.723.457	1.723.457	1.668.077	1.668.077	1.668.077	
Categoria (scheda struttura)	Voce (scheda struttura)	Specifica Ser.co.p.	Ore annue	Operatori TPE	Descrizione	Costo unitario	Anno 0	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
ENTRATE DA FINANZIAMENTO FSR	Tariffa base da FSR	Trasferimenti RSA da Regione Lombardia					1.502.634	1.502.634	1.502.634	1.502.634	1.502.634
ENTRATE DA RETTE	Proventi netti da rette (utenti ai costi a contratto)	Rette RSA da ospiti					2.802.708	2.809.858	2.817.008	2.824.158	2.831.307

Nella tabella seguente è rappresentato lo sviluppo quinquennale del medesimo budget che evidenzia la presenza degli eventuali investimenti con una maggior sintesi delle voci per agevolare la lettura.

Tabella 8 – Sintesi per categorie della Scheda struttura del budget economico quinquennale RSA Arese

Categoria (scheda struttura)	Anno 0	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
ENTRATE DA FINANZIAMENTO FSR	1.502.634	1.502.634	1.502.634	1.502.634	1.502.634
ENTRATE DA RETTE	2.869.433	2.876.753	2.884.073	2.891.393	2.898.713
ENTRATE DA ALTRI RICAVI E PROVENTI	11.500	11.500	11.500	11.500	11.500
Totale ricavi	4.383.567	4.390.887	4.398.207	4.405.527	4.412.847
COSTO PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA	2.397.649	2.397.649	2.346.958	2.346.958	2.346.958
COSTI CONSUMI BENI E SERVIZI SANITARI	171.725	172.109	172.493	172.877	173.261
COSTI ATTIVITA' ALBERGHIERA(NON SANITARIA)	827.521	828.684	829.847	831.010	832.173
COSTI ATTIVITA' DI SUPPORTO (MISTA)	960.273	973.293	980.523	987.971	995.642
Totale ricavi	4.357.168	4.371.735	4.329.821	4.338.815	4.348.033
Margine di gestione	26.399	19.152	68.386	66.712	64.814

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

Tabella 9 – Illustrazione dei costi e dei ricavi per giornata utente

Categoria (scheda struttura)	Voce (scheda struttura)	Specifica Ser.co.p.	Anno 0	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4
COSTO PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA	Medici	Responsabile sanitario	1,39	1,39	1,39	1,39	1,39
		Medici	2,96	2,95	2,95	2,94	2,93
	Infermieri	Coord. Équipe infermieristica	0,49	0,48	0,48	0,48	0,48
		Appalto personale infermieristico	8,67	8,64	8,72	8,70	8,67
	Addetti all'ospite (ASA, OTA, OSS)	Appalto personale ASA	43,80	43,69	42,18	42,07	41,97
	Professionisti sanitarie della riabilitazione	Coord. Équipe fisioterapica	1,11	1,11	1,11	1,10	1,10
		Fisioterapisti	0,69	0,69	0,69	0,69	0,69
	Educatori professionali	Appalto personale animazione	0,83	0,83	0,84	0,83	0,83
Altri operatori specializzati	Assist. Sociale - Accoglienza/Bussola	1,00	1,00	0,99	0,99	0,99	
COSTI CONSUMI BENI E SERVIZI SANITARI	Farmaci e gas medicinali	Farmaci e prodotti sanitari	3,83	3,83	3,83	3,83	3,83
		Ossigeno	0,54	0,54	0,54	0,54	0,53
	Ristorazione	Appalto cucina ospiti	10,14	10,14	10,14	10,14	10,14
COSTI ATTIVITA' ALBERGHIERA(NON SANITARIA)	Lavanderia	Appalto lavanderia	1,43	1,43	1,42	1,42	1,42
		Appalto lavanderia ospiti a consumo	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
	Pulizia	Appalto pulizie	5,89	5,88	5,86	5,85	5,84
	Trasporto ospiti	Servizi trasporto convenzionati	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
	Altri servizi alberghieri attività core	Appalto reception	1,17	1,17	1,16	1,16	1,16
	Altri servizi alberghieri attività core	Assistenza religiosa (suore)	0,52	0,52	0,52	0,52	0,52
		Direttore	0,76	0,76	0,76	0,76	0,75
	COSTI ATTIVITA' DI SUPPORTO (MISTA)	Personale non a standard	Responsabile controllo di gestione	0,57	0,57	0,57	0,57
Responsabile URP			1,14	1,14	1,13	1,13	1,13
Personale reception/bar			0,87	0,87	0,87	0,87	0,86
DEC appalto (OSS)			1,04	1,03	1,03	1,03	1,02
Psicologi			0,84	0,84	0,83	0,83	0,83
Appalto cucina dipendenti			0,50	0,50	0,50	0,49	0,49
Costi organi istituzionali e/o costi gestione ente gestore		Premio appalto connesso a obiettivi	1,41	1,40	1,40	1,40	1,39
		Spese varie	0,92	0,92	0,91	0,91	0,91
		Smaltimento rifiuti normali e speciali	0,51	0,51	0,51	0,50	0,50
		Quota costi generali Ser.co.p.	1,52	1,52	1,52	1,51	1,51
Manutenzione ordinaria		Manutenzioni global service	1,12	1,12	1,12	1,12	1,11
		Altre manutenzioni	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42
Utenze		Canone di manutenzione	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81
		Utenze	5,95	6,11	6,28	6,45	6,63
Affitti passivi		Canone di struttura	2,86	2,86	2,85	2,84	2,84
		Canoni vari	0,74	0,74	0,74	0,73	0,73
Altri ammortamenti		Ammortamento letti con sensori di movimento	0,00	0,15	0,15	0,15	0,15
Assicurazioni obbligatorie		Assicurazioni RCT dipendenti	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39
		Assicurazioni furto e incendio	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
		Assicurazione auto	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
	Assicurazione infortuni diversi	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
Beni non sanitari e piccole attrezzature	Spese varie auto (benzina, pedaggi, manutenzione automezzi, sanz amm.ve, bollo, ...)	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	
Consulenze, assistenze e servizi	Consulenze amministrative	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	
	Consulenze legali e notarili	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	
	Consulenze e collaborazioni esterne	0,53	0,53	0,53	0,53	0,53	
Altri costi precedentemente non imputati/Oneri di gestione	Spese generali varie	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	
Formazione del personale	Accantonamento rischi legali	0,76	0,76	0,76	0,76	0,75	
	Formazione del personale	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	
Totale costi			110,74	110,82	109,48	109,43	109,39

Considerazioni finali

Le argomentazioni e le analisi esposte nel presente documento consentono di esprimere da parte di Sercop 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:

- rinforzare il sistema pubblico dei servizi residenziali agli anziani mediante la costituzione di un polo gestionale con una dimensione ottima 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;
- incrementare il benessere e la 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;
- consentire l’evoluzione 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;
- rafforzare il vincolo della strumentalità, attraverso l’estensione del contratto di servizio tra Ser.co.p e il Comune di Arese, garantendo la massima trasparenza e il potere di indirizzo del Comune in relazione alle strategie della RSA;
- mettere a disposizione competenze non solo connesse al ruolo di ente gestore della struttura ma anche di soggetto attuatore delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti nell’ambito del Piano Sociale di Zona;
- procedere nella strategia di ricomposizione territoriale dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti in grado di costruire elementi di continuità tra i servizi residenziali e quelli domiciliari attraverso una maggiore apertura della struttura ai bisogni del territorio.

Il presente documento è stato redatto da:

*Dr. Guido Ciceri - Direttore Generale
Dott. Daniele Cattaneo - Responsabile Sanitario RSA
Dr.ssa Annamaria Di Bartolo - Direttore Settore Produzione
Dr.ssa Marcella Maselli - Responsabile Area Anziani
Dr.ssa Laura Raimondi - Direttore Settore Supporto
Dr. Daniele Valerio - Responsabile Risorse Umane*