

MILANO / ABBIATEGRASSO / VIMODRONE

LE VOCI DELLA CURA

ANZIANI IN LOMBARDIA:
NE PARLANO MEDICI, CAREGIVER,
AMMINISTRATORIE OPERATORI



GOLGIREDAELLI



LE VOCI DELLA CURA



INTRODUZIONE

GIULIANA BENSA

Presidente ASP Golgi Redaelli

Gli anziani over 65 in Lombardia sono oggi il 21% della popolazione. Si stima che nel 2065 saranno il 30%. Queste previsioni aprono molte questioni complesse, su cui è importante confrontarsi.

Abbiamo raccolto qui alcuni contributi che ci auguriamo possano essere utili. La nostra intenzione non è dare indicazioni o direttive. Piuttosto vogliamo registrare e condividere gli elementi portanti di una situazione fluida come quella attuale, un inventario delle idee, delle attività, dei progetti che medici, amministratori, legislatori, caregiver condividono e dibattono.

Nella prima sezione, **Istantanee da un incontro**, abbiamo raccolto i contenuti emersi dal convegno che il Golgi Redaelli ha promosso per celebrare i suoi 50 anni dedicati alla geriatria. Qual è oggi la situazione dei servizi geriatrici in Lombardia? Come evolveranno i bisogni di una popolazione sempre più anziana? Quali orientamenti guideranno lo sviluppo del sistema socio-sanitario regionale? E quale sarà il ruolo delle Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) nei nuovi scenari? Sono questi i temi su cui medici, ricercatori, manager e amministratori si sono confrontati.

Per restituire il senso del dibattito, abbiamo raccolto i diversi contributi intorno a tredici concetti chiave che integrano orientamenti di lungo termine e questioni strettamente legate alla sanità dei nostri anni.

Ad apertura di questo ideale inventario, abbiamo inserito una sintetica ricostruzione della lunga e densa storia delle ASP lombarde, con un disegno del quadro attuale e delle possibili linee evolutive.

In chiusura di sezione, il contributo di Antonio Guaita ci parla di cinque segreti, cinque semplici ma radicali cambi di prospettiva necessari per impostare la medicina adatta al XXI secolo.

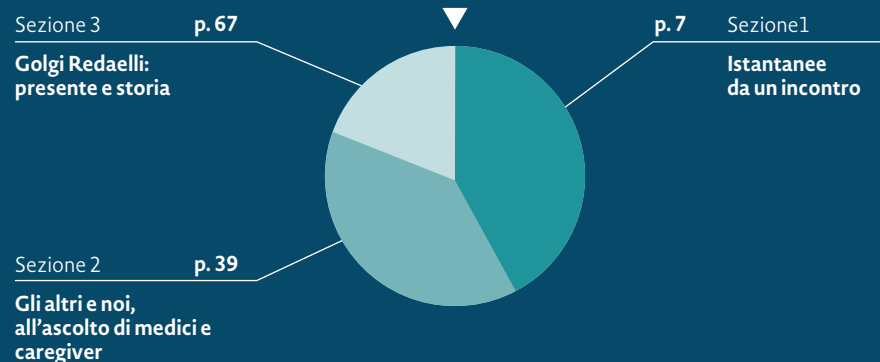
La seconda sezione, **Gli altri e noi**, riporta in sintesi quanto emerge dalla ricerca mirata a conoscere le prospettive, le attese, le percezioni dei medici e degli utenti dei prossimi anni.

Come si sceglie tra assistenza a domicilio e ricovero nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)? Cosa pensano i medici di famiglia dell'offerta di RSA del territorio milanese? Cosa si aspettano i medici ospedalieri dai servizi di riabilitazione in Lombardia? Quali sono gli elementi di soddisfazione e le cose da migliorare? Lo abbiamo chiesto a 12 medici e a oltre 200 caregiver di Milano e provincia.

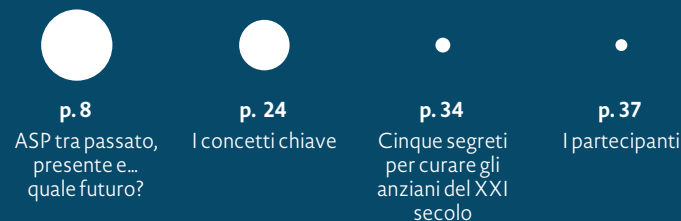
Nella terza sezione, **Golgi Redaelli, presente e storia**, abbiamo delineato un profilo della nostra organizzazione e una sintesi delle tappe che, in 700 anni, ci hanno portato a essere quel che oggi siamo.

Ci auguriamo che questo lavoro possa essere utile a proseguire e approfondire un dibattito aperto e fruttuoso.

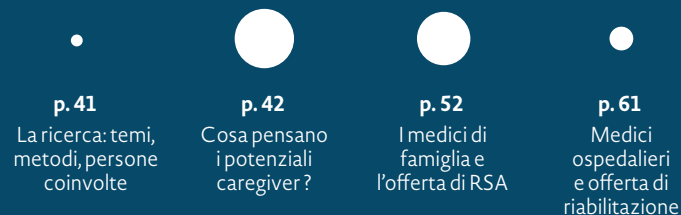
INDICE



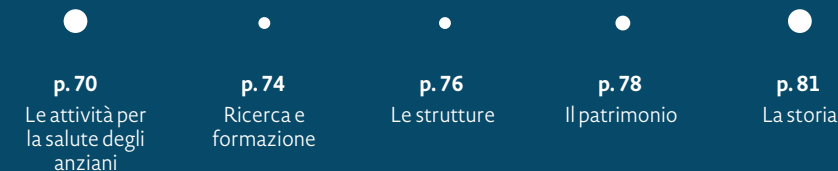
SEZIONE 1 Istantanee da un incontro



SEZIONE 2 GLI ALTRI E NOI, ALL'ASCOLTO DI MEDICI E CAREGIVER



SEZIONE 3 GOLGI REDAELLI: PRESENTE E STORIA



ISTANTANEE DA UN INCONTRO

SEZIONE 1

ASP TRA PASSATO, PRESENTE E... QUALE FUTURO?

GIULIANA BENSA

Presidente ASP Golgi Redaelli

UN PO' DI STORIA

Le ASP nascono 15 anni fa con la legge di riforma dell'assistenza, ma alcune di esse in realtà hanno storia e tradizioni antichissime: derivano dalle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e, prima ancora, da antiche organizzazioni benefiche: opere pie, congregazioni, confraternite, luoghi pii.

Se ritorniamo agli anni '70, in Lombardia troviamo oltre 2.000 istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (in parte inattive) assoggettate alla disciplina della Legge Crispi del 1890.

Con l'introduzione delle Regioni, il trasferimento di funzioni ai Comuni e l'organizzazione delle Pubbliche Amministrazioni, la maggior parte delle IPAB lombarde sceglie il percorso di privatizzazione. Sono poco più di 700 gli enti che decidono invece di mantenere la personalità giuridica di diritto pubblico.

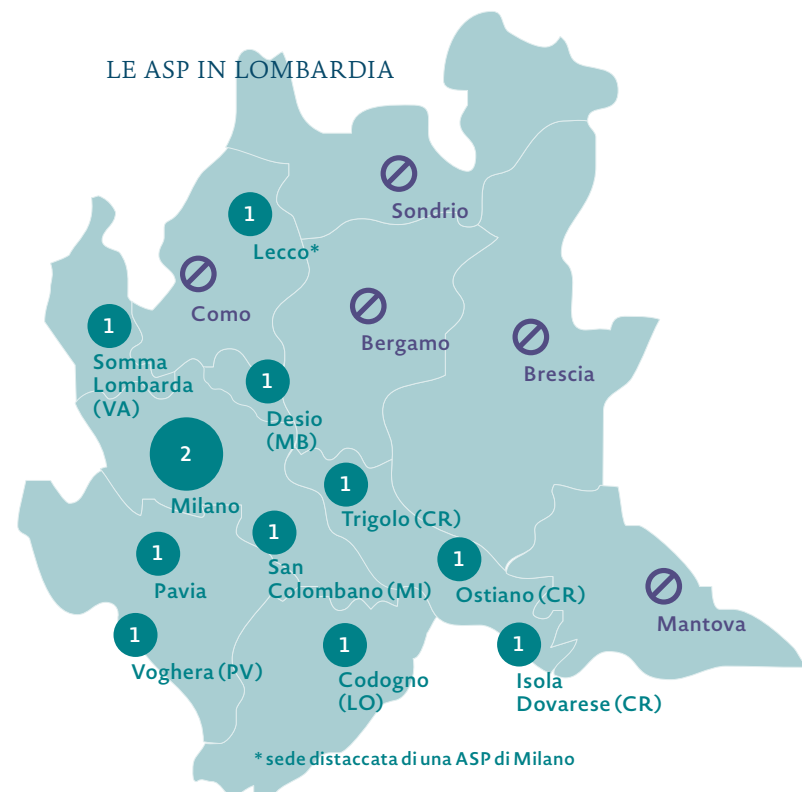
Con le leggi statali di riforma del welfare (L. 328/2000) e la legge regionale (L.R. 1/2003), le oltre 700 IPAB hanno ancora la possibilità di scegliere tra personalità giuridica di diritto pubblico (ASP) e natura giuridica privata (Fondazione). Solo 14 IPAB si trasformano in ASP. Di queste, altre tre vengono privatizzate nell'ultimo decennio.

IL PRESENTE

Oggi in Lombardia operano undici ASP. Sei sono di prima classe, inclusa una di recentissima istituzione in precedenza gestita dall'ASL, e cinque di seconda classe. Tutte gestiscono servizi socio-sanitari come le RSA e quattro, tutte di prima classe, gestiscono strutture di cure intermedie residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali.

Le criticità che accomunano le ASP sono diverse, ma tre in particolare sono rilevanti: la prima riguarda la natura giuridica e l'assetto di governance, la seconda ha a che fare con la sostenibilità economica dei servizi erogati, la terza mette l'accento sul posizionamento delle ASP nel panorama socio-sanitario regionale.

LE ASP IN LOMBARDIA



ISTANTANEE DA UN INCONTRO

POSTI LETTO ASP LOMBARDE

PROVINCIA	CURE INTERMEDIE	RSA
ASP Golgi Redaelli	696	760
ASP IMMES - PAT	455	897
ASP Valsasino	60	70
PROVINCIA DI MILANO	1.211	1.727
ASP Pavia	196	238
ASP Carlo Pezzani	-	134
PROVINCIA DI PAVIA	196	372
ASP L. Milanese e Paolo Frosi	-	120
ASP San Giuseppe	-	49
ASP Bruno Pari	-	90
PROVINCIA DI CREMONA	-	259
ASP Pio e Ninetta Gavazzi	-	124
PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA	-	124
ASP Il Girasole	-	60
PROVINCIA DI VARESE	-	60
Basso Lodigiano	-	56
PROVINCIA DI LODI	-	56
TOTALE	1.407	2.598

NATURA GIURIDICA E ASSETTO DI GOVERNANCE DELLE ASP

La discussione sulla natura giuridica e sull'assetto delle ASP può essere considerata tuttora in corso. Da questa indefinitezza deriva anche la difficoltà di assegnare alle ASP un corretto posizionamento all'interno del sistema socio-sanitario lombardo.

La qualificazione di ente pubblico

La Legge regionale del 2003 definisce le ASP come enti di diritto pubblico, ma nel contempo afferma anche che esse agiscono con criteri imprenditoriali e in piena autonomia, operano con obbligo del pareggio di bilancio, e in concorrenza con il settore privato.

In realtà, in quindici anni le ASP sono state definite in molti modi diversi: all'inizio come enti pubblici economici (ISTAT, CIVIT e varie sentenze della Magistratura), poi come enti pubblici non economici (ANAC subentrata alla CIVIT, Ministeri e giurisprudenza). Oggi infine le ASP sono considerate (seppur non nominativamente elencate) tra gli enti individuati dall'art. 1 del Decreto Lgs. n. 165/2001. La Corte Costituzionale, intervenuta sulla legittimità di una legge regionale, e la stessa giurisprudenza ormai appoggiano questo tipo di definizione.

Quale forma giuridica avranno le ASP in futuro? Sull'argomento è importante un intervento chiarificatore del legislatore regionale (e sappiamo che su questo la Regione ha in corso uno specifico procedimento), perché la forma giuridica determina anche lo spazio di autonomia che questi enti potranno avere.

La governance

Le ASP di prima e seconda classe presentano alcune differenze in termini di governance.

GOVERNANCE DELLE ASP

GLI ORGANI DELL'AZIENDA DI PRIMA CLASSE

Consiglio d'indirizzo	Dura in carica 5 anni. È nominato da: <ul style="list-style-type: none">— Comune di Milano (2 componenti + il Presidente)— Regione Lombardia (2 componenti)
Legale rappresentante	— Direttore generale

GLI ORGANI DELL'AZIENDA DI SECONDA CLASSE

Consiglio di amministrazione	Dura in carica 5 anni. È nominato da: <ul style="list-style-type: none">— Comune di Milano (2 componenti + il Presidente)— Regione Lombardia (2 componenti)
Legale rappresentante	— Presidente

Le ASP di prima classe presentano una governance complessa, che non riesce a valorizzare al meglio le diverse aree di attività. In particolare le attività di indirizzo, programmazione e verifica sono rese difficili da diversi aspetti:

- I due diversi azionisti (Comune e Regione) sono portatori di finalità diverse. Questo comporta una continua ricerca di mediazione, a volte laboriosa
- Il Consiglio di indirizzo prevede cariche esclusivamente onorifiche. Ne deriva un numero ristretto di candidati potenziali e il rischio che i membri del Consiglio perdano impegno, motivazione e continuità nell'espletamento del ruolo
- La responsabilità di indirizzo, programmazione e verifica dei risultati è affidata al Consiglio, ma la Direzione Generale, organo principale di gestione, è attribuita alla Regione. Questo può comportare una linea di comando poco fluida
- Per finire, le ASP fanno riferimento a due diversi assessorati che creano diversi livelli di interlocuzione. Anche questo contribuisce alla complessità.

È quindi doveroso chiedersi quale sarà l'assetto di governance delle ASP, a valle della riforma in corso.

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DELLE ASP

In questi anni, le ASP non hanno sempre retto il confronto con una sempre più agguerrita concorrenza privata, profit e non. Per capire meglio il perché, vediamo più in dettaglio di cosa si occupano le ASP. Semplificando, si può dire che le ASP si occupano prevalentemente di cure intermedie e di RSA. Per quanto concerne le cure intermedie, in Lombardia ci sono 3.000 posti letto accreditati, di questi, circa il 50% dei posti letto extraospedalieri sono gestiti da quattro ASP di prima classe. Per le RSA, l'offerta è ben più nutrita: circa 60.000 posti letto, di cui solo il 4% viene gestito dalle ASP. Fino agli inizi degli anni '90, invece, le IPAB avevano praticamente il monopolio delle residenze assistenziali per anziani.

LE ATTIVITÀ PREVALENTI DELLE ASP LOMBARDE

CURE INTERMEDIE

1.500 posti letto (circa il 50% di quelli accreditati) gestiti da 4 ASP di prima classe

RSA

2.600 posti letto (circa il 4% dei 60.000 totali)

Fino agli inizi degli anni '90 le IPAB avevano un sostanziale monopolio dei servizi residenziali

Le cure intermedie

Cure intermedie è una definizione che risale ai primi anni '90 e indica le cure di cui le persone usufruiscono una volta dimesse dall'ospedale, prima del rientro al domicilio. Sono finalizzate al massimo recupero delle autonomie funzionali possibili.

Quella della riabilitazione geriatrica può essere considerata un'attività consolidata. Si svolge sin dagli anni '70 (le prime convenzioni sulla riabilitazione geriatrica sono state stipulate con l'ex INAM nel 1973, pionieri il Golgi Redaelli e il Pio Albergo Trivulzio).

Che la riabilitazione geriatrica sia efficace è una realtà. Tra gennaio 2015 e settembre 2017 abbiamo censito 6.410 casi di persone ricoverate nei tre istituti geriatrici del Golgi Redaelli, nelle tre tipologie riabilitative (ex generale-geriatrica, ex mantenimento, ex specialistica). Dal campione abbiamo escluso i pazienti dei reparti riabilitativi dei Nuclei Alzheimer.

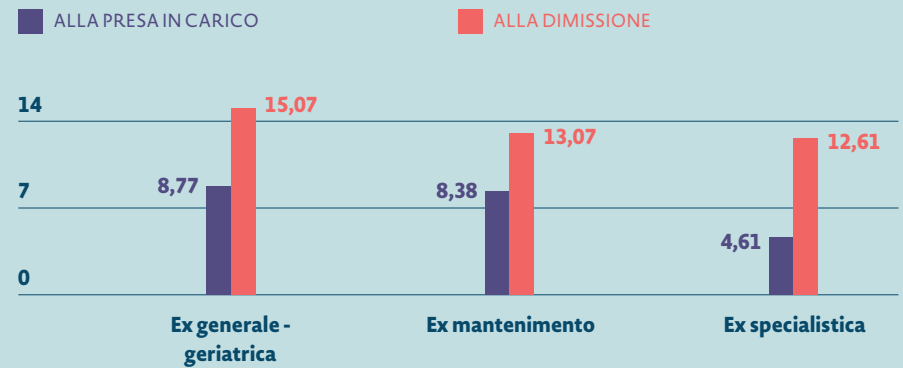
Circa il 64%, vale a dire 4.102 persone, sono tornate a casa con un'autonomia buona o comunque sufficiente per le attività elementari del quotidiano. E parliamo di un'utenza particolarmente complessa, portatrice di gravi problemi, con bisogni assistenziali diversi e labilità cognitive.

I grafici che seguono mostrano l'evoluzione delle condizioni dei pazienti tra il momento della presa in carico e il momento delle dimissioni. Le condizioni sono state misurate secondo la Scala Tinetti (che misura la prestazione locomotoria su una scala da 0 a 28) e l'Indice Barthel (che misura i livelli di autonomia funzionale in 10 gesti di base della vita quotidiana, su una scala da 0 a 100).

Nonostante le evidenze di efficacia, oggi l'evoluzione di questo tipo di setting assistenziale è incerto. Da diversi anni si parla di cinque profili di cure intermedie, ma ancora non sappiamo quale sarà la scelta della Regione e quali le tariffe.

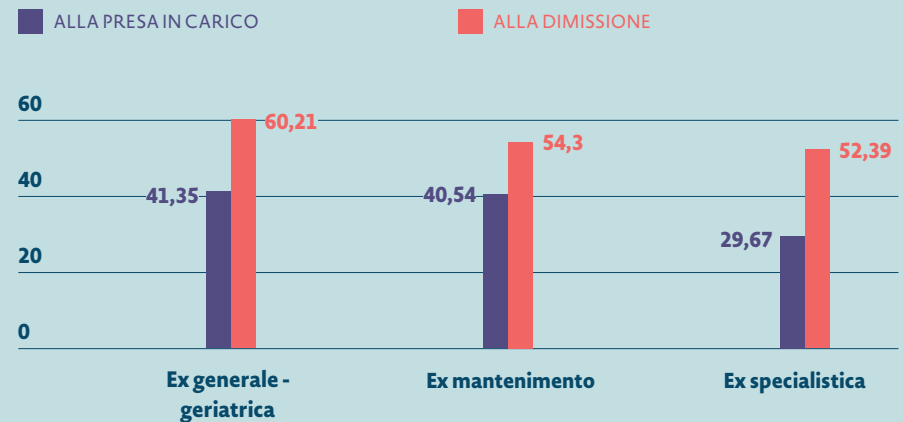
EVOLUZIONE DELLE PRESTAZIONI LOCOMOTORIE NEI PAZIENTI DIMESSI

Valutata attraverso la Scala Tinetti: min 0/max 28



EVOLUZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE NEI PAZIENTI DIMESSI

Valutata secondo l'Indice di Barthel: min 0/max 100

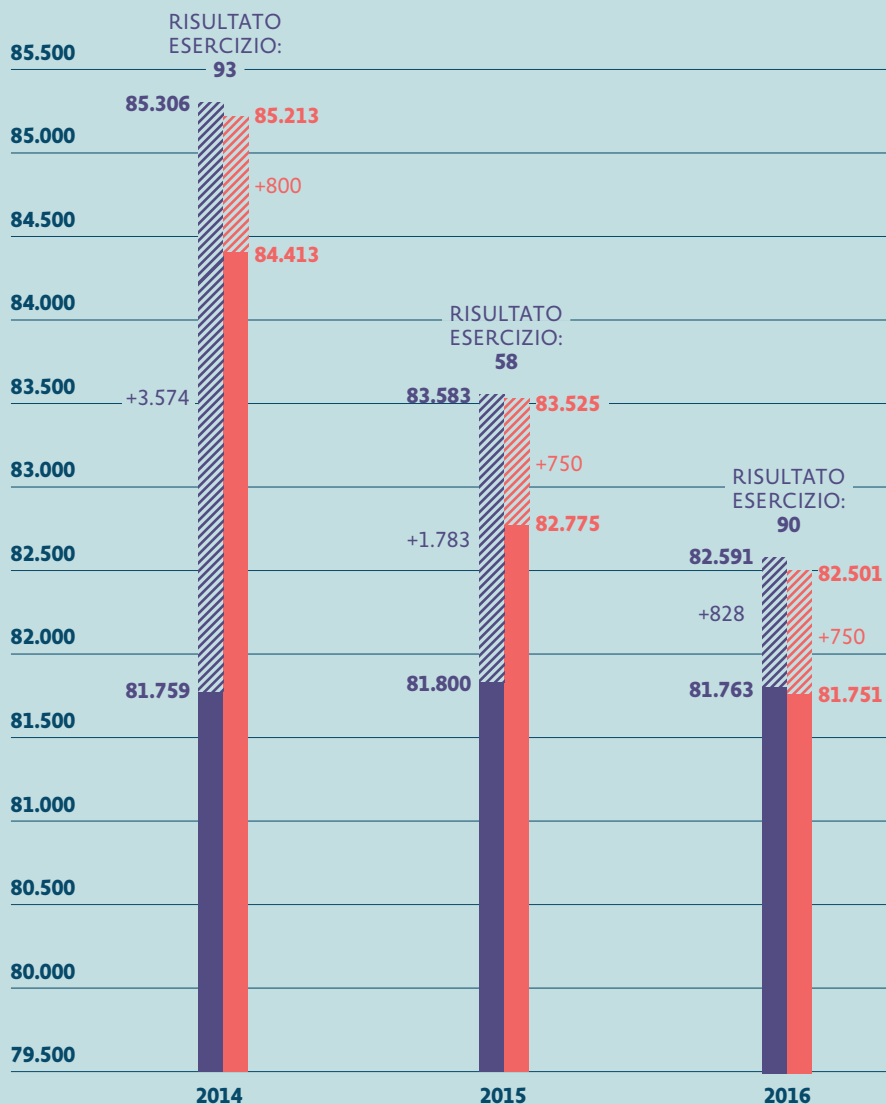


FONTE: ELABORAZIONI A CURA DI MAURO COLOMBO, RESPONSABILE RICERCA ASP GOLGI REDAELLI, GIOVANNI FATTORE E SARA ZUCCARINO, UNIVERSITÀ BOCCONI
PERIODO: GENNAIO 2015 - GIUGNO 2017

RICAVI E COSTI DEL GOLGI REDAELLI 2014- 2016

■ RICAVI ORDINARI
 ▨ GESTIONE STRAORDINARIA

■ COSTI ORDINARI
 ▨ IMPOSTE SULL'ESERCIZIO



*IVA NON DEDUCIBILE (2,7 MILIONI DI EURO), IMU (1,6 MILIONI DI EURO) E ALTRE TASSE E IMPOSTE (EURO 200.000) FIGURANO TRA I COSTI ORDINARI.

RSA: il caso Golgi Redaelli

Per illustrare le attività legate alla gestione delle RSA, vogliamo presentare il caso concreto del Golgi Redaelli: di fatto una situazione che pensiamo sia assolutamente generalizzabile per tutte le undici ASP lombarde.

Perché questa differenza?

DIFFERENZE TRA STANDARD EROGATO E STANDARD MINIMO DI ACCREDITAMENTO

Standard minimo di accreditamento 901 minuti, pari a **2 ore al giorno**

Standard di assistenza erogato in media nelle ASP

Sono garantiti oltre **1.200** minuti settimanali di assistenza per ospite, pari a circa **3 ore al giorno**

Il rispetto dello standard in ciascuna delle 52 settimane annue utilizzando personale dipendente esclude qualsiasi margine di flessibilità

Il costo medio ponderato (medici, infermieri, ASA, OSS, riabilitatori, assistenti sociali) di ogni operatore è di 41.900 euro/anno

Il personale ha in prevalenza un'anzianità lavorativa rilevante e un'età anagrafica media superiore ai 50 anni

I servizi di RSA gestiti dal Golgi Redaelli hanno un costo superiore rispetto agli importi percepiti, il pareggio di gestione è conseguito attingendo alle rendite ordinarie (ricavi da locazioni) del patrimonio da reddito o comunque dagli introiti derivanti dalle attività non caratteristiche.

I costi e i ricavi del Golgi Redaelli mostrano uno squilibrio importante, governato solo grazie a una gestione

ASP E ALTRE RSA: DIFFERENZE

	ASP	RSA (profit/non profit)
Contrattualistica	Contratto sanità pubblica, ogni dipendente lavora circa 1.440 ore/anno (tenuto conto di assenze per maternità, malattia, ferie, legge 104, etc.)	Utilizzo di cooperative e collaboratori a ore. Ogni operatore viene impiegato in base alle esigenze di assistenza
Costo/ora standard	> 29 euro	> 19 euro
Costo personale a standard	Costituisce i 2/3 del costo totale del servizio	Costituisce i 2/3 del costo totale del servizio
Costo medio assistenza/giorno	130 euro	85 euro

straordinaria. D'altra parte, gli studi della Regione ci confermano che questa è una situazione diffusa.

Lo standard di accreditamento per i servizi residenziali è di 901 minuti, mentre lo standard medio erogato dalle ASP è di 1.200 minuti. La differenza deriva da un margine di flessibilità che per le ASP è praticamente nullo.

Facendo un confronto tra i costi dei servizi di RSA e i costi dei privati, la differenza è forte e deriva dall'adozione del contratto di sanità pubblica da parte delle ASP e dall'utilizzo di cooperative e collaboratori a ore da parte delle RSA private.

RSA: QUALI TARIFFE PER COPRIRE I COSTI?

Qual è il modello di «business» più appropriato?
Come possono le ASP sostenere la concorrenza sempre più accentuata dei gestori privati (profit e non)?



Applicando i contratti della sanità pubblica o degli enti locali, ogni dipendente lavora mediamente circa 1.440 ore all'anno, conteggiando tutte le assenze per maternità, malattia, ferie e altri permessi tra cui quello della legge 104, la cui fruizione è ormai sempre più ricorrente e generalizzata.

Per arrivare al pareggio le ASP dovrebbero applicare una tariffa di almeno 90 euro, a fronte di una tariffa delle RSA profit e non profit di 45 euro. Questo evidenzia modelli di business completamente differenti.

D'altra parte, la differenza delle prestazioni che le ASP offrono deriva proprio dal tipo di personale, in termini di continuità. Si tratta di ragionare su come possiamo sostenere una concorrenza così sfidante.

POSIZIONAMENTO NEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE

Dall'inizio del 2016 ha preso avvio la riforma 23 del servizio socio-sanitario regionale. Le ASP possono offrire un contributo rilevante ed essere un riferimento importante nella qualificazione dell'assistenza.

Si tratta di capire qual è in questa filiera il ruolo di istituzioni che hanno 700 anni di storia e ci ricordano che tipo di comunità siamo e quali sono i valori che ci guidano. Perché l'assistenza agli anziani è un tema importante di civiltà.

Inoltre, le ASP possono rappresentare un riferimento per la definizione di standard di accreditamento e di qualità dei servizi da estendere agli operatori del settore.

POSIZIONAMENTO DELLE ASP NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Occorre definire il posizionamento (e mantenimento?) di queste realtà per delineare le traiettorie di sviluppo possibile e la tipologia di assistenza erogabile

LE ASP AFFRONTANO OGGI FORTI CRITICITÀ

Possano acquisire (...se si auspica una loro sopravvivenza) un ruolo importante all'interno della filiera del servizio socio-sanitario

Possano rappresentare un riferimento anche per i gestori privati, per la definizione di standard di accreditamento e di qualità dei servizi

IL FUTURO? CURE INTERMEDIE

Come si può riequilibrare la partita tra pubblico e privato e far vincere gli interessi dei cittadini?

Crediamo che la soluzione sia uno spostamento delle attività delle ASP verso le cure intermedie. Oggi non ci sono posti letto sufficienti per questo tipo di assistenza specifica. Gli anziani che ne hanno bisogno sono costretti a restare in ospedale, dove i posti letto costano quattro volte di più. Spostare risorse verso le cure intermedie permetterebbe di rendere più appropriato e sostenibile il sistema. Inoltre, negli ultimi decenni le ASP hanno sviluppato una particolare qualificazione in questo ambito.

In sintesi, l'assistenza sanitaria alla popolazione anziana e non autosufficiente è un sistema complesso, che vede da un lato uno sbilanciamento in favore della cura ospedaliera, dall'altro una presenza quasi totale del privato nel settore delle residenze assistenziali per anziani.

Spostando l'attività verso le cure intermedie, possono arrivare sostenibilità economica e un migliore equilibrio all'interno del sistema.

I CONCETTI CHIAVE


Il convegno **ASP Golgi Redaelli ricerca, cura, vita. 50 anni di geriatria, 700 anni di storia**, svoltosi a fine 2016, ha visto medici, amministratori, esperti confrontarsi sui tanti temi che sono alla base della geriatria.

Di seguito riportiamo i principali concetti emersi. Abbiamo preferito riunire le diverse voci per tema, piuttosto che riportare il discorso di ogni singolo oratore. Crediamo così di aver disegnato un quadro corale più interessante.

Pensare il futuro: eredità o prestito?

Il tempo in cui viviamo non è un'eredità dei nostri genitori ma un prestito che i nostri figli fanno a noi. Si ha invece l'impressione di vivere in un mondo ereditato, non prestato. Chi oggi sta pensando a chi verrà dopo di noi? Abbiamo il tempo di pensare ai vecchi di domani?

I risultati che oggi ci confortano sulla presa in carico della demenza sono di fatto il risultato dell'impegno di chi ci ha pensato anni fa, di chi ha saputo prevedere come la nostra società sarebbe cambiata.



Azienda di Servizi alla Persona
Golgi-Redaelli

ASP GOLGI-REDAELLI RICERCA, CURA, VITA

50 ANNI DI GERIATRIA, 700 ANNI DI STORIA

VENERDÌ 18 NOVEMBRE ORE 8.30-13.30
AUDITORIUM ISTITUTO PIERO REDAELLI
VIALE CATERINA DA FORLÌ 55 MILANO

QUAL È OGGI LA SITUAZIONE DEI SERVIZI GERIATRICI IN LOMBARDIA?

COME EVOLVERANNO I BISOGNI DI UNA POPOLAZIONE SEMPRE PIÙ ANZIANA?

QUALI ORIENTAMENTI GUIDERANNO LO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO REGIONALE?

QUALE RUOLO AVRANNO LE ASP NEI NUOVI SCENARI?

L'ASP Golgi-Redaelli propone un incontro aperto a tutti per affrontare il problema dell'adeguamento dei servizi socio-sanitari alle esigenze in continua evoluzione della popolazione anziana.

Medici, ricercatori, manager e amministratori si confronteranno su questi temi in due tavole rotonde.

La partecipazione all'incontro è libera e gratuita. La registrazione è gradita: eventi@golgiredaelli.it - tel. 02 72518 205

1966-2016
L'ASP Golgi-Redaelli celebra 50 anni dedicati alla geriatria: mezzo secolo di costante innovazione nelle cure mediche, nella ricerca scientifica, nel sostegno agli anziani. Un nuovo capitolo che si aggiunge a una storia di responsabilità e impegno iniziata oltre 700 anni fa.

8.30 Registrazione





9.00 Apertura lavori


9.15 Tavola rotonda
Evoluzione e prospettive all'interno del sistema socio-sanitario lombardo: le aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)
Introduce: Giuliana Bensa, *Presidente ASP Golgi-Redaelli* - Le ASP tra passato, presente e... quale futuro?
Modera: Francesco Fascia, *Direttore Generale ASP Golgi-Redaelli*
Partecipano: Paolo Favini, *Direttore Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale, Regione Lombardia* | Daniela Fabbri, *Direttore Area Residenzialità, Comune di Milano* | Giovanni Fosti, *Docente Università Bocconi* | Maurizio Niutta, *Direttore Generale ASP Pavia* | Roberto Volpe, *Presidente Unione Regionale Istituzioni e Iniziative Pubbliche e Private di Assistenza (URIPA)*

10.45 Coffee break

11.15 Tavola rotonda
Gli anziani e i servizi socio-sanitari in Lombardia: efficacia degli interventi, indicazioni per il futuro
Introduce: Antonio Guaita, *Direttore Fondazione Golgi Cenci - Medicina della complessità, evoluzione dei bisogni e delle risposte in ambito geriatrico*
Modera: Marco Campari, *consigliere delegato Fondazione Don Gnocchi Onlus*
Partecipano: Giulio Gallera, *Assessore al Welfare, Regione Lombardia* | Renato Botti, *Direttore Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute* | Silvano Casazza, *Direttore Socio-sanitario, ATS Milano Città Metropolitana* | Massimo Lombardo, *Direttore Generale ASST Ovest Milanese* | Daniela Malnis, *Direttore Socio-sanitario ASST Santi Paolo e Carlo* | Jolanda Bisceglia, *Direttore Socio-sanitario ASP Istituti Martinitt e Stelline* e Pio Albergo Trivulzio | Teresa Suardi, *Direttore Medico ASP Golgi-Redaelli di Milano*

13.30 Chiusura lavori

Con il patrocinio di:    



Quali anziani saremo?

Negli ultimi 20 anni il mondo degli anziani in Italia è cambiato radicalmente, eppure parliamo sempre delle stesse professioni: infermiere, operatore, animatore, assistente sociale. Nel momento in cui si pensa ad una riforma normativa di questi enti, è bene pensare anche a chi deve essere rivolta.

Emerge una domanda semplice ma fondamentale: cosa vorremmo noi da vecchi?

Chi di noi da vecchio condividerebbe volentieri, per due o tre anni, una stanza con uno sconosciuto? Sicuramente nessuno di noi vorrebbe condividere il bicchiere dello spazzolino da denti.

La presenza dei familiari all'interno delle strutture per gli anziani è già diminuita del 25%. Quanti saranno i familiari di domani? Quale sarà il ruolo richiesto a strutture come le ASP?

Un paese che non ha a cuore il problema degli anziani non è un paese che merita di chiamarsi in questo modo. Anche in occasione del recente terremoto si è parlato di ricostruire le scuole. E le strutture per anziani? Eppure ce n'erano.

Famiglie: un welfare parallelo

Al momento la spesa del welfare per gli anziani non autosufficienti è per il 25% in mano al pubblico e per il 75% in mano alle famiglie. Questo crea una sorta di welfare parallelo informale. In Lombardia, per gli anziani ci sono 60.000 posti letto residenziali per 10 milioni di abitanti. In Svezia, che si ritiene sottodimensionata, per 9.600.000 abitanti ci sono 90.000 posti letto in strutture residenziali. Ad Amburgo le cooperative sociali offrono il servizio domiciliare 7 giorni su 7.

Insomma, la nostra coperta è corta rispetto al fabbisogno. Per trovare l'equilibrio occorrono più risorse e occorre intervenire sulle modalità di erogazione dei servizi.

Fare da hub in un sistema frammentato

In un sistema di offerta che come il nostro è molto frammentato, assume un ruolo centrale chi fa da hub, chi funge da piattaforma dei servizi, dalla prevenzione allo sviluppo di interventi assistenziali.

Le ASP, riconosciute e dotate di buona reputazione sul territorio, sono i soggetti più qualificati a ricoprire questo ruolo. Integrando i vari setting assistenziali, questa funzione non genera costi ma genera valore. Prova ne è che i privati stanno cercando di ottenere un ruolo di questo stesso tipo: oggi la competizione non è sul fare l'erogatore di prestazioni ma è sul fare il detentore di piattaforme. Chi ha in mano la capacità di connessione definisce le linee di funzionamento del sistema. Ci serve smettere di guardare al singolo soggetto e alla qualità delle prestazioni che eroga e allargare lo sguardo, per costruire delle piattaforme che tengano insieme la filiera della prevenzione e la filiera del trattamento, che lavorino di più sulla presa in carico e meno sulla prestazione, che offrano i diversi livelli di setting assistenziali che servono.

Per costruire la rete territoriale per la fragilità e la cronicità, l'ASP va pensata come una piattaforma in cui si riesce a gestire il percorso del paziente partendo dall'analisi dei suoi problemi, arrivando all'orientamento e all'accompagnamento. Questo presuppone una mappatura attiva delle connessioni funzionali e l'attivazione di percorsi specifici in una logica di integrazione con la rete sanitaria territoriale (medici, Presidi Socio Sanitari Territoriali, Presidi Ospedalieri Territoriali) e con la rete socio-sanitaria.

I nostri enti sono strumenti finalizzati a raggiungere un obiettivo: se non definiamo qual è l'obiettivo non riusciremo mai a costruire uno strumento che vada nella direzione giusta. Questi orientamenti vanno considerati quando si affronta una riforma tecnica dell'assetto delle ASP.

Una nuova governance per decidere in velocità

Ma come facilitare il passaggio delle ASP a un ruolo di hub? Per fare questo occorre un tipo di governance che permetta decisioni veloci, la velocità è una delle cose più importanti di questo millennio.

Ma questo tipo di governance non è connaturato al sistema pubblico né in quanto azienda sanitaria né in quanto ente locale.

La Regione e il Comune sono portatori di interessi diversi, a prescindere dai colori politici: la Regione porta all'interno della governance l'esigenza programmatoria, mentre il Comune privilegia l'istanza espansiva rispetto ai bisogni dei propri cittadini.

Ci sono sistemi di governance che mettono insieme le due istanze, puntando su un equilibrio dinamico che va trovato di volta in volta, e altri sistemi che fanno prevalere una delle istanze. Il primo sistema ha sicuramente il vantaggio di non scegliere una volta per tutte di dare prevalenza alla programmazione o all'esigenza del territorio, ma certamente non velocizza il sistema decisionale.

La seconda forma definisce invece che solo uno dei soggetti decide. Anche se al primo sguardo tutti vorrebbero essere nei panni del decisore, di fatto anche questa forma può avere un forte livello di equilibrio se chi decide è anche responsabile dell'equilibrio economico.

Flessibilità e monitoraggio nelle cure intermedie

La riforma delle cure intermedie comporta il passaggio da un modello per setting a uno per intensità di cura: dobbiamo essere attenti nella valutazione del bisogno e nella profilatura dell'intensità di cura, in termini di strumenti e di operatività.

E diventa importante la correlazione tra il bisogno rilevato e l'intervento, che di standardizzabile ha molto poco. Inoltre, considerando la disabilità come dinamica dobbiamo essere in grado di operare delle valutazioni in itinere e un monitoraggio degli esiti.

Occorre quindi riuscire a garantire flessibilità nell'erogazione degli interventi e un attento monitoraggio nell'allocatione delle risorse. Questa sfida non riguarda solo il gestore, riguarda anche il sistema e anche quindi il decisore regionale.

Tecnologia e informazione a favore dell'integrazione e della cura

Oggi ci sono almeno tre attori istituzionali: Regione, Comune e INPS, e ciascuno ha le proprie logiche, i propri metodi. Non c'è integrazione organizzativa e gestionale, non c'è integrazione tra i sistemi informativi. Per quanto ancora potremo permettercelo?

Nella gestione della cronicità la tecnologia sarà fondamentale, anche per prendere in carico il paziente a domicilio.

Per iniziare basterebbe che territorialmente si facesse partire la condivisione dei database informativi. Questo creerebbe una conoscenza condivisa straordinariamente utile per poi pensare alla gestione e al finanziamento comune.

Continuità del percorso di cura

L'ospedale non è sempre in grado di individuare lo snodo della rete più adatto ad accogliere il malato che esce dalla fase acuta. Non sempre conosce che cosa ogni snodo della rete sanitaria lombarda possa fare utilmente per quella persona. Occorre quindi una contaminazione professionale, una maggiore conoscenza reciproca. E ancora più utile sarebbe una semplificazione: è difficile pensare che un reparto per acuti abbia sempre in mente la differenza tra cura intermedia, subacuta oppure postacuta e una riabilitazione generale e geriatrica.

L'importanza della presa in carico

Il 30% dei pazienti lombardi è affetto da patologie croniche. Si tratta di 3 milioni di persone che assorbono il 75% dei costi e dei volumi di attività del servizio sanitario regionale lombardo. Questo impone un totale cambio di prospettiva: un passaggio dalla cura al prendersi cura. Il sistema socio-sanitario lombardo evolve verso la presa in carico globale del paziente, per garantire la continuità delle cure, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati, in cui strutture socio-assistenziali come l'ASP Golgi Redaelli saranno elemento di punta. L'obiettivo è migliorare sensibilmente la qualità della vita dei pazienti e ridurre le liste di attesa. E il 2017 è dedicato a rendere concreto un sistema di presa in carico dei pazienti costruito su tutto il territorio e non concentrato solo negli ospedali.

Reti per la fragilità e la cronicità: malattia di Alzheimer e demenza

I dati ci dicono che $\frac{2}{3}$ delle persone affette da Alzheimer sono seguite dalle famiglie e dai medici di medicina generale. Ma quanti conoscono i servizi specialistici che in Lombardia sono dedicati a questi malati? Servizi come la RSA aperta, per esempio, che è risultata molto efficace. È necessario creare forti connessioni tra i soggetti erogatori sanitari e assistenziali coinvolti nella rete territoriale, garantendo continuità. Per questo occorre informare i medici di medicina generale, favorendo il coordinamento con medici specialisti.

I pazienti che arrivano nelle strutture del Golgi Redaelli sono spesso affetti da demenza nelle varie forme, o comunque soffrono di disturbi cognitivi. Dolore e depressione sono problemi che insorgono nella degenza di questi pazienti fragili, e richiedono grandi risorse. Vanno gestiti con attenzione: tutti i profili hanno un bisogno sociale enorme. Questo significa che c'è una comorbidità, c'è un evento indice, c'è una cronicità che va gestita, interpretata, curata e riabilitata e c'è un aspetto sociale imponente che va seguito.

Cure intermedie: il bilancio di due anni di sperimentazione

A due anni dalla partenza della sperimentazione del nuovo modello di cure intermedie, sicuramente abbiamo visto risultati positivi: ritardare l'internamento in strutture RSA, promuovere le dimissioni protette, evitare i ricoveri impropri, supportare il medico di base, sostenere il paziente fragile, potenziare la rete territoriale, prendere in carico i pazienti con problemi complessi, simultanei e interattivi, definire un nuovo metodo di inquadramento dei bisogni dell'utenza (il sistema a profili) e definire un nuovo strumento di comunicazione, la scheda unica.

Tutto questo ha voluto dire impegnarsi in una valutazione dei bisogni e di orientamento dei servizi, sviluppare un servizio che risponde ai bisogni con una modalità ed una interpretazione diverse, aprirsi al confronto con le altre strutture, con gli ospedali e con il territorio.

Un altro dato positivo è il riconoscimento della demenza, in precedenza non considerata: sembrava quasi che il paziente affetto da Alzheimer o demenza non esistesse più.

Utilizzare un unico strumento per chi vuole essere ricoverato in cure intermedie è un grande vantaggio, che garantisce uniformità nel lavoro delle strutture.

Domiciliarità: la prossima frontiera

Le ASP nascono per rispondere ai bisogni reali. Dobbiamo quindi andare a capire qual è il bisogno delle persone a cui dobbiamo rispondere, trovare modelli e un sistema decisionale rapido che tenga conto della realtà locale.

La Legge 23 lo dice chiaramente, il ruolo del socio-sanitario si interseca con il sociale proprio per cercare un percorso comune.

In 15 anni, cioè dalla uscita della legge, è cambiato tutto: società, anziani, famiglia.

Già in molte regioni la domiciliarità sta prendendo spazio al posto della RSA. E forse anche la divisione delle ASP in due classi non ha più molto senso.

Essere enti pubblici in un sistema concorrenziale

Le ASP sono nate nel 2003 con una legge che ne tratteggia le linee essenziali: devono agire con spirito imprenditoriale, devono avere il pareggio di bilancio, devono fornire con efficienza i servizi, devono essere economicamente sostenibili.

Ma non è facile restare pubblici in un sistema privatizzato. Quando la Regione ha bisogno di sperimentare, noi facciamo da banco di prova anche per quanto concerne la consistenza economica del servizio. Su questa base si crea poi un modello standard utilizzato anche per i privati.

Le ASP sono il perno centrale della riforma, perché la Regione prevede che nel 2030 saremo una società di anziani: quando si parla di prevenzione, di corretti stili di vita per un invecchiamento migliore, stiamo parlando della nostra funzione, perché sappiamo cosa vuol dire uno stile di vita non corretto, a cosa porta, quali cure implica, quali costi comporta per il sistema.

Ma cosa serve alle ASP per svolgere il proprio ruolo? Ci vuole un assetto che permetta una maggiore velocità decisionale e meno adempimenti amministrativi.

CINQUE SEGRETI PER CURARE GLI ANZIANI DEL XXI SECOLO

Dall'intervento **Medicina della complessità, evoluzione dei bisogni e delle risposte in ambito geriatrico** di Antonio Guaita

Siamo di fronte a un evidente invecchiamento dei vecchi: la soglia dei 65 anni non ha più senso per definire la vecchiaia. E questo comporta alcune importanti conseguenze anche per la medicina. Di fatto, in un mondo di malattie croniche noi stiamo praticando ancora la medicina acuta: all'alba del XXI secolo seguiamo modelli del XIX secolo. Ho l'impressione di essere l'adepto di una setta che possiede segreti che gli altri non conoscono, come uno gnostico, ma uno gnostico frustrato che vorrebbe condividere i cinque segreti della setta a cui appartiene, ma rimane spesso inascoltato.

1 **Primo segreto: le malattie non sono come ce le aspettiamo.** La patologia di un organo non basta a definire i bisogni terapeutici. Ma forse è proprio finita l'epoca delle malattie, perché oggi la medicina si confronta con le sindromi e la polipatologia. Nell'anziano fragile ogni condizione patologica, acuta o sub acuta, tende a dare origine a quadri clinici simili e caratterizzati da sintomi non patognomonic. Il primo segno di una nuova malattia cronica è raramente un sintomo singolo e specifico localizzato nell'organo e nel tessuto. Le cose sono diverse: l'incontinenza non è legata alle vie urinarie, il delirium non è neurologico, le cadute non sono dovute a perdita di coscienza o al sistema

osteoarticolare. Il primo sintomo di un infarto è spesso la confusione mentale. Per costruire l'intervento medico la conoscenza dell'organo è necessaria ma non sufficiente. Considerare la malattia come centro dell'attività medica è un metodo obsoleto e dannoso, oltre che costoso: un metodo da abbandonare subito.

2 **Secondo segreto: la disabilità è sintomo e segno di una serie di patologie, non ne è la conseguenza.** La riabilitazione degli anziani non si occupa più di sequele invalidanti, come succedeva per i bimbi poliomielitici o i giovani paraplegici post-traumatici. La perdita funzionale è il segno di una o più patologie che persistono e condizionano l'autonomia. Il trattamento delle patologie concomitanti, spesso squilibri di condizioni croniche, è fondamentale, per cui la cura clinica è importante quanto l'intervento riabilitativo per il recupero delle funzioni. Allo stesso modo molti miglioramenti clinici sarebbero impossibili senza interventi di stimolo alla ripresa delle funzioni quotidiane.

3 **Terzo segreto: la dipendenza non è (più) immobile.** La presenza pervasiva di deficit cognitivi modifica il concetto di disabilità. Dopo gli 80 anni il 20% delle persone ha una demenza grave. Molte persone non autosufficienti e bisognose di costante aiuto non hanno limitazioni motorie, né neurologiche né ortopediche. Eppure, pur muovendosi non sanno dove vanno. Abbandoniamo quindi la visione della non autosufficienza legata all'immobilità: le persone con la demenza e con la malattia di Alzheimer si muovono liberamente pur non essendo autonome. Questo comporta che, per la imprevedibilità dei comportamenti, oltre all'assistenza sia anche necessaria la sorveglianza 24 ore su 24. Ma mentre l'assistenza ha in sé la gratificazione del dare un aiuto a chi ne ha bisogno, sorvegliare vuol dire per lo più impedire a una persona di fare quello

che vorrebbe, cosa frustrante sia per i familiari che per gli operatori dell'assistenza.

4 Quarto segreto: il miglioramento funzionale non garantisce il recupero dell'autonomia né il ritorno al proprio ambiente di vita. Alla capacità funzionale recuperata deve accompagnarsi il recupero della motivazione e un ambiente capace di accoglienza. Dai reparti di cura temporanea, comunque denominati, vorremmo dimettere persone che non solo tornano a camminare, ma anche a vivere. Occorre cioè pensare al ritorno alla vita sociale delle persone, a casa propria o in casa di riposo. Nella cura degli anziani complessi si interviene su progetti di vita che si sono interrotti, cercando di rilanciarli, a partire dalle condizioni più difficili. Questo significa impostare rapporti con le famiglie completamente diversi, basati sull'alleanza tra tutte le figure che ruotano attorno al disabile e che fanno già parte del piano di cura.

5 Quinto segreto: troppi cuochi rovinano il brodo. Ci vuole un punto di riferimento sintetico per l'organizzazione della cura e la consulenza a malato e familiari. La persona ha più patologie, ma non per questo ci vogliono più specialisti. Al contrario, la compresenza dei problemi tende a costruire situazioni multiple interattive e simultanee con equilibri o squilibri che sono molto di più della semplice somma dei problemi d'organo o d'apparato. Se non è preceduta da una interpretazione gerarchica dei problemi, la sola cura farmacologica è controproducente e l'eccesso di farmaci è una riconosciuta causa di nuovi ricoveri. Per ricercare il benessere del paziente occorre attribuire responsabilità decisionali a meno figure, che collaborino strettamente e condividano un unico piano di cura. Insomma, per i malati complessi vi possono essere tanti interventi specialistici ma il curante deve rimanere uno.

I PARTECIPANTI AL CONVEGNO

Giuliana Bensa	Presidente ASP Golgi Redaelli
Iolanda Bisceglia	Direttore socio-sanitario ASP Istituti Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio
Renato Botti	Direttore generale della programmazione sanitaria, Ministero della salute
Marco Campari	Consigliere delegato Fondazione Don Gnocchi Onlus
Silvano Casazza	Direttore socio-sanitario, ATS Milano Città Metropolitana
Daniela Fabbri	Direttore Area Residenzialità, Comune di Milano
Francesco Fascia	Direttore Generale ASP Golgi Redaelli
Paolo Favini	Direttore Generale Reddito di autonomia e inclusione sociale, Regione Lombardia
Giovanni Fosti	Docente Università Bocconi
Giulio Gallera	Assessore al Welfare, Regione Lombardia
Antonio Guaita	Direttore Fondazione Golgi Cenci
Massimo Lombardo	Direttore Generale dell'Azienda socio-sanitaria territoriale (ASST) Ovest Milanese
Daniela Malnis	Direttore socio-sanitario dell (ASST) Santi Paolo e Carlo
Rodolfo Masto	Ex Presidente ASP Golgi Redaelli, attuale Commissario straordinario dell'Istituto dei ciechi di Milano
Maurizio Niutta	Direttore Generale ASP Pavia, Vice Presidente CORASP
Teresa Suardi	Direttore Medico ASP Golgi Redaelli
Roberto Volpe	Presidente URIPA (Unione Regionale Istituzioni e Iniziative Pubbliche e Private di Assistenza)

GLI ALTRI E NOI

ALL'ASCOLTO DI MEDICI E CAREGIVER

SEZIONE 2

LA RICERCA: TEMI, METODI, PERSONE COINVOLTE

Golgi Redaelli ha commissionato una ricerca integrata quali-quantitativa. L'indagine, che offre preziosi spunti di riflessione e viste inedite, ha coinvolto diverse categorie di stakeholder (medici ospedalieri, medici generici, personale dell'ASP, familiari degli ospiti delle RSA, prospect) con utilizzo di approcci metodologici diversi.

L'obiettivo era capire come rispondere sempre meglio alle esigenze dei nostri interlocutori: cittadini, medici, pazienti, dipendenti.

La ricerca è stata affidata a Biscione Associati, studio di comunicazione, e realizzata dall'istituto di ricerca CE&Co tra la fine del 2016 e l'estate 2017. Il bacino di analisi è quello di Milano e provincia.

Le informazioni relative ai caregiver emergono da 202 interviste telefoniche a persone tra i 36 e i 65 anni responsabili dell'assistenza a una persona anziana non autosufficiente (o che prevedono di esserlo nei prossimi due anni).

Per quanto riguarda l'ascolto dei medici, riportiamo le principali evidenze da colloqui individuali con 6 medici ospedalieri e 6 medici di famiglia.

COSA PENSANO I POTENZIALI CAREGIVER ?

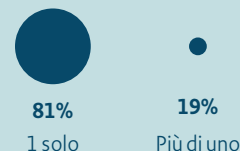
QUAL È IL CONTESTO A MILANO E PROVINCIA?

Nella maggior parte delle famiglie che hanno il problema (81%) è presente un solo anziano bisognoso di assistenza, ma non sono poche le famiglie in cui il problema riguarda almeno due persone (19%). L'anziano bisognoso è di norma il genitore dell'intervistato o del suo coniuge (genitore/suocero/a 88%) e ha un'età superiore agli 80 anni. In linea con la maggiore longevità femminile, nel 73% dei casi si tratta di donne. Abita principalmente in casa propria (71%); meno spesso (18%) vive con un parente.

IL PROFILO DEL CAMPIONE

Base: 202 casi

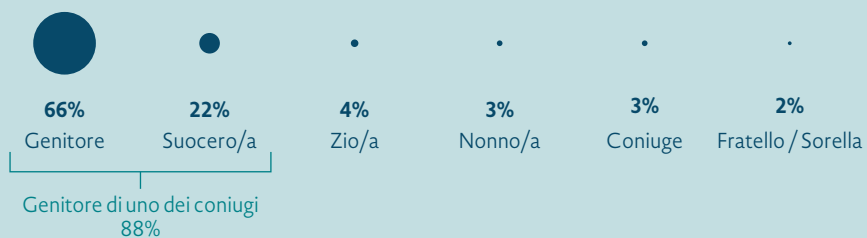
NR ANZIANI IN FAMIGLIA



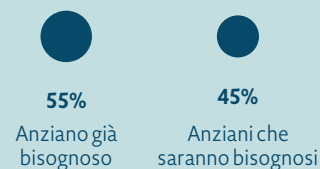
LUOGO DOVE RISIEME ATTUALMENTE L'ANZIANO



GRADO DI PARENTELA DELL'AZIANO CON L'INTERVISTATO



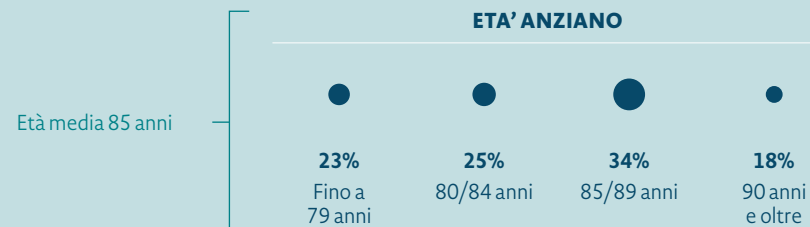
TIPOLOGIA ANZIANO



GENERE ANZIANO



ETA' ANZIANO



DI QUALI PROBLEMI SOFFRONO GLI ANZIANI?

Il problema principale sono le difficoltà motorie, particolarmente presso gli anziani già oggi non autosufficienti. Gli anziani ancora autosufficienti (ma che si prevede che in un futuro molto prossimo avranno bisogno di assistenza) soffrono maggiormente di ipertensione e malattie cardiovascolari, di artrosi e artrite, condizioni che preannunciano le difficoltà motorie incipienti.

PROBLEMATICHE DI CUI SOFFRE L'ANZIANO



QUALI SONO LE SOLUZIONI ADOTTATE PER LA GESTIONE DEGLI ANZIANI GIÀ OGGI NON AUTONOMI?

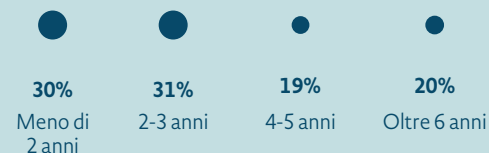
Circa il 70% degli anziani oggi non autosufficienti è in queste condizioni da molto tempo (due o più anni). La soluzione più frequente è la gestione a casa, con l'anziano che vive nella propria abitazione (58%) o in quella di un familiare (21%), quasi sempre seguito da un parente con l'eventuale aiuto di personale esterno non specializzato. Solo il 6% si fa aiutare da personale specializzato. Il bisogno di assistenza si estende a quasi tutte le attività della vita quotidiana. Vista però l'alta percentuale di coloro che hanno difficoltà motorie, le attività per le quali è richiesto maggiore aiuto sono uscire, pulire casa, cucinare e provvedere alla cura personale.

In definitiva, dunque, solo il 20% degli anziani oggi bisognosi di assistenza è ospite di una RSA.

FOCUS SUGLI ANZIANI ATTUALMENTE NON AUTO SUFFICIENTI

Base: 111 casi

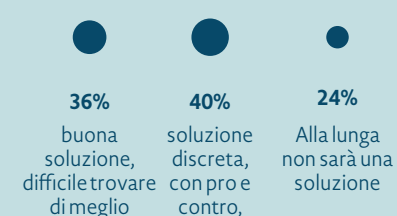
DA QUANTO TEMPO L'ANZIANO E' BISOGNOSO



DOVE VIVE ATTUALMENTE L'ANZIANO



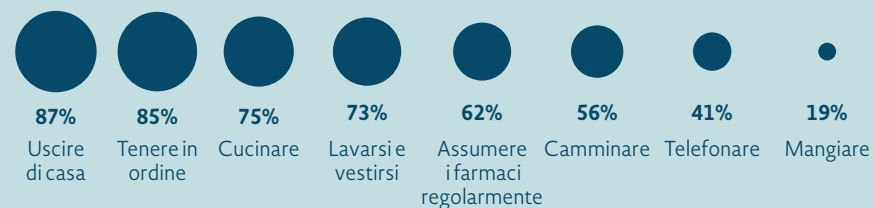
VALUTAZIONE SOLUZIONE ATTUALE



CHI SI OCCUPA DELL'AZIANO (se non è in struttura)



ATTIVITÀ PER LE QUALI L'ANZIANO NON È AUTONOMO



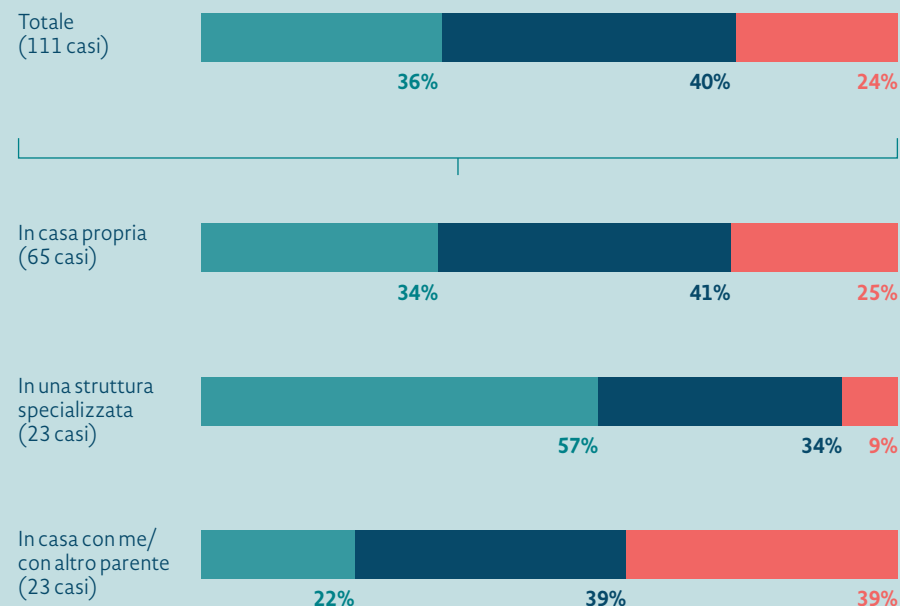
QUAL È IL GRADO DI SODDISFAZIONE PER LA SOLUZIONE ADOTTATA?

Chi ha ricoverato il proprio parente anziano presso una struttura specializzata evidenzia il più elevato livello di soddisfazione per la soluzione adottata (“è una buona soluzione, difficile trovare di meglio”: 57%). È invece considerata una soluzione meno sostenibile ospitare l’anziano a casa propria (25%) o casa di un familiare (39%) soprattutto nel lungo periodo.

QUANTO È SODDISFACENTE LA SISTEMAZIONE ATTUALE

Analisi in base a dove vive l’anziano

- E' UNA BUONA SOLUZIONE, DIFFICILE TROVARE DI MEGLIO
- UNA SOLUZIONE DISCRETA, HA I SUOI PRO E I SUOI CONTRO, MA SPERIAMO CHE DURI
- ALLA LUNGA NON SARÀ UNA SOLUZIONE SOSTENIBILE

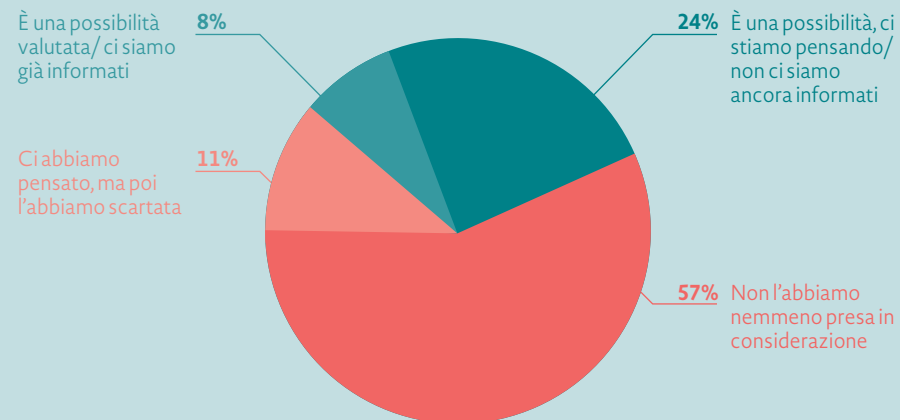


COME VIENE CONSIDERATA LA RSA DA CHI NON L'HA ADOTTATA E PERCHÉ?

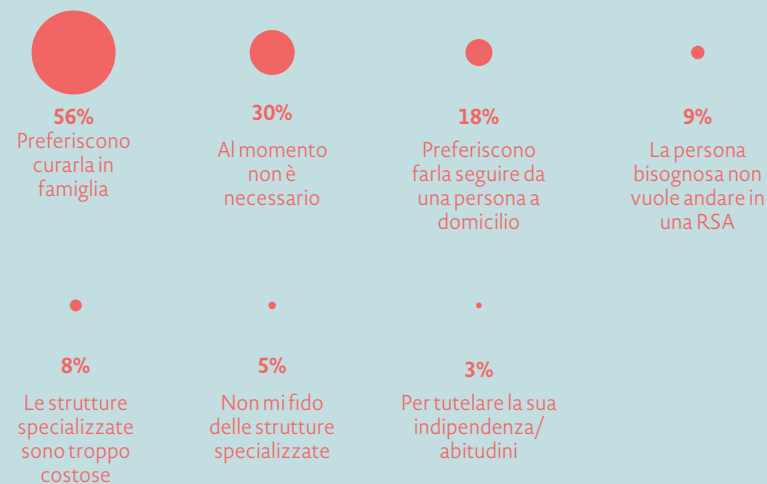
Considerando le famiglie con anziani assistiti a domicilio, sia quelli già oggi non autosufficienti sia quelli che si prevede avranno a breve bisogno di assistenza, circa un terzo dichiara di aver preso in considerazione la RSA come possibile soluzione, +10% rispetto alla quota attuale. La maggioranza (68%) tuttavia non l'ha mai presa in considerazione oppure l'ha scartata. Il motivo principale è legato al desiderio di accudire la persona in famiglia (56%) o comunque di mantenerla nel suo ambiente domestico (18%). Nelle dichiarazioni degli intervistati, i legami affettivi e la cultura della famiglia sembrano decisamente prevalere sulle considerazioni di natura economica: solo l'8% indica il costo delle RSA come motivo di non considerazione.

LA RSA COME POSSIBILE SOLUZIONE

Base: anziani attualmente non ricoverati in RSA = 179 casi



MOTIVI DI NON CONSIDERAZIONE/SCARTO



I MEDICI DI FAMIGLIA E L'OFFERTA DI RSA

DOMICILIO O RSA?

Sul piano ideale, l'assistenza presso il domicilio è considerata dai medici di famiglia la soluzione migliore, perché preserva la relazione vitale dell'anziano con il proprio ambiente e con gli affetti.

<...> una persona che è vissuta in una casa per tanti anni sta meglio a casa sua chiaramente <...> per un anziano essere strappato dal proprio domicilio è sicuramente una cosa drammatica <...> se ci sono dei famigliari, se c'è la disponibilità a curare l'anziano, averlo con sé in casa è sempre meglio <...>.

Eppure, sul piano pragmatico, l'assistenza in RSA acquisisce importanza, anche se è sempre messa in relazione alle condizioni dell'anziano e alle risorse che la famiglia può mettere a disposizione.

QUANDO È MEGLIO SCEGLIERE IL DOMICILIO?

Nell'opinione di tutti i medici interpellati, l'assistenza a domicilio è senz'altro da preferire quando le condizioni dell'anziano sono compatibili con il livello di assistenza che può essere prestata a domicilio, e cioè tipicamente quando

l'anziano è vigile e la patologia non richiede una assistenza specialistica o un monitoraggio continuo.

Le altre condizioni di facilitazione sono:

- Organizzazione adeguata della famiglia, che trovi le risorse necessarie al proprio interno o si appoggi a supporti esterni. E quindi serve la presenza di familiari con disponibilità di tempo per curare l'anziano o la presenza di una badante
- Il supporto dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), che, oltre al fatto di essere gratuita, è valutata positivamente per puntualità e copertura di specifiche esigenze sanitarie (gestione del catetere, alimentazione parenterale, medicazione delle piaghe, ecc.)
- L'utilizzo di servizi di RSA diurna, che accolgono l'anziano durante il giorno.

QUANDO È MEGLIO LA RSA?

Per contro, la RSA è vissuta come la soluzione cui ricorrere quando le condizioni dell'anziano sono oggettivamente e gravemente compromesse, e cioè quando **l'anziano ha perso la capacità di relazionarsi con l'ambiente e quando ha bisogno di assistenza medica e/o infermieristica di tipo intensivo, 24/24:**

<...> la RSA viene considerata per i pazienti con patologie serie e invalidanti dal punto di vista del vivere normale <...>.

A questo livello, la scelta tra assistenza domiciliare e RSA dipende dalla **disponibilità della famiglia** ad accettare la responsabilità e il peso della gestione dell'anziano, tanto sul piano umano che su quello medico e legale, dalle **condizioni economiche** della famiglia, e dalla valutazione del rapporto costi/benefici che le due soluzioni possono presentare, valutazione che è sempre diversa da famiglia a famiglia.

QUALE OPINIONE SULL'OFFERTA DI RSA DEL TERRITORIO MILANESE?

I medici di famiglia valutano positivamente la presenza di molte opzioni, soluzioni differenziate in relazione alle disponibilità economiche della famiglia:

<...> a livello di servizio offerto è un po' come dire l'albergo a due stelle, a tre stelle o a quattro stelle, quindi abbiamo le strutture di base fino ad arrivare a strutture tipo albergo dove hai la sala cinema, la sala carte, ecc. Per cui c'è molta alternativa di servizio offerto <...> c'è anche un intervento regionale che può aiutare le persone più deboli anche dal punto di vista finanziario <...>.

La valutazione negativa riguarda invece la capacità di soddisfare la domanda

<...> i numeri sono insufficienti <...> i tempi di attesa per il ricovero sono troppo lunghi <...> recentemente mi sono interessato per un ricovero: nella struttura più disponibile si parlava di 40 persone in attesa, 40 sono tanti <...> e i costi di queste strutture sono comunque alti <...>.

e la capacità di interagire / fare rete con gli altri attori del sistema, i medici generici in primis.

Il mondo delle RSA appare ai medici di famiglia un sistema poco trasparente chiuso dentro logiche procedurali sfuggenti, con il quale hanno molte difficoltà a entrare in relazione.

Emerge una forte attesa di informazione (più accessibile, chiara, coordinata) e di una maggiore interazione nelle decisioni da prendere nell'interesse dei pazienti, da parte del sistema sanitario regionale nel suo complesso e delle singole strutture.

COSA SI ASPETTANO DAL SISTEMA SANITARIO REGIONALE NEL SUO COMPLESSO?

<...> manca il direttore d'orchestra, i medici non sanno più che cosa scrivere, quale frase ti sei dimenticato di scrivere <...> non deambulante <...> non trasportabile neanche con l'auto <...> con il servizio pubblico, con l'ambulanza. Bisognerebbe dire: ecco, la guida è questa <...> Perché offrire servizi che non si sa neanche che esistono o sono spezzettati o vanno per sentito dire, che ci sia una omogeneità che dura almeno per un po' di tempo <...>.

<...> Se esistesse l'applicazione RSA, sarebbe il primo luogo dove uno digita e ha tutte le informazioni della Regione, tutte aggiornatissime, scritte chiare, non 3.000 pagine <...> capisce allora che questo diventa un terreno comune sia per i medici che per gli infermieri che per i pazienti e per le famiglie <...>.

COSA CHIEDONO ALLE SINGOLE STRUTTURE?

<...> questi centri dovrebbero farsi conoscere <...> non esiste comunicazione da parte di queste strutture, non ricordo di aver mai visto un dépliant, un opuscolo, una lettera informativa su quello che fanno, in che cosa consiste l'assistenza <...> manca un maggior coinvolgimento del medico di famiglia e una maggiore informazione <...>.

<...> l'ideale è che la RSA si faccia conoscere bene. Se devo essere sincero, non ho nemmeno io le idee chiare su cosa offrono, mi metto anch'io tra gli ignoranti che non sanno cosa offre la RSA. Si aspetta tantissimo, non si capisce mai chi ne ha diritto e chi non ne ha diritto, non si capisce chi decide chi ci entra. Se lo propongo io poi loro magari dicono che bisogna aspettare un anno <...> potrebbero fare un servizio domiciliare in cui si rendono conto di quali bisogni ci sono per il paziente, parlano con il medico di famiglia e si prende

insieme la scelta più razionale <...>. Insomma vorrei una maggiore complicità nel rapporto tra medici di base e strutture, che invece peggiora sempre più <...>.

QUANTO CONTANO LE DIMENSIONI?

Nell'opinione dei medici, la variabile principale del posizionamento degli operatori RSA è rappresentata dalle sue dimensioni, in termini di offerta di posti letto e organizzazione per l'assistenza sanitaria.

Alle due polarità definite dalla variabile dimensionale vengono associati orientamenti diversi rispetto all'assistenza e all'attenzione alla persona.

LE VARIABILI CRITICHE DEL POSIZIONAMENTO DELLE RSA, SECONDO I MEDICI

RSA grande, strutturata

Assistenza sanitaria continua e qualificata
Orientamento al trattamento sanitario
Assistenza di tipo ospedaliero



RSA media o piccola, relativamente strutturata

Assistenza sanitaria intermittente
Orientamento alla persona
Assistenza di tipo familiare

In relazione alle dimensioni, vengono assegnati dei plus e dei minus

LE VARIABILI CRITICHE DEL POSIZIONAMENTO DELLE RSA, SECONDO I MEDICI

	RSA GRANDE	RSA MEDIA / PICCOLA
Plus	Assistenza medica continua	Focalizzazione sul servizio alberghiero
	Alta copertura di esami e trattamenti medici	Assistenza personalizzata, di tipo familiare
	Presenza di medici specialisti	Maggior coinvolgimento del personale
	Organizzazione per reparti dedicati (es. Alzheimer)	-
Minus	Inadeguato rapporto tra personale e assistiti	Sostenibilità economica critica, focalizzazione sul contenimento costi
	Inadeguato servizio/cura della persona	Servizi sanitari ridotti al minimo
	-	Scarsa trasparenza sulla gestione (in alcuni casi)

↓
Per pazienti con basso grado di autonomia

↓
Per pazienti con discreto grado di autonomia

Ed ecco le variabili critiche del posizionamento delle RSA nelle parole dei medici.

<...> il vantaggio di una struttura grossa è il medico presente 24 ore al giorno, la notte hai il medico di guardia, hai comunque la possibilità di fare alcuni esami all'interno della struttura <...> la struttura piccola è come il piccolo albergo, se gestito bene stai molto bene, il rischio è che non ti dia tutta una serie di servizi perché deve contenere i costi <...> sicuramente è preferibile una struttura media, poi dipende dal tipo di paziente, se ho il paziente autonomo che vuole vivere da solo va benissimo anche il bed and breakfast, ma se hai necessità di assistenza il discorso diventa più complicato. Forse la struttura medio/piccola va bene per pazienti con un discreto grado di autonomia, mentre gestire dei malati di Alzheimer in una struttura piccola è impossibile <...>.

<...> se devo dare indicazioni a una persona che non ha dei problemi medici reali gli dico di cercare una struttura non dico allegra ma almeno accogliente anche da un punto di vista umano. Un 75-80enne autonomo, che ha fatto una vita attiva, che è solo in casa e non vuole avere tutte le rotture di scatole da gestirsi, se lo può permettere va a scegliere una struttura dove l'assistenza è minore ma i servizi alberghieri, il cibo ecc. sono di ottimo livello. Una persona che invece ha dei grossi problemi è meglio che venga ricoverato in una grande struttura <...>.

<...> certi pazienti non hanno bisogno strettamente di un approccio di tipo medico, perciò esistono delle strutture dove vengono assistiti, il punto è gestire il pasto, gestire il lavare, insomma più una situazione di familiarità <...>.

<...> in una struttura piccola il rapporto è diverso, tu hai 6 persone in strutture con 10/15 posti letto alla fine c'è un rapporto familiare, il paziente viene chiamato per nome, lui chiama per nome l'ASA <...>.

<...> penso all'aspetto umanizzante, nel senso ci sono alcuni centri con un bel giardino, nel periodo primaverile le persone vengono portate fuori, insomma strutture che hanno meno l'aspetto dell'ospedale, che sono più piccole, dove l'anziano ha ancora una possibilità di socializzare con gli altri, di poter andare in un giardino se è ancora in grado di camminare <...>.

<...> la struttura grossa in genere ti offre grossi vantaggi dal punto di vista della gestione clinica, quindi la parte medica del paziente, se succede qualcosa di giorno hai anche tutti gli specialisti presenti, se il paziente sta male in 10 minuti ha un medico a sua disposizione e alcuni esami di base li può fare nel giro di mezz'ora; ma spesso la parte assistenziale diventa critica perché in un reparto di 30 malati girano 20/30 ASA e quindi ci sarà quello che lavora bene e quello che lavora meno bene e i ritmi sono talmente serrati che diventa anche difficile monitorare quello che viene fatto e da chi viene fatto <...>.

QUALI SONO LE COMPONENTI CHIAVE PER VALUTARE UNA RSA?

Per quanto l'assistenza medico-sanitaria sia considerata importante, nella valutazione della RSA i medici generici mettono l'accento soprattutto sull'assistenza.

<...> il livello assolutamente più importante, quello che salva o può salvare il paziente, è il livello infermieristico, che io potenzierei e migliorerei al massimo, non certo quello medico e neanche quello alberghiero. Perché il livello medico tutto sommato è facile, uno ha la febbre gli dai l'antibiotico, ha lo scompenso gli dai le medicine <...> faccio un esempio: se un paziente lo si cura bene con le medicine ma poi non gli si pulisce la bocca tre volte al giorno, gli viene un'infezione in bocca, non mangia più. Ecco è quasi più importante pulirgli la bocca tre volte al giorno che dargli delle medicine particolari <...> a livello medico si sa quando c'è qualcosa, si cerca di curarlo secondo scienza e coscienza, ma invece il livello della pulizia, dell'assistenza proprio sulle singole parti – occhi, bocca, pannoloni, che non sia bagnato, che non rimanga sporco più di tanto tempo <...> questo è il livello assolutamente più importante <...>.

MEDICI OSPEDALIERI E OFFERTA DI RIABILITAZIONE

MEDICI OSPEDALIERI E OFFERTA DI RIABILITAZIONE QUALI SONO LE ESIGENZE FONDAMENTALI?

La disponibilità immediata di posti letto e la quantità e qualità dell'offerta di fisioterapia sono le due esigenze fondamentali.

L'ospedale ha bisogno di dimettere i pazienti nel giro di pochi giorni, e quindi

<...> la nostra priorità è la ricezione del paziente<...> il paziente dovrebbe rimanere 3 giorni nel reparto per acuti e poi andare subito in riabilitazione<...>.

<...> la nostra degenza non può essere prolungata, noi dobbiamo liberare posti letto per accettare altri traumi<...>.

Il recupero del paziente è funzione della quantità di tempo dedicato alla fisioterapia e della competenza e dell'impegno del personale dedicato, e quindi:

<...> il trattamento fisioterapeutico può cambiare tutto in termini di recupero <...>.

> <...> la durata della seduta e il numero di sedute sono importanti, mezz'ora al giorno non è sufficiente, deve durare molto di più <...> un'ora al giorno di fisioterapia contro tre cambia molto <...>.

COME VALUTANO I SERVIZI DI RIABILITAZIONE PRESENTI SUL TERRITORIO LOMBARDO?

Nel complesso l'offerta del territorio è considerata discreta con due aree di attenzione: disponibilità di posti letto e qualità della fisioterapia.

La disponibilità di posti letto è valutata insufficiente rispetto alle necessità di ricezione. Questo problema è particolarmente sentito negli ospedali che non hanno al proprio interno un reparto di riabilitazione. Ne derivano sia tempi di attesa troppo lunghi, che costringono l'ospedale a trattenere il paziente più del dovuto o a rimandarlo temporaneamente a casa in attesa che si liberi un letto, sia difficoltà a soddisfare le attese dei familiari che la struttura di riabilitazione sia agevole da raggiungere.

L'offerta di fisioterapia appare disomogenea per quantità e qualità. Varia molto da struttura a struttura e risulta tendenzialmente adeguata nelle strutture di grandi dimensioni e deficitaria nelle strutture medio-piccole.

COSA CHIEDONO IN CONCRETO?

> <...> servirebbe più offerta come strutture e i tempi di dimissione dei pazienti dovrebbero essere velocizzati; la disponibilità di posti è sicuramente ridotta rispetto ai bisogni <...>.

> <...> noi abbiamo difficoltà a liberare posti letto per trattare le persone in acuto perché non ci danno posti in riabilitazione <...>

> le fratture di femore, ad esempio, stanno in ospedale anche 15 giorni perché non si trova posto per riabilitarli <...>.

> <...> i pazienti rimangono in reparto anche quando non c'è motivo per rimanere, e occupano il posto letto, ma la nostra degenza non può essere prolungata, dobbiamo liberare i posti letto per accettare altri traumi <...>.

> <...> a volte dobbiamo spingerci a trasferirli in strutture lontane, un soggetto che ha subito un intervento chirurgico deve essere trasportato magari a 40 km di distanza, mentre i pazienti chiedono di essere portati in una struttura vicino a casa, oggettivamente a volte i famigliari hanno difficoltà vere e proprie <...>.

> <...> non possiamo aspettare di trovare il posto, quindi a volte viene praticata la dimissione protetta a domicilio e poi la chiamata da parte della struttura <...>.

> <...> il tempo che intercorre tra la nostra richiesta e l'accettazione è troppo, tra l'altro noi facciamo richiesta subito dopo l'intervento chirurgico mentre invece dovrebbe essere fatta nei tempi in cui il paziente può essere dimesso, perché se il decorso non è regolare il paziente deve rimanere in ospedale per accertamenti, magari per una settimana <...> sarebbe corretto che la richiesta venisse effettuata dopo aver fatto gli accertamenti e che il paziente fosse poi dimesso in tempi brevi <...> invece noi la facciamo addirittura prima <...>.

> <...> bisogna tener presente che in prospettiva il problema degli anziani diventerà sempre più grosso, intendo dire il problema degli anziani che 'si rompono'. Adesso operiamo di protesi persone che una volta non avremmo mai operato, persone di 80-85 anni in buone condizioni da un punto di vista generale. Ma a questa età un intervento del genere richiede sicuramente un aiuto <...>.

> <...> la qualità è un'area di miglioramento: ci sono realtà in cui la qualità è migliore di altre <...> purtroppo noi non possiamo scegliere di mandare i pazienti da una parte o dall'altra in base al quadro clinico, non possiamo dire 'questo lo mandiamo di qua perché c'è bisogno di una riabilitazione più attenta, oppure lo mandiamo di là perché comunque basta che faccia una riabilitazione regolare anche se non particolarmente assidua <...> noi siamo costretti a dimmetterli e a mandarli in base alla disponibilità, e questo è certamente un limite <...>.

> <...> il trattamento fisioterapeutico dipende molto dal soggetto a cui viene affidato il paziente, in alcune strutture trovi fisioterapisti attenti, in altre meno e dedicano anche meno tempo ai pazienti <...>.

> <...> vedo spesso che il trattamento fisioterapeutico anche quando è presente comunque è inadeguato come tempo, magari si tratta per cinque o dieci minuti, ma anche mezz'ora non è sufficiente <...>.

> <...> In definitiva direi troppi pazienti per poco personale, troppo pochi posti letto per la richiesta che esprime il territorio <...>.

GOLGI REDAELLI: PRESENTE E STORIA

SEZIONE 3

Il Golgi Redaelli si occupa dei bisogni di salute della popolazione anziana di Milano e provincia. Offre servizi di tipo sanitario-assistenziale e riabilitativo. Propone soluzioni avanzate rivolte a malati di Alzheimer, malati terminali, persone in stato vegetativo permanente.

Ente pubblico senza fini di lucro, è parte integrante della rete dei soggetti pubblici e privati impegnati nelle attività di servizio alla persona. Con essi lavora in una logica di trasparenza, cooperazione e condivisione di indirizzi. Per sostenere l'accessibilità ai servizi e recepire i bisogni emergenti, l'azienda dialoga con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Presso il Golgi Redaelli lavorano oltre 1500 persone tra dipendenti e collaboratori. Sono loro la risorsa fondamentale e distintiva dell'azienda, a loro l'azienda vuole dare un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente competenze e potenzialità.

L'ente è erede dei Luoghi Pii Elemosinieri, antiche istituzioni che in 700 anni di storia hanno disegnato il profilo inconfondibile delle attività assistenziali lombarde. La tradizionale vocazione alla solidarietà e l'attenzione all'evoluzione dei bisogni delle persone guidano tuttora l'operare del Golgi Redaelli.

IL GOLGI REDAELLI A COLPO D'OCCHIO

ORIGINE

Oltre **700 anni di vita**

MISSION ISTITUZIONALE

Assistenza alla popolazione anziana

ATTIVITÀ

Assistenza sanitaria e socio-sanitaria:

3 istituti (Milano, Vimodrone, Abbiategrasso)

1.521 posti letto accreditati (86% finanziati)

1.550 persone (80% dipendenti)

Formazione e aggiornamento professionale con attività didattica (provider accreditato ECM)

Prevenzione, studio e ricerca (anche con la partecipazione alla Fondazione Golgi Cenci)

Conservazione e valorizzazione del proprio **patrimonio** di interesse **storico, artistico e culturale**

Gestione patrimonio immobiliare, a supporto della mission istituzionale

LE ATTIVITÀ PER LA SALUTE DEGLI ANZIANI

Ci occupiamo di assistenza sociale e sanitaria, servizi di diagnosi, cura e riabilitazione. Offriamo servizi e percorsi riabilitativi e assistenziali integrati nelle nostre tre strutture di Milano, Abbiategrasso e Vimodrone.

PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Le **RSA** sono strutture presso cui le persone anziane fragili con bisogni complessi trovano assistenza, 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Nelle nostre RSA diamo asilo a oltre 700 ospiti, con percorsi di cura centrati sui bisogni delle persone e delle famiglie. All'interno delle RSA abbiamo **nuclei riservati a persone con demenze e Alzheimer**. La nostra offerta propone anche gli spazi di vita collettiva dei **CDI (Centri Diurni Integrati)**; prestazioni infermieristiche, riabilitative e assistenziali integrate nell'**ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)**; la **RSA aperta** per integrare il lavoro dei caregiver e delle famiglie. Nelle **UVG (Unità di Valutazione Geriatriche)** i nostri medici valutano da più punti di vista le condizioni della persona e indicano il percorso più adatto.

PER GLI ANZIANI CON BISOGNI RIABILITATIVI

Dopo traumi, operazioni o malattie complesse, gli anziani e in generale le persone fragili hanno bisogno di cure speciali per riattivarsi, recuperare e tornare alla propria vita nel modo migliore possibile. Noi abbiamo tre strutture dedicate alle **Cure intermedie**, vale a dire ricoveri temporanei (30-90 giorni) mirati a ottenere per ciascun malato il massimo. Nella riabilitazione delle persone anziane abbiamo una competenza senza confronti e oltre 620 posti dedicati, anche attraverso i **nuclei dedicati ai malati di Alzheimer**; il servizio di **CDC (Ciclo Diurno Continuo)** per chi è affetto da disabilità multiple e/o cronicizzate. La riabilitazione in **Day Hospital** è destinata ai pazienti in grado di affrontare il tragitto quotidiano da casa all'istituto di riferimento.

PER LE PERSONE AFFETTE DALLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Il Golgi Redaelli propone la ricerca, le strutture e le competenze necessarie per la costruzione del progetto di cura della persona con demenza. In particolare, il Golgi di Abbiategrasso è certificato per l'applicazione dell'approccio GentleCare. Le **UVA (Unità di Valutazione Alzheimer)** sono dedicate alla diagnosi della malattia, all'impostazione del trattamento e a periodici follow-up. I **Nuclei per degenze di lunga durata** all'interno delle nostre RSA accolgono persone con demenza e disturbi del comportamento incompatibili con la permanenza in reparti tradizionali, mentre i **Nuclei per degenze temporanee** si occupano dell'inquadramento diagnostico, del trattamento di specifiche patologie o riabilitazione. Abbiamo servizi diurni per terapie riabilitative che non richiedono ricovero (**CDC**) e assistenza e terapie specifiche (**RSA aperta**) presso le nostre strutture o a domicilio. Gli **Alzheimer Café** sono spazi di ascolto e riflessione per confrontarsi in piena libertà tra caregiver, medici, psicologi, terapisti, addetti alla cura e all'assistenza delle persone malate di Alzheimer.

PER I MALATI DI PARKINSON

Il **Percorso Parkinson** è un iter fortemente individualizzato che risponde alle molteplici esigenze della persona con Parkinson integrando diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione. La **Fase diagnostica** definisce lo stadio della malattia, delle cure e terapie farmacologiche. La **Riabilitazione neuromotoria**, coinvolgendo diverse figure professionali, individua strategie mirate a ridurre le disabilità portate dalla malattia. La **Riabilitazione robotica** prevede il lavoro individuale con un fisioterapista e il supporto di sistemi robotizzati. La **Riabilitazione complementare** utilizza arte, musica, canto, osteopatia e psicomotricità per migliorare e contenere l'ampia e complessa sintomatologia correlata alla malattia di Parkinson. Il **Progetto familiari** nasce per sostenere il nucleo familiare a cui appartiene il malato di Parkinson, migliorando le dinamiche all'interno della famiglia, il livello di consapevolezza e accettazione della malattia.

PER LE PERSONE IN STATO VEGETATIVO

Come stato vegetativo si definisce una condizione di vigilanza in assenza di coscienza di sé e dell'ambiente circostante. Nei **nuclei dedicati alle persone in stato vegetativo**, la nostra cultura sanitaria e assistenziale si concretizza in un alto livello di servizio e assistenza: meno decubiti, sostegno allo stato nutrizionale, riconoscimento dei possibili miglioramenti dello stato di coscienza del malato.

PER LE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE IN FASE TERMINALE

Il **nucleo Hospice** accoglie persone affette da malattie ad andamento irreversibile in fase terminale. Mediante il controllo del dolore e il contenimento del disagio fisico e psichico accompagniamo la persona e la sua famiglia nel pieno rispetto della sua dignità. Il nostro nucleo di Milano fa parte

della rete di cure palliative della Regione Lombardia, che favorisce il ricovero dei pazienti secondo criteri di priorità condivisi, evitando forme di ospedalizzazione improprie.

PER BAMBINI E ADOLESCENTI CON BISOGNI RIABILITATIVI

Il **Servizio di Riabilitazione dell'Età Evolutiva** fornisce interventi di logopedia (per disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento), di psicomotricità (per disturbi relazionali e comportamentali come la sindrome autistica e deficit cognitivi), di riabilitazione neurovisiva e di riabilitazione neuromotoria e assicura interventi di psicoterapia con possibilità di colloqui con i genitori.

PER TUTTI, AMBULATORI DI MEDICINA SPECIALISTICA E LABORATORI DI ANALISI

I servizi geriatrici non sono la nostra sola attività, oltre agli ambulatori di geriatria e UVA e ai servizi di neuropsicologia clinica per l'età evolutiva, i nostri istituti propongono servizi di **medicina fisica e riabilitazione**, ambulatori di **recupero funzionale**, **pneumologia**, **diagnostica per immagini**, **radiografia diagnostica** ed **ecografia internistica**. Il servizio di **analisi cliniche** è aperto a tutti attraverso i punti-prelievo.

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

Sono pensati per chi vuole migliorare la propria qualità di vita conservando l'autonomia di una propria casa e acquisendo la garanzia di un contesto protetto, con la possibilità di avere servizi di assistenza a domicilio: **mono e bilocali** senza barriere architettoniche, costruiti e arredati secondo criteri ergonomici e con materiali di pregio.

RICERCA E FORMAZIONE

PREVENZIONE, STUDIO E RICERCA

Oltre alle attività di cura, l'ente svolge attività di prevenzione, studio e ricerca di carattere epidemiologico, clinico e sociale. In particolare, sostiene la Fondazione Golgi Cenci, orientata principalmente allo studio dell'invecchiamento cerebrale, mettendo a disposizione l'ampia visione statistico-epidemiologica delle sindromi di demenze e Alzheimer. Per proprio conto e/o in collaborazione con altri enti e università, il Golgi Redaelli svolge indagini che riguardano vari e diversi ambiti: risultati e percorsi in riabilitazione (compresi i nuclei Alzheimer), problematiche nelle RSA, i "giganti" geriatrici (quali la malnutrizione, le cadute, la fragilità, la confusione acuta). Altri settori di studio sono le tecnologie assistenziali/riabilitative e le problematiche infettivologiche, sia dal punto di vista clinico che di ricerca microbiologica. Un ambito in espansione è quello del benessere organizzativo, nella convinzione che ricerca e formazione siano anche potenti strumenti di miglioramento gestionale.

ISTRUZIONE, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'Azienda considera la formazione permanente del personale un determinante fattore di sviluppo. Conseguentemente favorisce l'evoluzione professionale dei propri dipendenti durante l'intera vita lavorativa, garantendo la partecipazione ad attività finalizzate all'apprendimento di nuove conoscenze e all'aggiornamento professionale, sia organizzando al proprio interno specifici momenti formativi, sia ricorrendo all'offerta formativa esterna, erogata da strutture qualificate.

Le attività di formazione, aggiornamento e istruzione vengono pianificate in coerenza con i fabbisogni, gli indirizzi strategici aziendali e le linee di indirizzo regionali e con i processi di innovazione in campo sanitario, tecnologico e organizzativo.

Dal 2008 l'Azienda è accreditata come Provider ECM - CPD presso la Regione Lombardia, rispondendo anche all'esigenza delle professioni sanitarie di acquisire annualmente i crediti formativi. L'organizzazione si è dotata di una struttura di gestione e monitoraggio dell'intero processo formativo (Comitato Scientifico, Referenti della formazione, Gruppi di lavoro, Formatori aziendali) e di infrastrutture dedicate, come richiesto dalle disposizioni in tema di accreditamento.

LE STRUTTURE

I circa 1.500 dipendenti del Golgi Redaelli, fra cui 70 medici e oltre mille paramedici, prestano la loro opera nei tre grandi istituti geriatrici di Milano, Vimodrone e Abbiategrasso.

L'ISTITUTO GERIATRICO PIERO REDAELLI DI MILANO

Nel 1966 la struttura prende il nome di Piero Redaelli, docente di anatomia e istologia patologica di fama mondiale, ma le sue origini risalgono al 1784, anno in cui viene aperta come Casa di Lavoro volontario, dedicata all'avviamento al lavoro dei disoccupati e sostenuta con le risorse economiche dei Luoghi Pii Elemosinieri. Nel corso dei secoli la struttura continua a evolvere finché, negli anni '50, si delinea la sua spiccata vocazione geriatrica.

Con i suoi 576 posti letto e con i 75 di assistenza diurna, l'istituto offre agli anziani servizi specialistici dedicati e un'accoglienza di elevata qualità: camere singole o a due letti con servizi e impianti di climatizzazione, palestre attrezzate, biblioteca interna e sala di lettura, sale per proiezioni cinematografiche, giardino e terrazza.

La differenziazione dei servizi rivolti agli anziani, la loro interconnessione, l'apertura al territorio fanno di questa struttura il perno di un'accorta politica di continuità assistenziale.

L'ISTITUTO GERIATRICO CAMILLO GOLGI DI ABBIETEGRASSO

Anche questa struttura ha una lunga storia: nasce nel 1784 come ricovero dei "poveri schifosi, impotenti ed incurabili" della città di Milano nel convento soppresso di Santa Chiara ad Abbiategrasso. Dopo molte trasformazioni, nel 1966 viene intitolata a Camillo Golgi, premio Nobel italiano per la medicina nel 1906 e primario dell'Istituto tra il 1872 e il 1875.

Collocato nel centro cittadino, oggi l'edificio offre soluzioni architettoniche e impiantistiche di grande pregio, frutto di una recente ricostruzione. È dotato di 317 posti letto, di 36 posti di degenza diurna e di 18 alloggi protetti. Propone servizi ambulatoriali e diurni di carattere riabilitativo e servizi dedicati a bambini e adolescenti con disturbi relazionali, autismo e deficit cognitivi.

La struttura ha capitalizzato grandi competenze nella ricerca e cura dell'Alzheimer e delle demenze senili. È capofila nella prima sperimentazione in Italia di Dementia Friendly Community, in corso ad Abbiategrasso.

L'ISTITUTO GERIATRICO PIERO REDAELLI DI VIMODRONE

L'Istituto nasce nel 1971 come sede aggiuntiva dell'omonimo Istituto di Milano, ma acquisisce ben presto una propria fisionomia e uno stretto rapporto con il territorio circostante.

Oggi l'Istituto di Vimodrone è un grande centro polivalente dedicato agli anziani, con 452 posti letto residenziali e 55 posti di degenza diurna, un vasto parco ad alta accessibilità, con grandi alberi e un laghetto. L'edificio offre reparti di degenza in gran parte ristrutturati e un Nucleo Alzheimer con camere da uno o due letti, dotate di avanzate attrezzature medicali.

Le modalità assistenziali, il livello delle cure e la molteplicità dei servizi disponibili offrono supporto agli anziani del territorio.

IL PATRIMONIO

IL PATRIMONIO CULTURALE

Il Golgi Redaelli – erede dell'antico patrimonio dei Luoghi Pii Elemosinieri sorti a Milano a partire dal XIV secolo – investe risorse ed energie nella tutela, nello studio, valorizzazione e divulgazione dell'archivio storico, della biblioteca e della fototeca, e dei beni artistici comprendenti dipinti, sculture e oggetti, affidati alle cure del Servizio Archivio e Beni Culturali. Con questo operano di volta in volta archivisti, storici dell'arte, dell'architettura e della fotografia, esperti di didattica.

L'Archivio storico (che comprende pergamene, statuti miniati e altri oggetti di valore, come uno schizzo del Bramante per il progetto della chiesa di San Satiro) e la Quadreria (con circa 130 dipinti, tra cui molteplici ritratti di benefattori) sono conservati nella sede di Palazzo Archinto, mentre altri beni culturali sono distribuiti tra il Castello Sforzesco (*Presepe di Trognano* e *Madonna di Riozzo*), il Cimitero Monumentale, le cascine agricole (con gli annessi oratori campestri) e i tre istituti geriatrici di Milano, Vimodrone e Abbiategrasso (qui in particolare, oltre alle vestigia dell'antico monastero di Santa Chiara con i suoi dipinti e sculture, è allestita una raccolta di strumenti scientifici intitolata al premio Nobel per la medicina Camillo Golgi, che nell'Ottocento fu primario del ricovero).

Attraverso restauri, prestiti a mostre e depositi museali, il Golgi Redaelli promuove la salvaguardia e la conoscenza dei propri beni. Sono parte fondamentale di quest'opera di divulgazione e apertura alla città le pubblicazioni dell'Archivio: *Il tesoro dei poveri* (2001) dedicato al patrimonio artistico, Milano. *Radici e luoghi della carità* (2008) sulla storia degli antichi Luoghi Pii Elemosinieri, la *Guida dell'Archivio* (2012) e *Il paese dell'acqua* (2013) che prende in considerazione i beni rurali rappresentati dalle antiche cascine e i temi connessi di storia dell'agricoltura e della società.

In collaborazione con l'associazione IRIS (Insegnamento e Ricerca Interdisciplinare di Storia) e l'Ufficio Scolastico Regionale, il Golgi Redaelli lavora con le scuole di ogni ordine e grado attraverso il laboratorio didattico *L'Officina dello storico*: sotto la guida di archivisti esperti e degli insegnanti, gli studenti vengono a contatto con i temi dell'assistenza e della storia, "toccando con mano" gli antichi documenti con le loro peculiarità.

Il percorso di "restituzione" alla cittadinanza delle memorie collettive di cui l'ente è depositario porta il Golgi Redaelli, in rete con altri soggetti culturali operanti sul territorio, a elaborare proposte divulgative e di fruizione partecipata sempre nuove, come le piattaforme web *Milano* e *le sue associazioni* e *MilanoAttraverso*.

IL PATRIMONIO IMMOBILIARE

Il Golgi Redaelli amministra immobili e terreni donati dai benefattori nel corso dei secoli. Attraverso procedure trasparenti, li affitta a privati e imprese. Si tratta di circa 850 unità immobiliari e terreni con annesse aziende agricole nelle province di Milano e Pavia per complessivi duemila ettari.

La gestione patrimoniale dei beni integra il finanziamento dei servizi rivolti agli anziani. Grazie ai proventi dalla gestione ordinaria (affittanze) e dalla vendita delle unità immobiliari

ritenute non strategiche (prevalentemente aree edificabili), il Golgi Redaelli in questi ultimi anni ha avviato e praticamente concluso un ampio programma di nuove edificazioni, ristrutturazioni edilizie, ammodernamento e messa a norma delle proprie strutture di accoglienza socio-sanitarie e assistenziali: edificazione del centro di riabilitazione di via Caterina da Forlì in Milano (160 posti letto) e della nuova RSA di Abbiategrasso (128 posti letto oltre a 18 mini alloggi), più la ristrutturazione di diversi reparti RSA e di Cure Intermedie.

La maggior parte dei terreni è attualmente affittata ad aziende agricole di medie e grandi dimensioni, con contratti di lunga durata.

LA STORIA

1305

L'Azienda di Servizi alla Persona Golgi Redaelli è erede di 40 Luoghi Pii Elemosinieri sorti a Milano a partire dal XIV secolo: il più antico è la Scuola delle Quattro Marie, che risale perlomeno al 1305, il più recente è il Luogo Pio della Carità verso i Carcerati, fondato nel 1750. La sua storia inizia quindi sette secoli fa.

I Luoghi Pii sono strutture di accoglienza finanziate da cittadini benestanti e volenterosi per dare assistenza ai bisognosi. A Milano sorgono a partire dal XIV secolo, per iniziativa di soggetti diversi, principalmente laici, provenienti dai ceti benestanti. I Luoghi Pii danno sussidi distribuiti per mezzo dei cosiddetti "segni": biglietti cartacei e gettoni metallici, contraddistinti dall'emblema o dal nome del Luogo Pio che li emette. I "segni" danno diritto a ritirare razioni di riso, frumento, pane, vino, altri generi commestibili, indumenti e fascine di legna. E l'attività benefica non si esaurisce qui: molti Luoghi Pii assegnano doti alle fanciulle povere o si distinguono per attività peculiari. Il Luogo Pio Loreto, per esempio, assiste i cosiddetti "poveri vergognosi", vale a dire nobili decaduti che vengono aiutati a mantenere un tenore di vita adeguato senza divulgare la notizia del loro declino.

Ogni Luogo Pio è dotato di un patrimonio di entità variabile,

formato da donazioni ed eredità disposte da generosi benefattori, di cui in alcuni casi si conservano ancora carte personali e familiari e in ricordo dei quali vengono fatti eseguire ritratti a olio su tela (i ritratti gratulatori). A questi introiti si aggiungono le offerte degli associati e quelle ricavate dalla raccolta di elemosine in particolari occasioni, come il Natale e la Pasqua.

- 1784** Una delle prime riforme introdotte in Lombardia dall'imperatore Giuseppe II riguarda il sistema delle fondazioni assistenziali, centralizzate e sottoposte al controllo pubblico. Tra il 1784 e il 1788 a Milano i circa quaranta Luoghi Pii esistenti vengono accorpati nei cinque più prestigiosi: Quattro Marie, Misericordia, Divinità, Carità e Loreto (i cui simboli compongono tuttora lo stemma dell'ente). Un'importante novità di quegli anni è la creazione, a spese degli stessi Luoghi Pii Elemosinieri, di nuove strutture rispondenti all'evoluzione dei bisogni e delle politiche sociali: la Pia Casa degli Incurabili di Abbiategrasso e le Pie Case di Lavoro di Milano.
- Durante la dominazione napoleonica i cinque Luoghi Pii vengono unificati in un solo organismo, che negli anni della Restaurazione prende il nome di Amministrazione dei Luoghi Pii Elemosinieri.

- 1862** Dopo l'unità d'Italia, con l'estensione della legislazione sabauda in materia assistenziale, all'Amministrazione dei Luoghi Pii Elemosinieri subentra la Congregazione di Carità che si trova a gestire una struttura ramificata e complessa, comprendente diversi istituti di ricovero e numerose Opere Pie. Fra queste ultime si ricorda il Baliatico (1872) che fornisce un sussidio alle madri povere durante il periodo dell'allattamento. Agli istituti già esistenti si aggiungono il Ricovero di Mendicità (1869, che col mutato nome di Istituto

per Inabili a lavoro si trasferirà nel 1929 in piazzale Giovanni dalle Bande Nere) e l'Istituto Derelitti (1906-1966).

- 1890** Con l'approvazione della legge Crispi le antiche Opere Pie sono trasformate in una nuova tipologia di ente pubblico chiamata IPAB, Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza.
- 1937** Il regime fascista sopprime la Congregazione di Carità e affida la gestione delle Opere Pie al nuovo Ente Comunale di Assistenza, ECA. I compiti dell'ECA sono vasti e comprendono la tradizionale erogazione di sussidi, il ricovero notturno dei senzatetto, il soccorso invernale agli indigenti, l'invio di bambini poveri alle colonie marine e montane.
- 1966** L'Istituto Inabili a lavoro di Milano e la Pia casa degli Incurabili di Abbiategrasso assumono il nome di "Istituti geriatrici" e vengono intitolati rispettivamente a Piero Redaelli e a Camillo Golgi. Questo sancisce la vocazione geriatrica dell'ente che, già a partire dagli anni Cinquanta, aveva iniziato a orientarsi progressivamente verso l'assistenza agli anziani.
- 1971** Nasce l'Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Vimodrone.
- 1978** Gli ECA vengono soppressi in tutta la Repubblica: i compiti di assistenza generica ai poveri, che già la Costituzione Italiana aveva indicato come competenza propria delle amministrazioni locali, sono trasferiti ai Comuni. A Milano le Opere Pie già amministrate dall'ECA ma aventi finalità più ampie, e in particolare i tre Istituti

geriatrici, continuano le proprie attività sotto il nome di Amministrazione delle IPAB ex ECA di Milano, conservando autonomia patrimoniale e di bilancio.

2003 Con la riforma delle IPAB, l'Ente sceglie di conservare un regime pubblicistico e si trasforma in Azienda di Servizi alla Persona (ASP).

OGGI Oggi il Golgi Redaelli si presenta come una realtà unitaria col nome di ASP Golgi Redaelli, ente di diritto pubblico con finalità di rilevanza sociale e socio-sanitaria, dedicato alla cura degli anziani.

L'ente si finanzia in modo autonomo, non riceve contributi e viene remunerato in relazione alle prestazioni erogate. Per quanto inserito nel settore pubblico, conserva immutati nel tempo due elementi fondamentali: l'autonoma personalità giuridica delle Opere Pie e la loro origine sostanzialmente privatistica.

CONCEPT, COORDINAMENTO E REDAZIONE

Biscione Associati srl — Milano
www.biscioneassociati.it

INDAGINE A CURA DI

Ce&Co — Milano
www.ce-co.it

PROGETTO GRAFICO

Atto
www.atto.si

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Chiara Ghigliazza
www.chiaraghigliazza.com

STAMPA

Parole Nuove

LE VOCI DELLA CURA

A fronte di un aumento costante della popolazione over 65, la scienza geriatrica ha fatto molto, in termini di cura e ricerca. E molto c'è ancora da fare.

Il Golgi Redaelli è oggi una delle più importanti strutture lombarde dedicate alla cura degli anziani. Offre servizi residenziali, ambulatoriali e domiciliari di tipo sanitario-assistenziale e riabilitativo. Propone soluzioni avanzate rivolte a malati di Alzheimer, malati terminali, persone in stato vegetativo permanente.

Nelle tre sedi dell'ente — Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Milano, Istituto Geriatrico Piero Redaelli di Vimodrone, Istituto Geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso — lavorano oltre 1500 persone, tra dipendenti e collaboratori.

L'ente è erede dei Luoghi Pii Elemosinieri, antiche istituzioni che, a partire dal 1300, hanno contribuito a disegnare il profilo inconfondibile delle attività assistenziali lombarde.

Di questi ne custodisce e valorizza il patrimonio storico, artistico e culturale attraverso attività divulgative che coinvolgono cittadini, scuole, studiosi.

Il Golgi Redaelli è parte integrante della rete dei soggetti pubblici presenti sul territorio. Con essi lavora in una logica di trasparenza, cooperazione e condivisione di indirizzi.

Per sostenere l'accessibilità ai servizi e recepire i bisogni emergenti, l'azienda dialoga con associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Con questo volume il Golgi Redaelli celebra 50 anni dedicati alla geriatria: mezzo secolo di costante innovazione nelle cure mediche, nella ricerca scientifica, nel sostegno agli anziani. Un nuovo capitolo che si aggiunge a una storia di responsabilità e impegno iniziata oltre 700 anni fa.