LE CASE DI RIPOSO IN ITALIA

Prima Ricerca Nazionale Auser sulle Case di Riposo

Indagine a cura di Francesco Montemurro
Con la collaborazione di:
Marco Castelli (Analisi dei bilanci delle Case di Riposo)
Daniele De Pretto (Normativa regionale)
Giulia Farfoglia (Mappatura delle case di riposo, sistemi regionali di accreditamento)
Giulio Mancini(Indagine sul campo)
Nadia Natalucci, Maria Rita Scosta, (interviste)

Una giungla di servizi e residenze, dove sul concetto di adeguatezza prevale la carenza di trasparenza e regolamentazione.

Il sistema delle "Case di riposo" indagato da Auser nazionale è una realtà costituita dalle residenze sanitarie assistenziali (rsa, che assistono in modo particolare ma non solo anziani non autosufficienti) e dalle residenze assistenziali (ra, che invece ospitano soprattutto utenti autosufficienti e con una lieve non autosufficienza). L'attenzione, però, si è focalizzata sul secondo tipo di strutture (proprio quelle che in genere vengono qualificate come "Case di riposo", dove negli ultimi anni è cresciuta in modo considerevole la presenza di irregolarità e di fenomeni di disagio sociale.

In primo luogo, si conferma il ritardo dell'azione regionale di indirizzo e regolamentazione. Per quanto riguarda le strutture socio-sanitarie, sono passati più di dieci anni dall'approvazione delle norme (dlgs 502/92 e dlgs 229/99) che hanno introdotto il regime di accreditamento e autorizzazione per queste residenze. Tuttavia, ancora oggi (di anno in anno, il termine ultimo per l'approvazione dell'accreditamento istituzionale definitivo è stato fissato dalla Finanziaria 2010 al 31 gennaio 2011) in alcune regioni il processo non si è concluso.

Al dicembre 2010 (fonte: Agenas) circa il 63.3% delle residenze per anziani era definitivamente accreditato, un valore che esprime una forte variabilità territoriale: nel Nord – Ovest raggiunge l'89,5%, nel Mezzogiorno il 71,7%, nell'Italia Insulare: 55,8%, nel Nord Est si abbassa al 14,7%, fino al 7,2% del Centro.

Per quanto riguarda invece il sistema di accreditamento e autorizzazione introdotto per le ra (Case di riposo ed altre tipologie) e disciplinato dalla legge 328/2000, la maggior parte delle Regioni ha concluso il percorso amministrativo solo negli ultimi anni, con conseguente scarsa operatività delle regole.

Un sistema "incerto", dunque, tanto che basta la mappatura dei principali elenchi telefonici e commerciali delle case di riposo (ad esempio le Pagine gialle) per far emergere buona parte del sommerso: cioè fino a 700 residenze che vivono nell'oscurità, senza contatti con gli enti pubblici, con la comunicazione all'esterno ridotta al lumicino e con pochissimi controlli a carico.

Le consistenze delle Case di riposo variano a seconda delle fonti ufficiali e informali che si occupano delle strutture residenziali.

La ricostruzione degli elenchi regionali (parziali) restituisce un valore pari 3.374 strutture, che riguarda in modo particolare le residenze sanitarie assistenziali (rsa) e le residenze assistenziali (ra)[1];

---

[1] Con le Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994, *"Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"*, vengono fornite indicazioni sulle caratteristiche strutturali delle RSA (vengono ripresi e confermati i requisiti dettati dal DPCM 22/12/1989) e sugli aspetti gestionali e criteri per la determinazione dei costi (suddivisi in costi totalmente sanitari, costi totalmente non sanitari e costi misti). Viene inoltre introdotta la differenziazione tra R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) e la R.A. (Residenza Assistenziale).

Le prime **(R.S.A.)** realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

In base alle loro condizioni psico-fisiche, sono ospiti delle R.S.A.:

- anziani non autosufficienti (in media 4 moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di 6 moduli). Nelle R.S.A. per anziani, di norma, un modulo di 10-15 posti va riservato alle demenze;
- disabili fisici, psichici e sensoriali (in media 2 moduli, massimo 3 da 10-15 soggetti).

Le Residenze assistenziali (R.A.) si pongono invece al di fuori delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Esse si esprimono attraverso diverse forme di residenzialità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, ecc.), e sono caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di

In linea generale, questi elenchi si riferiscono a strutture pubbliche e private che operano in regime di convenzione. Nella tipologia delle residenze assistenziali (ra) rientrano le case di riposo e le altre strutture residenziali a carattere socio-assistenziale (Comunità alloggio, Alloggi con servizi), che ospitano in genere anziani autosufficienti e non autosufficiente di grado lieve.

L'ultimo censimento delle "strutture residenziali di accoglienza per anziani" (che riguarda rsa e ra) preparato dal Ministero dell'Interno (anche sulla base di dati Istat) parla di 5.858 strutture - pubbliche e private - al 31 dicembre 2008, di cui 3.409 strutture che "accettano anziani non autosufficienti". I posti letto complessivi ammontano a circa 287.532, di cui 100.282 garantiti dalla gestione pubblica e 171.445 gestiti privatamente.

In base alle statistiche elaborate da Agenas (su dati del Ministero della Salute), nel 2007 il numero delle Rsa era pari 2.475, dotate di 152.745 posti letto, con un numero di utenti pari a 220.720 di cui circa il 34% concentrati nella sola Lombardia.

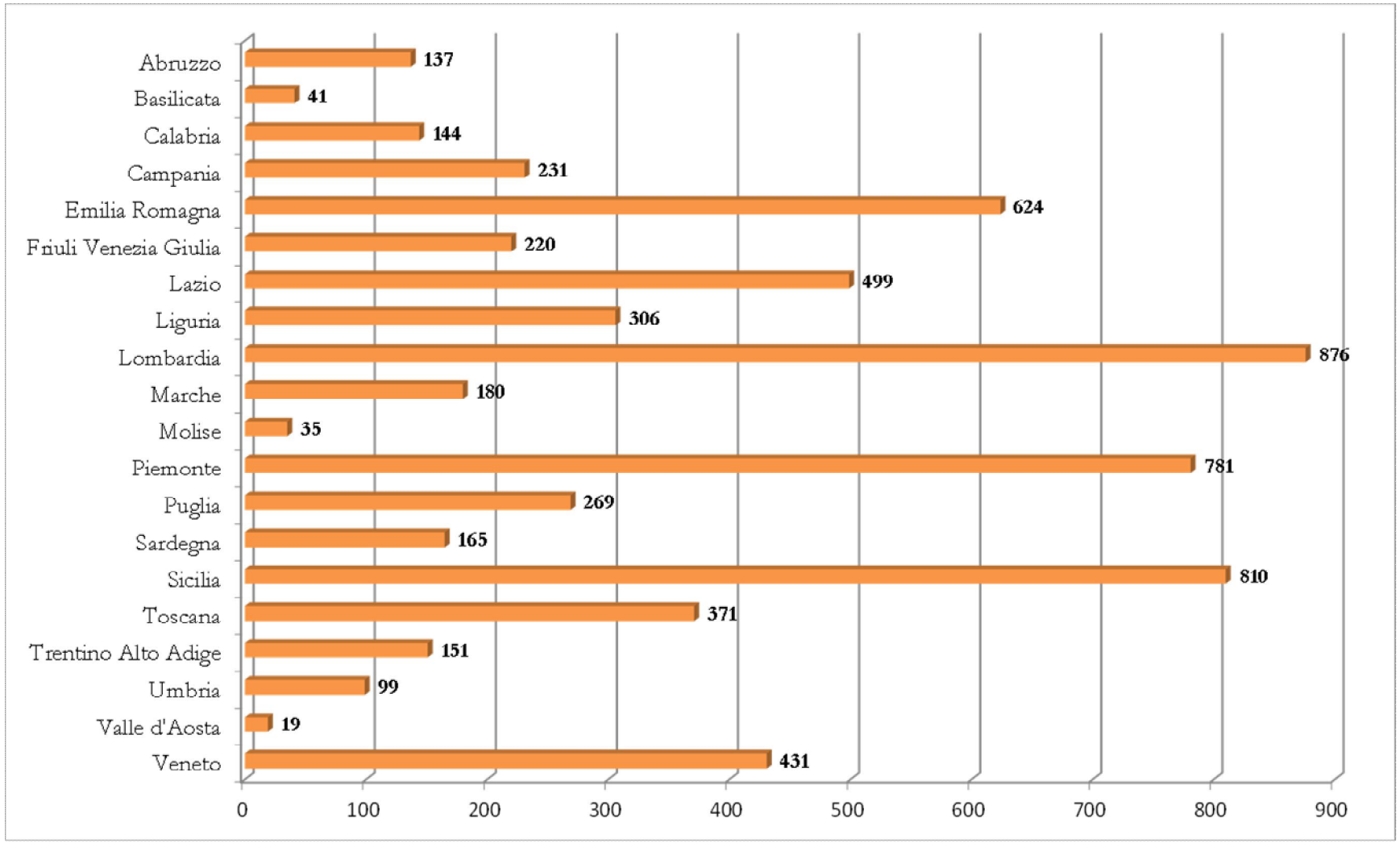
Con una nostra ricognizione abbiamo individuato, in particolare attraverso il sito delle Pagine Gialle, con chiave di ricerca "Case di riposo" 6.389 strutture (al 28 febbraio 2011), alle quali occorre aggiungerne ulteriori 326 che provengono dagli elenchi della Camera di Commercio e da altre fonti collegate ad associazioni del Terzo settore. Per un totale di 6.715 strutture residenziali. Tenuto conto che nella voce "Casa di riposo" trovano ospitalità non solo le residenze assistenziali ma anche le Rsa, la prima tipologia di strutture (Ra) è stata isolata e quantificata in circa 3.750 unità.

Rispetto alle consistenze del Ministero dell'Interno (al dicembre 2008) e agli albi regionali abbiamo almeno 700 strutture socio-assistenziali o case di riposo private (profit) di cui si conosce molto poco: non sono presenti negli elenchi regionali e comunali di competenza, non operano sicuramente in regime di accreditamento, non si sa se sono in possesso di autorizzazioni. In diversi casi esse non necessitano neanche di autorizzazione al funzionamento, tenuto conto che parte delle Regioni ha introdotto il regime di autorizzazione e accreditamento solo per le strutture pubbliche e convenzionate con il pubblico.

Il dato sulla distribuzione geografica delle strutture residenziali per anziani è suggestivo: a ospitarne di più è la Sicilia, con circa 900, di cui il 94% risulta "privato". In questa regione, in sostanza, il numero delle strutture residenziali "ufficiali" censite dal Ministero dell'Interno (499 al 31 dicembre 2008), cresce in modo considerevole fino ad avvicinarsi al raddoppio, se si "ragiona" con gli elenchi telefonici e con altre fonti informali e locali.

assistenza sanitaria specifica. Nelle residenze assistenziali le prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali. I costi dell'ospitalità nella residenza assistenziale non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale che assicura esclusivamente le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto.

Graf. 1 – Distribuzione Regionale delle Strutture rilevate attraverso le Pagine Gialle con chiave di ricerca "Case di Riposo".



Tab.1 - Elenco tratto dal sito www.paginegialle.it, al 28 febbraio 2011.
Chiave di ricerca "Case di riposo".

Regione	Provincia	Numero
Lombardia	BS	171
	MI	140
	PV	106
	CO	87
	VA	73
	BG	71
	MN	66
	MB	44
	CR	43
	SO	32
	LC	29
	LO	14
	Totale	**876**
Sicilia	CT	238
	PA	190
	ME	106
	SR	69
	AG	58
	RG	57
	TP	48
	CL	27
	EN	17
	Totale	**810**
Piemonte	TO	274
	CN	147
	AL	112
	AT	79
	BI	47
	VC	47
	NO	43
	VB	32
	Totale	**781**
Emilia Romagna	BO	172
	RE	83
	PR	70
	FE	60
	MO	57
	PC	54
	RA	51
	FC	45
	RN	29
	SM	3
	Totale	**624**
Lazio	RM	332
	LT	51
	RI	42
	VT	40
	FR	34
	Totale	**499**

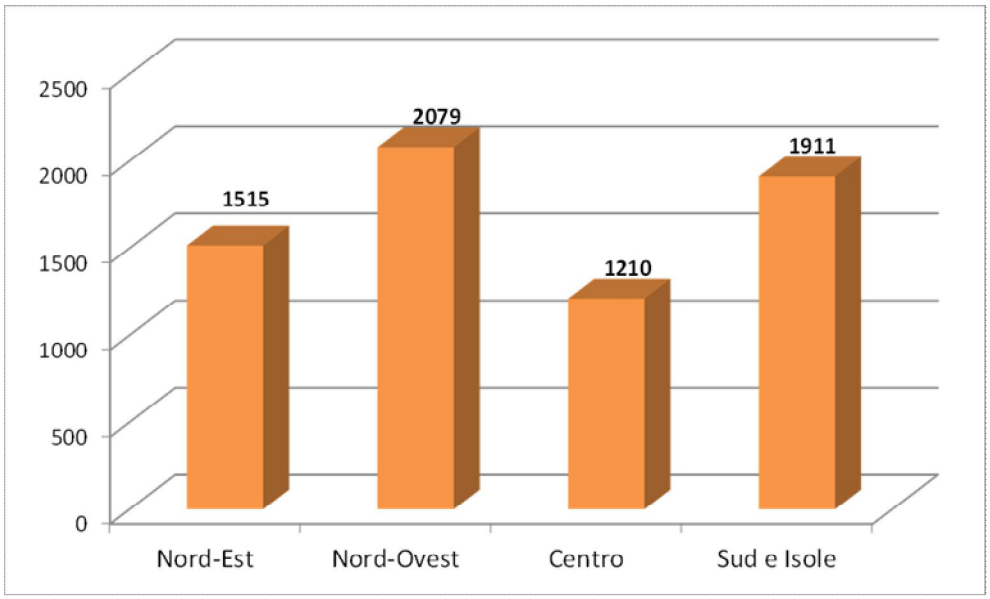
Regione	Provincia	Numero
Sardegna	CA	60
	SS	37
	OR	25
	NU	15
	VS	11
	OT	11
	CI	5
	OG	1
	Totale	**165**
Trentino Alto Adige	BZ	79
	TN	72
	Totale	**151**
Calabria	CS	48
	RC	40
	CZ	27
	VV	15
	KR	14
	Totale	**144**
Veneto	VI	101
	VR	89
	TV	71
	VE	52
	PD	51
	BL	41
	RO	26
	Totale	**431**
Toscana	FI	112
	SI	46
	AR	37
	LU	37
	MS	35
	PI	29
	LI	24
	GR	23
	PO	19
	PT	9
	Totale	**371**
Liguria	GE	181
	SV	54
	SP	35
	IM	33
	TO	1
	AL	1
	MS	1
	Totale	**306**

Regione	Provincia	Numero
Puglia	BA	110
	LE	81
	FG	24
	BT	19
	BR	18
	TA	17
	Totale	**269**
Campania	NA	119
	SA	40
	CE	33
	AV	20
	BN	19
	Totale	**231**
Friuli Venezia Giulia	TS	111
	UD	52
	PN	37
	GO	20
	Totale	**220**
Marche	AN	69
	MC	51
	PU	33
	FM	16
	AP	11
	Totale	**180**
Abruzzo	CH	56
	AQ	43
	PE	25
	TE	13
	Totale	**137**
Umbria	TR	53
	PG	46
	Totale	**99**
Basilicata	PZ	35
	MT	6
	Totale	**41**
Molise	CB	19
	IS	16
	Totale	**35**
Valle d'Aosta	AO	19
	Totale	**19**
TOTALE ITALIA		**6.389**

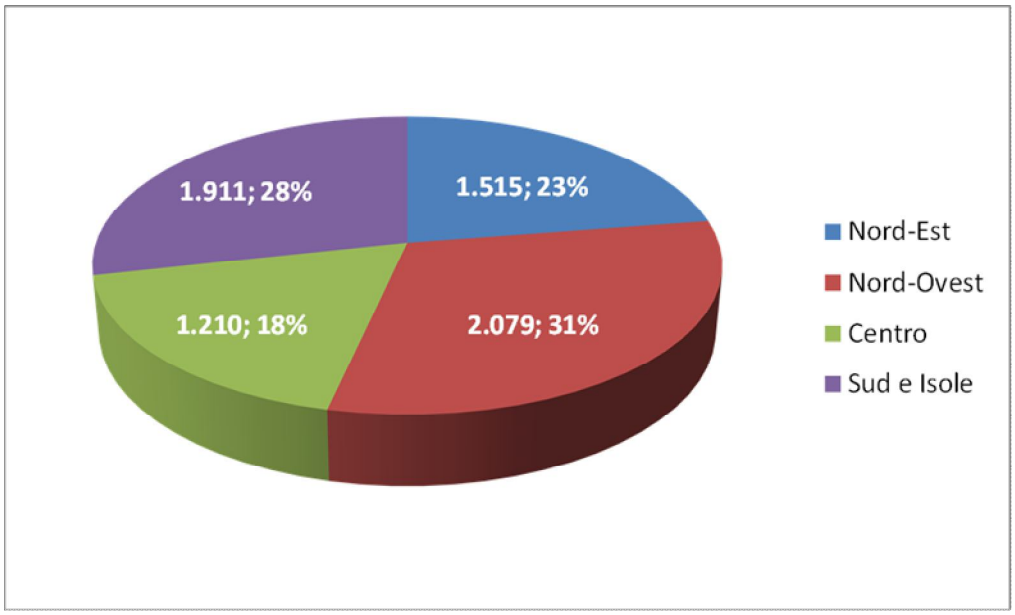
Tab.2 - Ulteriori Strutture residenziali per anziane rilevate negli elenchi delle Camere di Commercio o presso altre fonti collegate ad associazioni del Terzo settore

Ripartizione Geografica	Numero strutture
Nord-Est	89
Nord-Ovest	97
Centro	61
Sud e Isole	79
Totale	**326**

Garf.2 – Distribuzione per Area Geografica del totale delle Strutture residenziali per anziani rilevate negli elenchi delle Pagine Gialle e delle Camere di Commercio, e indicate da altre fonti.



Garf.3 – Distribuzione per Area Geografica del totale delle Strutture residenziali per anziani rilevate negli elenchi delle Pagine Gialle e delle Camere di Commercio, e indicate da altre fonti. Valori assoluti e composizione %.



Il settore profit delle Case di riposo

I dati del sistema delle Camere di Commercio (banca dati Cerved) evidenziano negli ultimi anni un evoluzione importante del numero delle Case di riposo profit.

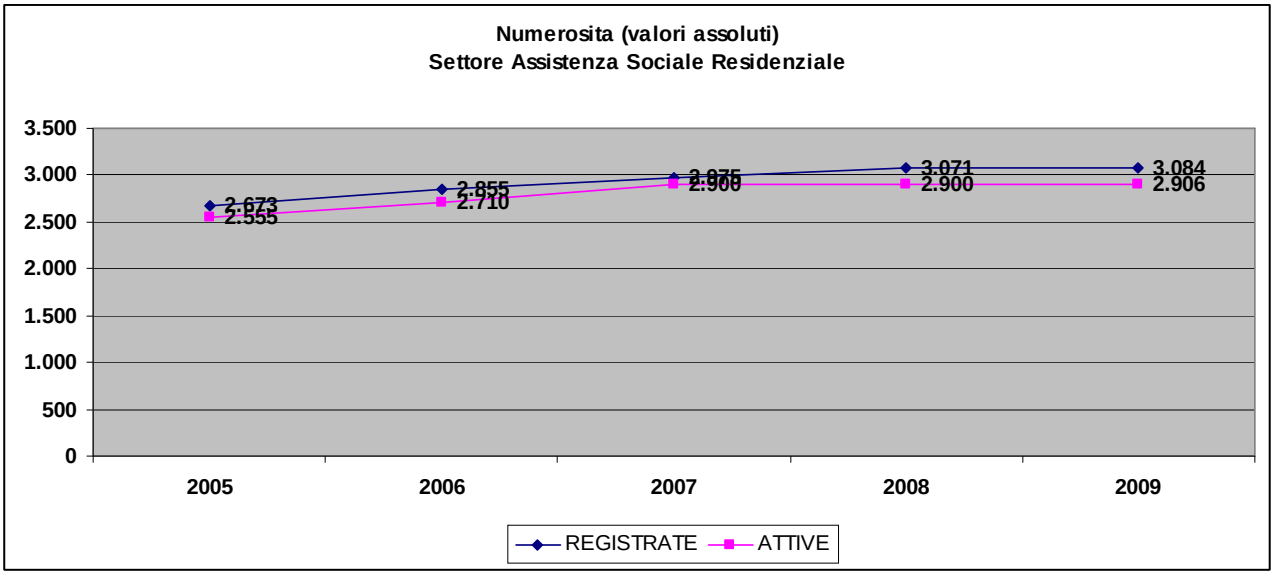
Il "settore assistenza sociale residenziale" è stato individuato utilizzando il codice Ateco 85.31.0 relativo a "Assistenza Sociale Residenziale"[2].

Nel 2009, in base agli elenchi Cerved queste strutture ammontavano a 2.906, ma come si evince dalla tabella di seguito riportata, la crescita di queste strutture è "importante": quelle attive passano dalle 2.555 unità del 2005 alle 2.906 del 2009. In particolare l'ultimo anno non registra sensibili variazioni, mentre negli anni precedenti si possono osservare dinamiche interessanti per quanto riguarda sia le nuove iscrizioni agli elenchi della Camera di Commercio, sia le cessazioni e i fallimenti.

Tab.3 - Settore Assistenza Sociale Residenziale

(valori assoluti)	2005	2006	2007	2008	2009
Registrate	2.673	2.855	2.975	3.071	3.084
Attive	2.555	2.710	2.900	2.900	2.906
Nuove iscritte	241	222	183	149	30
Cessate/Liquidate	97	108	118	116	40
Fallite	11	9	8	12	4

Garf.4 – Settore Assistenza Sociale Residenziale – Numerosità (valori assoluti)



[2] Questa codifica accoglie le seguenti attività:

- attività di assistenza sociale continua e favore dell'infanzia, degli anziani e di particolari categorie di persone non completamente autosufficienti, in cui le componenti cure mediche e istruzione rivestono carattere marginale;
- attività di orfanotrofi, convitti e centri residenziali per l'infanzia abbandonata;
- attività di istituti per handicappati fisici o mentali, istituti per ciechi, sordi e muti;
- attività di centri di riabilitazione (senza trattamento medico) per tossicodipendenti e alcolizzati;
- attività di istituti di ricovero per anziani;
- attività di ricoveri per i senzatetto, istituti di assistenza a favore di madri nubili, dei loro figli, ecc;
- sono escluse dalla classe 85.31 le attività finalizzate all'adozione e le attività di soccorso a breve termine alle vittime di calamità.

Veniamo all'indagine effettuata sul campo.
Questo fenomeno è presente in modo diffuso, in particolare nei grandi centri abitati (Roma, Torino, Milano e Napoli) dove le scelte delle famiglie, strettamente connesse alle tariffe di soggiorno richieste dalle case di cura, costringono l'anziano all'ulteriore disagio di vivere distante, spesso decine di chilometri, dal proprio nucleo familiare. Si tratta di un vero e proprio fenomeno di "migrazione" territoriale dell'anziano, in diversi casi "abbandonato" a se stesso, anche a causa della distanza, all'interno della struttura assistenziale.
A riguardo abbiamo svolto, per alcune aree metropolitane ritenute significative, un'indagine a campione sulla localizzazione geografica delle case di riposo, a partire dagli indirizzi rilevabili presso gli elenchi telefonici e le pagine gialle o bianche. Dalla rilevazione effettuata su un campione di 400 case di riposo "private" localizzate nei territori delle province di Milano, Firenze, Roma, Napoli, Bari e Palermo, è emerso che "mediamente" meno del 30% delle case di riposo è ubicata nei comuni capoluogo, percentuale che scende al di sotto del 14% se si considerano solamente i quartieri centrali dei comuni presi in esame.
Tutto ciò a fronte del 53% di anziani (ultrasessantacinquenni) residenti mediamente nei comuni capoluogo. Da sottolineare, inoltre, che nel solo comune di Roma, dove risiedono poco più del 70% degli anziani di tutta la provincia, le case di riposo localizzate nel territorio comunale sono invece il 33% di quelle prese in esame, la maggior parte delle quali, inoltre, distribuite nei quartieri periferici.
Analoga criticità, inoltre, viene sottolineata da una ricerca realizzata dall'ASL Roma H, secondo la quale esisterebbe una forte concentrazione di strutture nell'area di Lariano e Velletri.
Più o meno simile la situazione dell'area metropolitana milanese, nella quale circa il 29% delle residenze per anziani autorizzate si trova nel territorio comunale.
Il fenomeno può essere messo in relazione con il "costo dei servizi", che nelle aree periferiche risulta inferiore rispetto ai quartieri centrali e alla prima cintura delle città. In città come Milano o Roma, dove il fenomeno appare particolarmente critico, il soggiorno in una casa di cura privata di un anziano autosufficiente può costare mediamente fino a 20/30 euro in più al giorno rispetto ad un analogo servizio fornito in provincia.
Meno critica risulta la situazione nel capoluogo della Toscana, mentre la più alta percentuale di Case di riposo ubicate nel territorio comunale si rileva nell'area metropolitana palermitana (circa il 36%); nel territorio del capoluogo di regione risiede il 51% degli anziani della provincia.

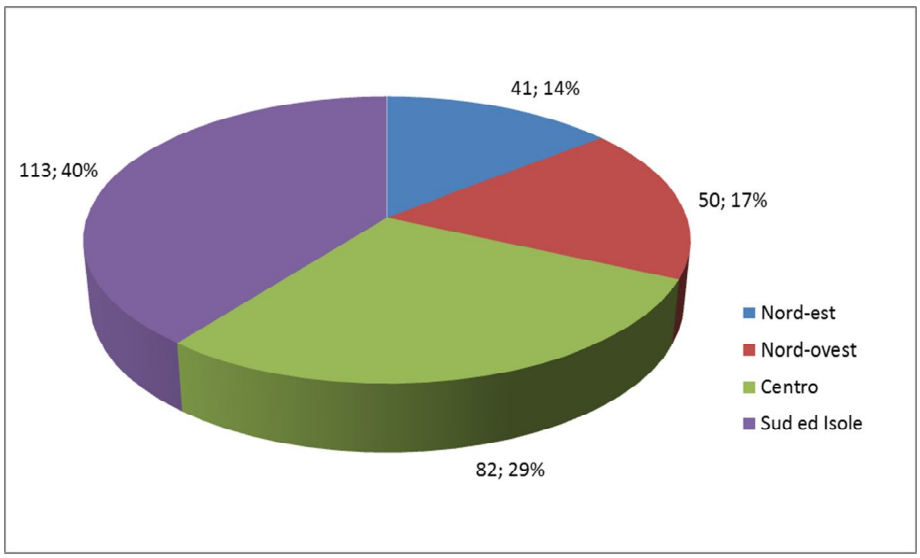
Critica è inoltre la situazione relativa alle autorizzazioni al funzionamento e in particolare all'adeguatezza delle case di riposo per anziani.

In base alle indagini svolte dai Nuclei antisofisticazione e sanità (Nas) dei Carabinieri, il 27,5% degli 863 controlli effettuati nel 2010 presso le strutture residenziali per anziani ha rilevato irregolarità. Erano, infatti, 283 i casi di strutture non in regola con 371 infrazioni rilevate.
Autorizzazioni mancanti, strutture non adeguate, numero di anziani ospitati superiore agli standards previsti, carenza di condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza adeguate, attività infermieristiche esercitate in modo abusivo: queste le infrazioni maggiormente riscontrate.

Per comprendere meglio le dimensioni del fenomeno delle irregolarità nelle Case di riposo, ne abbiamo osservato, attraverso la stampa nazionale e locale (un campione di 90 quotidiani e settimanali), alcune caratteristiche. Nel 2010 sono 286 le notizie di abusi "smascherati" di case di cura abusive ed illegali, un fenomeno ben più diffuso di quanto si pensi.

I casi rilevati in base agli articoli pubblicati, si concentrano per lo più nelle regioni del Sud (39,5% del totale), a fronte di 82 articoli riguardanti zone del centro Italia (circa il 29%), mentre il restante 31,8% riguarda interventi delle forze dell'ordine nel Nord della penisola, nel dettaglio 41 casi nel Nord-Est (14,3%) e 50 nel Nord-Ovest (17,5%).

Graf. 5 - Articoli di stampa nazionale e locale e news di agenzie (campione di 90 testate giornalistiche e agenzie) pubblicati nel 2010 sulle irregolarità nelle Case di riposo, distribuiti per area geografica.



L'esame dei testi ha preso in esame, quale unità di analisi, l'infrazione rilevata, il cui numero totale è pari a circa 1.240 "reati". Le principali irregolarità emerse riguarderebbero attività non in regola, abusive o prive delle necessarie autorizzazioni amministrative ed igienico-sanitaria, necessarie allo svolgimento delle stesse (95,8% dei casi), cui si aggiungono lo svolgimento dell'attività in strutture non idonee (circa 87%). In questa seconda tipologia di violazioni ricadono le carenze relative ai "requisiti strutturali", che dovrebbero essere garantiti dalle "Case di riposo": agibilità dei locali; assenza di barriere architettoniche; superficie in mq non adeguata al numero di ospiti, ecc.

Tab.4 - Articoli di stampa nazionale e locale e news di agenzie (campione di 90 testate giornalistiche e agenzie) pubblicati nel 2010 sulle irregolarità nelle Case di riposo. Infrazioni riscontrate per tipologia

Tipologia Infrazione	Casi	% colonna	sul totale notizie
Abusive, autorizzazioni amministrative e/o igienico-sanitarie mancanti o irregolari	274	22,1%	95,8%
Infrastrutture inadeguate	250	20,2%	87,4%
Mancanza requisiti Igienico-Sanitari	241	19,4%	84,3%
Personale non qualificato	188	15,2%	65,7%
Anziani maltrattati o malnutriti	131	10,6%	45,8%
Somministrazione farmaci scaduti	98	7,9%	34,3%
Numero anziani inadeguato	58	4,7%	20,3%
Totale Infrazioni	**1.240**	**100,0%**	**-**

Nel 64% dei casi esaminati, è stato, inoltre, rilevato esplicito riferimento alla presenza, nelle strutture residenziali pubbliche e private, di personale non qualificato e senza i necessari requisiti. Più in generale, comunque, emergono forti carenze nell'assistenza agli utenti e pazienti. In circa il 34% delle "case di riposo" oggetto di indagine venivano inoltre somministrati farmaci scaduti. Infine, gli anziani sono stati trovati in condizioni di malnutrizione e/o fisiche e psicologiche non buone in circa il 46% delle situazioni rilevate, mentre il numero di ospiti risultava superiore a quello autorizzato, o comunque non idoneo alle caratteristiche dei locali, nel 20,3% dei casi.

Tab.5 - Infrazioni riscontrate per tipologia ed area geografica - Anno 2010

Tipologia Infrazione	Nord-Est		Nord-Ovest		Centro		Sud	
	Casi	% sul totale notizie	Casi	% sul totale notizie	Casi	% sul totale notizie	Casi	% sul totale notizie
Abusive, autorizzazioni amministrative e/o igienico-sanitarie mancanti o irregolari	39	95,1%	47	94,0%	79	96,3%	109	96,5%
Infrastrutture inadeguate	36	87,8%	42	84,0%	68	82,9%	104	92,0%
Mancanza Requisiti Igienico-Sanitari	34	82,9%	39	78,0%	69	84,1%	99	87,6%
Personale Non qualificato	25	61,0%	30	60,0%	58	70,7%	75	66,4%
Anziani maltrattati o malnutriti	22	53,7%	26	52,0%	35	42,7%	48	42,5%
Somministrazione Farmaci Scaduti	12	29,3%	17	34,0%	22	26,8%	47	41,6%
Numero anziani inadeguato	9	22,0%	10	20,0%	15	18,3%	24	21,2%
Totale Infrazioni	**177**	**-**	**211**	**-**	**346**	**-**	**506**	**-**

Per spiegare i fenomeni rilevati, non sempre la variabile territoriale può essere chiamata in causa. Infatti, l'abusivismo e le irregolarità nelle autorizzazioni necessarie all'esercizio delle attività, risultano essere la tipologia più frequente di infrazione, dal 94% del Nord – Ovest fino al 96,5% del Sud.

Le carenze di requisiti igienico-sanitari vengono rilevate in quasi l'88% degli abusi rilevati al Sud, mentre nel Nord-Ovest il fenomeno si rileva nel 78% delle notizie.

Ben 104 sono, inoltre, i casi di inadeguatezza delle infrastrutture rilevati nelle regioni del Sud, pari al 92% degli interventi complessivamente analizzati e riguardanti la medesima area geografica; tale percentuale, sebbene più contenuta, risulta particolarmente significativa anche nel Nord (85,7%).

Occorre ricordare che le considerazioni e le analisi svolte derivano dalla lettura e dalla classificazione di un campione di notizie (286) pubblicate da testate giornalistiche e agenzie di stampa. Dunque, le analisi riportate possono essere influenzate dal "taglio" giornalistico e dalla rilevanza che, di volta in volta, il cronista ha attribuito a ciascuna tematica. Di seguito riportiamo a titolo esemplificativo una breve sintesi di alcune notizie ritenute particolarmente rappresentative dei fenomeni descritti.

Uno dei casi più eclatanti è la "casa-lager" di Contrada Cardilla (periferia di Marsala) in provincia di Trapani, nella quale gli "anziani vivevano in condizioni di degrado, oltre che in di abbandono e sporcizia". Venivano somministrati farmaci "guasti" e psicofarmaci (Entumin o Haldol) senza alcuna prescrizione medica, vero e proprio esercizio abusivo della professione medica *(13-ott-2010 - Corriere del Mezzogiorno)*.

Non diversa la situazione della casa di risposo di "Villa Celeste" di Castelsardo, nella quale gli anziani venivano maltrattati, legati ai letti, o percossi qualora restii ad eseguire gli "ordini" impartiti. Una struttura che inoltre risultava carente dal punto di vista organizzativo (assenza di infermieri professionali e di operatori socio-sanitari), con la conseguente somministrazione farmacologica gestita da operatori generici non autorizzati *(10-lug-2010 – Stintino Notizie)*.

Nei primi mesi di marzo 2011, nel comune di Corato (BA) si è conclusa la disavventura per alcuni "*anziani ultra 80enni, con gravi deficit psico-fisici e non autosufficienti, fatti dormire in condizioni precarie, in cinque all'interno di due stanze anguste, assistiti da tre donne di origine rumena che si improvvisavano infermiere senza averne titolo professionale e che non erano quindi in grado di fornire loro le cure necessarie*" *(10-mar-2011 – www.coratolive.it)*.

Inoltre, sono state acquisite informazioni su Case di riposo "chiuse" da anni, a seguito di provvedimenti restrittivi emanati dalle autorità competenti per mancanza di requisiti strutturali necessari, tutt'ora, però, funzionanti. E' il caso di Lariano (RM), dove quattro italiani ed un'ucraina, nonostante un'ordinanza sindacale del 2005, continuavano a gestire una struttura residenziale per anziani. Anche in questo caso le condizioni degli ospiti vengono definite "disumane", le condizioni igienico-sanitarie "pessime" *(22-giu-2010 – www.politicaitaliana.org)*.

Farmaci scaduti e pesanti abusi sono stati rilevati presso una Casa di riposo di Tarano, in provincia di Rieti, dove nei primi mesi del 2010 le autorità hanno scoperto una vera e propria "casa di tortura", o meglio una soffitta inagibile, messa poi sotto sequestro. I malcapitati, 26 anziani, pagavano una retta tra i 1.400 ed i 2.000 euro al mese per ricevere un'assistenza di questo "livello" *(18-gen-2010 - www.tgcom.mediaset.it e www.libero-news.it)*.

Indagine telefonica rivolta a 227 Case di Riposo in tutto il territorio nazionale

L'analisi ha riguardato anche il contatto diretto con le Case di Riposo, con particolare riferimento a quelle private, rivolte alla popolazione autosufficiente. La totalità delle residenze facenti parte del campione non è presente negli elenchi regionali e al momento del contatto non presentava un sito web funzionante presso il quale reperire informazioni.
Nel complesso sono state identificate 400 strutture, localizzate nel territorio nazionale secondo la seguente tabella.

Tab.6 - Indagine telefonica: il campione delle Case di riposo. Distribuzione geografica

	Casi	% colonna
Nord - Est	90	22,5%
Nord - Ovest	90	22,5%
Centro	100	25,0%
Sud ed Isole	120	30,0%
Tot.	**400**	**100,0%**

A fronte di 400 contatti sono stati complessivamente compilati 227 questionari relativi ad altrettante Case di Riposo, con un "successo" del 56,8%.
La rilevazione si è svolta telefonicamente con richiesta di informazioni ai responsabili delle strutture residenziali o agli addetti disposti a rispondere al momento del contatto. In molti casi, nonostante si sia tentato più volte di acquisire informazioni, ci si è trovati di fronte a risposte evasive o incomplete, alla mancanza di un referente disposto a fornire informazioni, fino al completo rifiuto al momento di fornire i dati richiesti.
Il più elevato grado di successo della rilevazione lo abbiamo avuto nel Nord-Ovest, mentre le maggiori difficoltà si sono incontrate nel Sud e nelle Isole.

Tab.7 - Questionari compilati e % di risposta sul totale dei contatti. Distribuzione geografica

	Casi	% colonna	% risposte sul totale delle contattate
Nord-est	50	22,0%	55,6%
Nord-ovest	55	24,2%	61,1%
Centro	57	25,1%	57,0%
Sud ed Isole	65	28,6%	54,2%
Tot.	**227**	**100,0%**	**56,8%**

L'obiettivo dell'indagine telefonica è la costituzione di un quadro conoscitivo significativo delle strutture oggetto di analisi, sia sotto il profilo organizzativo e funzionale, sia per quanto riguarda le relazioni con gli utenti anziani e le loro famiglie.

I principali risultati

Come si può osservare dalla tabella seguente, la maggior parte delle Case di riposto intervistate è collocata in una zona periferica, mediamente circa il 65%, percentuale che cresce fino al 73% nel Nord-Ovest e risulta invece più contenuta (58%) nel Sud e nelle Isole. La maggior parte delle residenze, inoltre, è distribuita su più livelli di uno stesso stabile (209 casi su 227); ciononostante solamente in 144 casi le informazioni ricevute confermano la presenza di un ascensore.

Tab.8 - Collocazione, caratteristiche strutturali e presenza o meno di un ascensore nelle residenze.

Zona	Collocazione		Caratteristiche strutturali			Ascensore		
	Centro	Periferia	Solo Piano Terra	1°, 2° piano o su più livelli	Non risponde	SI	NO	Non risponde
Nord-Est	17	33	3	47	0	39	3	8
Nord-Ovest	15	40	4	49	2	35	4	17
Centro	21	36	2	54	1	36	2	19
Sud e Isole	27	38	3	59	3	34	5	26
Totale	**80**	**147**	**12**	**209**	**6**	**144**	**14**	**70**

Le strutture oggetto di analisi risultano per lo più di modeste dimensioni, idonee ad ospitare in genere non più di 13 soggetti anziani.

Emerge una discreta disponibilità di camere "singole" circa 2 per ciascuna struttura censita, ciononostante, la maggior parte degli anziani trova collocazione in camere doppie.

Nonostante la ricerca faccia riferimento a strutture principalmente dedicate ad anziani autosufficienti, abbiamo esplicitamente richiesto se vi fosse la possibilità di ricovero per anziani non autosufficienti e se agli stessi, eventualmente, fosse dedicato un reparto distinto, separati quindi dagli altri "ospiti".

87 intervistati su 227 hanno risposto positivamente alla domanda, offrendo dunque disponibilità alla presa in carico di anziani lievemente non autosufficienti; in 38 casi è stata confermato la disponibilità di spazi dedicati alle persone non autosufficienti. In 32 questa caratteristica è stata esplicitamente esclusa mentre per quanto riguarda 17 Case di riposo, l'interlocutore non ha risposto.

Per quanto riguarda il personale presente all'interno delle Case di riposo, in oltre il 67% delle strutture non operano in modo continuativo figure professionali operante nel settore sanitario (medico, infermiere), qualifiche presenti in modo stabile (24h) in 74 casi su 227 complessivi. In 81 case di riposo viene dichiarata la presenza di un infermiere e/o di un medico con frequenza periodica (tutte le mattine, bisettimanale, trisettimanale, ecc.) mentre sono 62, pari al 27%, le Case di riposo nelle quali si ha l'impressione che l'assistenza sanitaria venga fornita "all'occorrenza".

Tab.9 - Presenza nella struttura di una figura sanitaria (medico/infermiere)

Zona	Sempre in sede (24h)	a frequenza periodica	su chiamata o al bisogno	Non risponde
Nord-Est	16	18	13	3
Nord-Ovest	19	19	15	2
Centro	18	20	18	1
Sud e Isole	21	24	16	4
Totale	**74**	**81**	**62**	**10**

Nell'ultima parte della presente indagine si è inteso verificare il ricorso, anche saltuario, da parte delle strutture intervistate, a figure professionali esterne, quali l'assistente sociale, lo psicologo o un fisioterapista; si è inoltre sollecitato l'interlocutore a entrare nel merito dell'organizzazione delle attività ludico-animative, anche in riferimento al ricorso o meno ad un "animatore", e all'organizzazione di escursioni, visite guidate, feste per particolari ricorrenze, etc.

C'è innanzitutto da sottolineare come in tutti gli aspetti presi in esame, mediamente, siano sempre meno del 50% le strutture che hanno fornito un riscontro positivo alle domande sottoposte.. Per quel che concerne l'assistente sociale, quasi il 70% delle case di riposo dichiara di non far ricorso a tale figura, neanche saltuariamente. Tale quota sale al 77% nelle strutture site nel Sud Italia e nelle Isole, mentre scende al 62% in quelle del Nord-Ovest.

Una situazione ancor più critica riguarda l'assistenza psicologica: sono solamente il 19,4% le strutture che dichiarano di avere a disposizione, all'occorrenza o con cadenza periodica, per lo più mensile, uno psicologo.

Bassa anche la quota (21,6%) di Case di riposo che dichiarano un'adeguata assistenza riabilitativa, in particolare al Sud dove tale incidenza non supera il 14%

Al di sotto del 30% inoltre anche la presenza di attività strutturate di animazione, le visite guidate all'esterno delle strutture.

Nelle regioni del Sud si attribuisce maggiore importanza all'assistenza religiosa (44,6%), che si concretizza nelle visite frequenti di figure religiose o nella celebrazione di funzioni religiose in appositi locali.

Tab.10 - Presenza, anche saltuaria delle seguenti figure e/o svolgimento delle seguenti attività

Zona	Assistente Sociale		Psicologo		Assistenza Riabilitativa (ginnastica riabilitativa, di mantenimento, motoria, etc..)		Animazione, visite guidate, feste		Assistenza religiosa/spirituale	
	Casi	% sulle strutture	Casi	% sulle strutture	Casi	% sulle strutture	Casi	% sulle strutture	Casi	% sulle strutture
Nord-Est	18	36,0%	11	22,0%	13	26,0%	17	34,0%	19	38,0%
Nord-Ovest	21	38,2%	14	25,5%	16	29,1%	18	32,7%	16	29,1%
Centro	17	29,8%	9	15,8%	11	19,3%	13	22,8%	21	36,8%
Sud e Isole	15	23,1%	10	15,4%	9	13,8%	19	29,2%	29	44,6%
Totale	**71**	**31,3%**	**44**	**19,4%**	**49**	**21,6%**	**67**	**29,5%**	**85**	**37,4%**

Infine, i dati comunicati telefonicamente relativamente alle rette di ricovero: esiguo è il numero di Case di riposo (appena 79 su 227) che hanno fornito informazioni riguardo alla tariffa mensile applicata. In questo senso la trasparenza delle informazioni è risultata particolarmente carente, per lo più indicazioni generiche che segnalavano la necessità di una richiesta di preventivo in loco al fine di ricevere un prospetto più dettagliato.

La tabella ed il grafico che seguono riportano, sulla base delle informazioni ricevute, un quadro geografico delle rette minime e massime rilevate in ciascuna zona, oltre che del valore medio rilevato. Si è inoltre calcolato, al fine di restituire informazioni riguardo la distribuzione dei valori registrati, attorno al valor medio, il "coefficiente di variazione" (deviazione standard relativa).

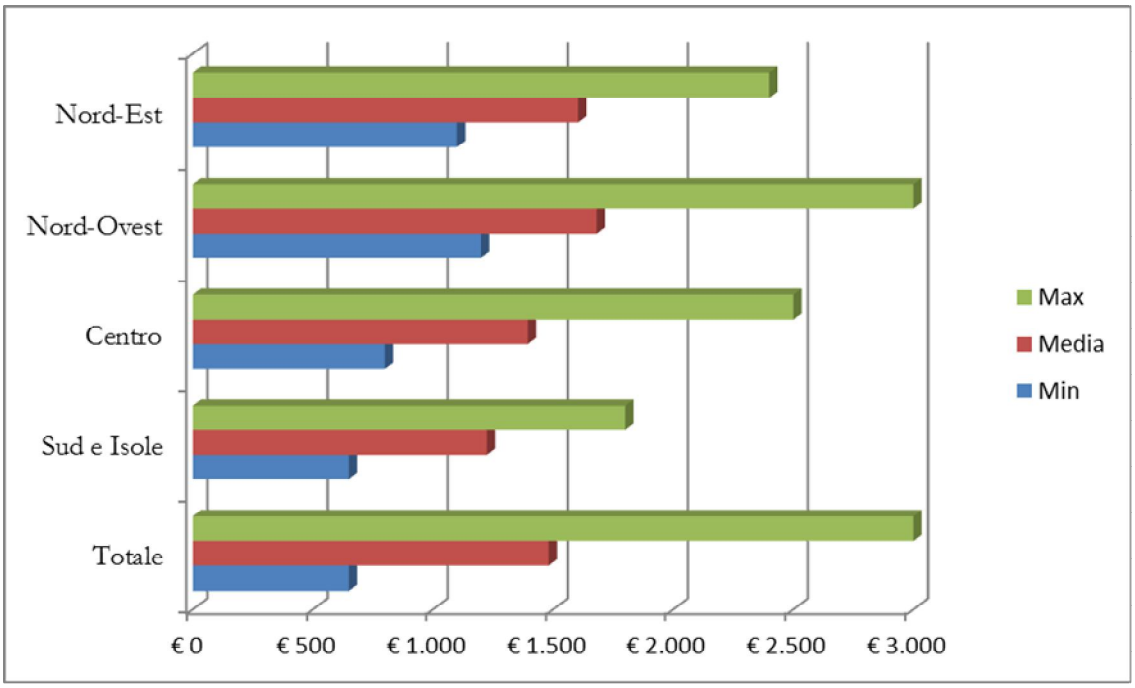
Nel Sud Italia e nelle Isole i prezzi appaiono più contenuti che nel resto della penisola; evidenti le diversità geografiche, sebbene permangano forti disparità anche nella medesima area.

A parità di offerta di servizi prospettata, le tariffe applicate possono differire, anche in una stessa zona, di oltre il 100%. Prendendo comunque a riferimento le sole rette "minime", quelle dichiarate nel centro ed in particolare nel Sud, sono tendenzialmente inferiori rispetto a quelle delle strutture del Nord.

Tab.11 - Le tariffe massime, minime e medie rilevate presso le case di Risposo, per area geografica.

Zona	Retta Mensile			
	Min	Max	Media	Coeff. Varazione
Nord-Est	1.100	2.400	1.604	24,1%
Nord-Ovest	1.200	3.000	1.682	29,5%
Centro	800	2.500	1.395	33,6%
Sud e Isole	650	1.800	1.224	29,7%
Totale	**650**	**3.000**	**1.482**	**38,6%**

Garf.6 - Le tariffe massime, minime e medie rilevate presso le case di riposo, per area geografica



L'impegno economico richiesto alle famiglie per la permanenza degli anziani autosufficienti in una Casa di riposo è molto elevato. Le tariffe massime , seppur mediamente si attestano attorno ai 1.400-1.500 euro, possono spesso oltrepassare la soglia dei 2.500-3.000, rilevati a Roma e Milano fino ad arrivare ai 4.200 euro. Molto dipende dalla tipologia di casa di riposo, più spesso dalla presenza o meno di convenzioni con la Regione e altri enti pubblici, in altri casi le differenze rilevate appaiono senza motivazione.

Nel Sud Italia e nelle Isole le tariffe mensili si attestano mediamente attorno ai 1.224 euro, valore più contenuto rispetto alla media nazionale (1.482 euro), che risulta principalmente influenzata dai valori registrati nel Nord Italia (Nord-Est 1.604 euro e Nord-Ovest 1.682 euro). Anche nel Centro, infatti, i "prezzi" medi, seppur in taluni casi sfiorino i 2.500 euro mensili, appaiono più contenuti. Proprio nel nell'area centrale abbiamo rilevato le maggiori differenze nel campione analizzato, tali da restituire un coefficiente di variazione pari al 33,6%. Tale indice risulta invece più contenuto nel Nord-Est (24,1%), mentre nella parte Ovest del Nord Italia e nel Sud e nelle Isole si attesta poco al di sotto del 30%; se si analizzano i valori rilevati su scala nazionale tale coefficiente sale al 38,6%. Prendendo comunque a riferimento anche esclusivamente le sole rette "minime", quelle dichiarate nel Centro ed in particolare nel Sud, sono tendenzialmente inferiori rispetto a quelle richieste delle strutture del Nord.

Rilevazione su 343 Siti Web delle Case di Riposo

La rilevazione sui siti web delle Case di riposo ha riguardato un campione di 343 residenze per anziani, estratto dagli elenchi delle Pagine gialle e da quelli riportati da due portali web[3]. Obiettivo della rilevazione era l'acquisizione di elementi conoscitivi sui servizi erogati, sull'organizzazione delle strutture e sul grado di trasparenza e di chiarezza della comunicazione all'utenza..

Sono state prese in esame le sole strutture private, rivolte ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

La presenza di un sito internet completo, ben organizzato e ricco di informazioni dettagliate sulle caratteristiche dei servizi offerti (strutture, prezzi, modalità di erogazione, ecc.) è stata rilevata presso 227 Case di riposo, pari al 66% dei casi.

Nella tabella seguente vengono riportati i principali risultati della rilevazione, in base alla quale in circa il 52% delle strutture sarebbe attivo un servizio infermieristico 24 ore su 24, percentuale che scende al 41% nel Sud Italia e nelle Isole, mentre l'assistenza medica sarebbe disponibile continuativamente (anche tramite servizio di reperibilità) nel 38% dei casi. La presenza di un servizio motorio e fisioterapico, con annessa palestra, viene proposto nel 40% dei siti web, la maggior parte dei quali pubblicizza i servizi di Case di riposo qualificate anche come Case di cura. Anche l'assistenza religiosa e spirituale è rilevabile in circa il 40% dei siti, spesso sotto forma di celebrazioni di funzioni religiose.

In oltre il 53% dei siti visitati vengono illustrate le attività ricreative e di animazione, con l'offerta di locali appositamente adibiti a "sala svago ed intrattenimenti" (47%) e di servizi diversi, quali visite guidate (39%), attività di ginnastica/palestra (38%), cinema (9%).

Tab.12 - Servizi proposti dalle Case di Cura tramite i loro siti web, percentuale sul totale dei portali visitati.

Zone	**Assistenza medica 24h** (anche su reperibiltà)	**Servizio Infermieristico 24h**	**Servizio motorio e fisioterapico**	**Assistenza religiosa e spirituale**
Nord-Est	40%	55%	43%	42%
Nord-Ovest	44%	61%	49%	37%
Centro	37%	49%	34%	38%
Sud e Isole	31%	41%	31%	41%
Totale	**38%**	**52%**	**40%**	**40%**

In molti casi i servizi vengono dettagliatamente descritti, ed il più delle volte viene puntualizzato il carattere oneroso o meno degli stessi. Questo gruppo di servizi, comunque, risulta pressoché sempre compreso nella retta mensile, ad esclusione di particolari casi, quali ad esempio le prestazioni specialistiche.

[3] http://www.casediriposoitaliane.com ; http://www.terzaeta.com/home/elenco_case_di_riposo.html

Quanto alla trasparenza sulle tariffe, queste vengono riportate in appena il 20% dei casi, quota che diminuisce nelle regioni del Centro (13%) fino al 7% delle case di riposo del Sud. In questi casi, spesso nel sito non è presente un listino esaustivo ed aggiornato, piuttosto un'indicazione generale del costo mensile (o giornaliero) in camera singola o non. Va detto, inoltre, che i prezzi rilevati nelle apposite pagine "tariffe" dei siti web, spesso potrebbero risultare "ottimistici", tenuto conto della ricca gamma di servizi offerti.

Riguardo ai dati rilevati, sempre in merito alle tariffe applicate nelle strutture, come già verificato tramite la l'indagine telefonica alle case di riposo, la variabilità riscontrata è il principale fattore da evidenziare.

Complessivamente, ci troviamo infatti di fronte a tariffe che vanno dagli 800 euro nel sud Italia fino ai 2.800 euro rilevati nel nord-est della penisola, a fronte di una media che si conferma attorno ai 1.450 euro ed un coefficiente di variazione, sebbene meno elevato rispetto all'analisi precedente, sempre al di sopra del 35%.

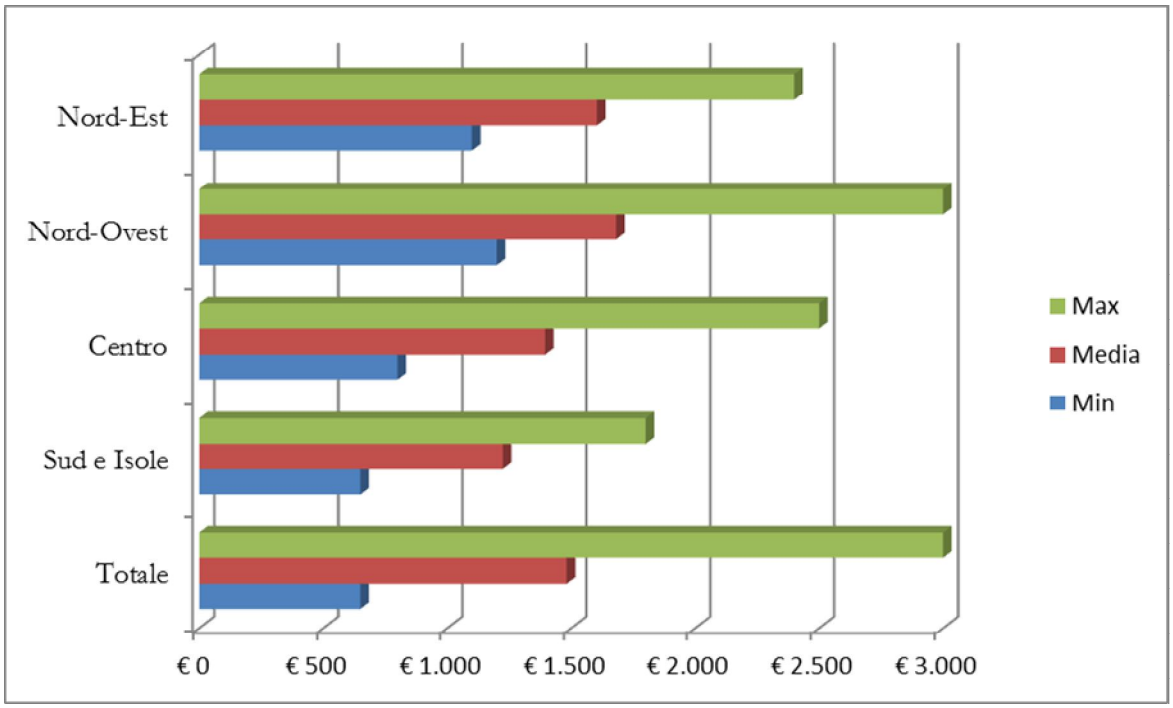
Le principali differenze, anche in questo caso, si notano a livello territoriale: per un mese di soggiorno in una casa di riposo le tariffe vanno mediamente dai 1.293 euro nel Sud Italia e nelle Isole, fino ai 1.643 euro nel Nord-Est, mentre nel Centro e nel Nord-Ovest i valori medi risultano rispettivamente pari a 1.362 e 1.537 euro.

Il regime "in convenzione", non sempre esplicitato sui siti web, influenza il costo finale attribuibile all'utenza, così come la tipologia di sistemazione (camera singola, doppia, tripla).

Tab.13 - Tariffe Massime, Minime e Medie rilevate per ciascuna zona geografica

Zona	Retta Mensile			
	Min	**Max**	**Media**	**Coeff. Varazione**
Nord-Est	1.200	2.800	1.643	27,8%
Nord-Ovest	1.300	2.600	1.537	25,2%
Centro	900	2.200	1.362	26,8%
Sud e Isole	800	2.200	1.293	29,6%
Totale	**800**	**2.800**	**1.443**	**35,2%**

Garf.7 – Le tariffe massime, minime e medie rilevate tramite i siti Web delle case di riposo, per area geografica

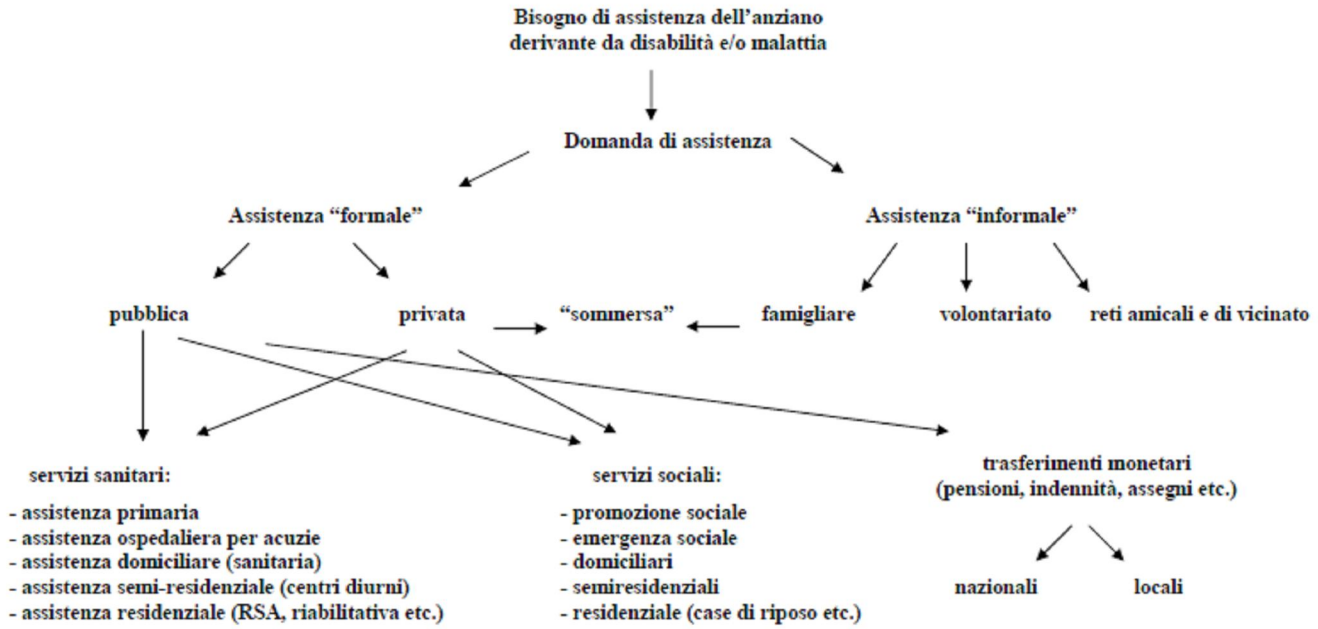


Seconda parte: Norme e organizzazione delle residenze per anziani

I modelli organizzativi

L'organizzazione dell'assistenza residenziale all'anziano sta attraversando una crisi particolarmente significativa. In tutto il mondo sull'organizzazione dei servizi geriatrici si focalizzano studi e sperimentazioni, perché il livello di «intolleranza creativa» verso lo *status quo* è molto elevato (*Cfr*. Trabucchi, 2006). In Italia, negli ultimi anni si sono registrati molteplici cambiamenti nell'organizzazione e diversificazione delle residenze, cercando di rispettare l'obiettivo di organizzare i presidi secondo l'intensità dell'assistenza prestata; in passato, infatti, anziani, autosufficienti e non, erano accolti indistintamente nelle stesse strutture. È, pertanto, complesso dare una classificazione univoca delle strutture residenziali che abbia una valenza nazionale, poiché ogni Regione ha la facoltà di adottare in autonomia le proprie modalità organizzative. Oltre all'elevata variabilità sul territorio della loro distribuzione, differiscono anche le modalità di classificazione delle strutture, la tipologia di destinatari e i modelli organizzativi adottati. Un primo elemento critico è quindi la mancanza di una visione complessiva e articolata sull'organizzazione dei servizi per gli anziani. Altro elemento di crisi fa capo a motivi economici e, in particolare, alle crescenti difficoltà economiche sia dei gestori delle strutture residenziali, che rimandano alle politiche di sotto-finanziamento messe in atto dalle Regioni, sia da parte delle famiglie, che spesso sono costrette a grandi sacrifici per il pagamento delle rette a loro carico, alte e spesso non ponderate rispetto al contributo del servizio sanitario regionale.
Nel campo delle politiche di cura e assistenza per gli anziani fragili o le persone disabili, l'Italia, si trova con una scarsa tradizione di politiche pubbliche, ma una forte attenzione alle politiche di domiciliarità. Le politiche pubbliche costituiscono, infatti, solo una parte del più ampio universo di interventi dell'assistenza continuativa, che nel nostro paese sono maggiormente informali o forniti nel mercato privato. Può essere utile riportare lo schema concettuale che illustra i vari modi in cui può essere soddisfatta la domanda di assistenza da parte di anziani, elaborato dalla Commissione per la garanzia dell'informazione statistica (CoGIS) nel 2005.

Fig. 1 - Assistenza agli anziani in Italia: schema concettuale di riferimento



Fonte: CoGIS, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2005, p.15.

Nel nostro paese, negli ultimi anni, le politiche rivolte alla popolazione anziana, in particolare quando non-autosufficiente, intrecciano pubblico e privato e vedono l'azione congiunta di diversi attori: famiglia, stato, privato, e terzo settore. Sappiamo come "la famiglia" (e principalmente le donne della famiglia) rappresenti un importante, se non l'unico funzionante, attore per lo svolgimento delle funzioni di cura o meglio, di *care*. Questa, di fronte al ridursi della spesa pubblica, ha aumentato il suo ruolo di *welfare* alternativo e sostitutivo rispetto allo Stato; continua, infatti, ad assumersi il peso principale nell'assistenza agli anziani e resta anche la principale rete di sostegno in diversi campi della vita individuale.

Oltre alle famiglie si riscontrano, poi, una serie di interventi e servizi socio assistenziali facenti capo al settore pubblico. In questo caso l'accento viene posto sulle problematiche di tipo socio-assistenziale, legate agli interventi definiti di "assistenza continuativa", e tipicamente di *long-term care*, connesse ai servizi di *welfare* che lo Stato o altri soggetti forniscono. Fra questi rientrano i servizi di assistenza offerti nelle residenze per anziani. Per **prestazione residenziale e semi-residenziale** si intende «il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione». L'assistenza comprende l'insieme di «prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore» all'ospite della struttura. La prestazione residenziale si caratterizza, quindi, come prestazione a lungo termine ed è rivolta «a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle

prestazione di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero»[4].

In generale si possono suddividere: i «servizi residenziali (presidi sociosanitari e presidi socio-assistenziali), servizi semiresidenziali (centri diurni integrati, CDI), servizi Domiciliari (assistenza domiciliare sociale - SAD e assistenza domiciliare integrata - ADI), trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e assegni di cura) e sostegni al lavoro privato di cura (agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi, sportelli di incontro domanda/offerta)» (Cfr. Fontana 2011, p.18). Le strutture residenziali si dividono, quindi, fra quelle con peculiarità di tipo sanitario (RSA) e quelle con caratteristiche di tipo "sociale" (Strutture Protette, Case di Riposo, Case Albergo, Comunità Alloggio, Centri Diurni)[5].

Gori (2010), riprendendo la definizione dell'*Istat* (2006) distingue tra:

«Residenze Assistenziali: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo);

Residenze Socio-Sanitarie: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non-autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);

Residenze Sanitarie Assistenziali: presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera (es. RSA – Case Protette)».

Una definizione delle **RSA** la ritroviamo nel D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37, secondo il quale si tratta di «presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome».

Abbiamo già accennato alla diversificazione delle definizioni delle strutture residenziali a livello regionale. Ogni Regione ha scelto una sua definizione di RSA, anche se circa la metà (Abruzzo, Campania, Liguria, Lombardia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto) ha ripreso i contenuti del suddetto DPR 14/1/1997. Le restanti si sono differenziate su alcuni aspetti specifici. Riportiamo due tabelle pubblicata sulla rivista "*Contributi Istat*", n°4/2010 che sintetizzano questa variabilità di definizioni regionale.

[4] Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza – Prestazioni residenziali e semiresidenziali (2007).

[5] Si rimanda al D.M. n.308 del 21/05/01 in cui sono definiti i «requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328»

Tab.1 - Obiettivi assistenziali delle RSA secondo le regioni italiane

Obiettivi assistenziali delle RSA	Regioni
Assistenza sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica eventualmente necessaria.	Tutte le regioni
Trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute ed il grado di autonomia della persona	Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria
Conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta per prevenire aggravamenti e il decadimento funzionale.	Abruzzo, Basilicata, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto
Riabilitazione globale (neuromotoria, occupazionale, urologica, ecc.) o recupero dell'autonomia con lo scopo di ottenere un recupero mirato al ritorno al domicilio	Basilicata, Marche, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
Riattivazione psico-sociale per evitare l'emarginazione e l'isolamento.	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Trento
Assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana.	Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Trento
Prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei pazienti completamente non autosufficienti o stabilmente allettati.	Abruzzo, Liguria, Trento
Stimolazione e attività di animazione e socializzazione	Campania, Emilia-Romagna, Trento
Prevenzione delle complicanze	Valle d'Aosta, Veneto
Fornire ospitalità e inserimento sociale nei confronti di persone non autosufficienti	Lazio, Sardegna
Realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie	Campania
Sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza, recupero e socializzazione	Campania
Fornire sollievo temporaneo ai familiari degli utenti dei servizi domiciliari integrati	Campania

Fonte: "*Contributi Istat*", n°4/2010, p. 36. Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. "*Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione*", in Tendenze Nuove, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008.

Tab.2 - Tipologie di RSA nelle regioni italiane

Tipologia	Categoria	Note	Regioni
RSA per anziani	Anziani non autosufficienti		Tutte
	Demenze/ Alzheimer	Anche nuclei all'interno delle RSA	Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto.
RSA disabili	Disabili		Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
	Soggetti con disabilità prevalentemente di natura motoria	Modulo per pazienti che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento di recupero	Toscana
Altre tipologie di RSA	Centro residenziale per soggetti in stato vegetativo permanente	Anche moduli	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.
	Soggetti affetti da patologie psichiatriche		Basilicata, Friuli, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte e Puglia Valle d'Aosta.
	Malati oncologici	Modulo per malati oncologici in fase pre-terminale e terminale	Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Toscana.
	Soggetti con problemi alcool-correlati		Basilicata, Friuli Venezia Giulia
	Unità o Servizi per le cure intermedie	Per pazienti ospedalizzati non dimissibili al domicilio o a rischio di ricovero inappropriato	Liguria, Toscana
	Soggetti affetti da AIDS		Piemonte
	Unità di assistenza prolungata (UAP)	Per pazienti in coma o stato vegetativo persistente, o con insufficienza respiratoria cronica, o con sclerosi multipla e altre malattie demielinizzanti del SNC.	Valle d'Aosta

Fonte: "*Contributi Istat*", n°4/2010, p. 37. Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. "Analisi delle *RSA in Italia: mandato e classificazione*", in Tendenze Nuove, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008.

In linea generale, le RSA si differenziano dalle "case di cura" e, più in generale, dagli ospedali, poiché non sono rivolte ai pazienti colpiti da malattie e patologie "acute"; si distinguono anche dalle più conosciute "case di riposo", dal momento che queste ultime sono destinate agli anziani almeno parzialmente autosufficienti. Generalmente, in una RSA vengono garantite: l'assistenza medica e infermieristica, l'assistenza riabilitativa, l'aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane, l'attività di animazione e socializzazione, le prestazioni alberghiere, di ristorante, di lavanderia, di pulizia. Le spese, stabilite dagli enti che gestiscono le RSA, in accordi con il Comune di riferimento, sono in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in parte a carico del Comune e in parte a carico dell'utente e della sua famiglia, a seconda dei livelli di reddito.

In merito alle **questioni economiche,** possiamo avere un quadro più chiaro guardando la tabella allegata al D.P.C.M "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*" del 14 febbraio 2001, in cui è illustrata la ripartizione dei finanziamenti ai servizi residenziali per «anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative»: per le prestazioni di «cura e recupero funzionale di

soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia» il 100% è a carico del SSN, l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera. Il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale. Quest'ultima clausola fa sì che, nella realtà dei fatti, la spesa ricada interamente sull'ospite, e che il Comune intervenga solo nei casi in cui il reddito sia inferiore ad alcune fasce, stabilite a livello locale.

In base agli ultimi dati pubblicati dall'*Istat* nel "Rapporto sulla coesione sociale", in Italia nel 2008, la spesa complessiva per le **strutture residenziali per anziani** ammonta a più di 439 milioni di euro. La spesa media per utente è di quasi 3.800 euro ad anziano. A fronte di un aumento del valore dell'*indicatore di presa in carico degli utenti*[6], rispetto al 2004 c'è stata una riduzione di circa l'8% della spesa complessiva e del 30% della spesa pro-capite.

Secondo i dati Istat (2010, Tavola 1.11), la copertura dei finanziamenti pubblici, al 31 dicembre 2006, delle residenze per anziani è piuttosto elevata. Ricevono almeno un tipo di finanziamento l'86% delle Residenze assistenziali (RA) per anziani autosufficienti, il 94% delle Residenze Socio-Sanitarie (RSS) per anziani, e il 96% delle RSA. Le tre tipologie di Presidi residenziali socio-assistenziali rivolti agli anziani, ricevono finanziamenti pubblici, pari a circa l'85% per le attività assistenziali e per le attività sanitarie in misura maggiore per le RSA (87,2%) e in cifre più basse per le Residenze assistenziali per anziani autosufficienti (65,8%).

Tab.3 - Tavola 1.11 - Presidi residenziali socio-assistenziali che ricevono finanziamenti pubblici per tipologia di presidio al 31 dicembre 2006 (a)

TIPOLOGIA DI PRESIDIO	Finanziamenti per attività assistenziali		Finanziamenti per attività sanitarie		Finanziamenti per altre attività		Almeno un tipo di finanziamento (b)		Totale Presidi
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.
Residenza Assistenziale per anziani autosufficienti	1.503	82,45	1.201	65,88	1.041	57,10	1.571	86,18	1.823
Residenza Socio-Sanitaria per anziani	1.247	85,59	1.191	81,74	610	41,87	1.376	94,44	1.457
Residenza Sanitaria Assistenziale	1.121	84,29	1.160	87,22	427	32,11	1.279	96,17	1.330

(a) I dati relativi alla pronvincia di Bolzano non sono stati resi disponibili.

(b) Sono inclusi tutti i presidi in cui le amministrazioni pubbliche contribuiscono alla copertura dei costi di gestione, anche attraverso fornitura di beni e servizi, personale, integrazione alle rette.

Fonte: Istat 2010

[6] Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione *(per 10.000 persone)*. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

Non esistono delle statistiche ufficiali aggiornate in grado di fornire un quadro completo e chiaro sulla diffusione delle RSA o in generale sulle residenze per anziani. L'impossibilità di avere una stima precisa, deriva soprattutto dalle diverse modalità di classificazione di queste strutture che ogni Regione ha adottato. A partire dal 1 luglio 2009 è attiva una banca dati finalizzata al monitoraggio e alla rilevazione «delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche»[7]

L'Istat, inoltre, a partire dal 2010, ha avviato una nuova **rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali**, indagine prevista dal Programma statistico nazionale in vigore (IST 00243), che avrà una cadenza annuale. La scadenza per la raccolta dati di quest'anno è prevista per il 15 marzo 2011[8]. Secondo la definizione *Istat* è un "Presidio residenziale socio-assistenziale e socio sanitario" quella «struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno». L'indagine punta a rilevare «l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite nel corso del 2009». È presa in considerazione una rete di utenza piuttosto ampia, dai minori senza tutela, agli anziani soli, dai disabili, alle giovani donne in difficoltà o gli stranieri, in generale persone in condizioni di disagio economico e/o sociale. Questa nuova indagine «si inserisce nella più ampia prospettiva di riordino e integrazione delle statistiche sull'assistenza sociale di tipo assistenziale e sanitaria in Italia, nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale» (*Cfr.* sito Istat: http://dati.istat.it/Index.aspx).

[7] Decreto 17 dicembre 2008 – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009).

[8] *Cfr.* sito https://indata.istat.it/presa/

La recente evoluzione della normativa regionale: il biennio 2010 – 2011

A livello nazionale alcuni momenti di cambiamento normativo si possono individuare partendo dalla legge finanziaria del 2007 (n.296/2006). Alcune prescrizioni (lettere s-t-u) contenute all'art. 1, comma 796, riguardano l'attuazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie private e aspirano, essenzialmente, al superamento della fase di transitorietà ed al consolidamento di un sistema istituzionale di accreditamento. Con la Legge Finanziaria 2010 (Legge n. 191/2009), accogliendo la richiesta avanzata dalle Regioni, è stato prorogato al 1° gennaio 2011 il termine fissato per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo. Questo ha concesso, pertanto, alle Regioni un altro anno per il completamento dei percorsi di accreditamento. L'accreditamento, introdotto nell'ordinamento dall'art. 8- *quater* del D.Lgs n. 229/1999, presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione al funzionamento.
Partendo da queste disposizioni, ogni regione si è dotata di un assetto normativo in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie, nonché in materia di accreditamento istituzionale. L'autorizzazione è il provvedimento che consente l'esercizio di attività sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati. L'accreditamento istituzionale è il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private, già autorizzate, lo *status* di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Dagli ordinamenti regionali l'accreditamento è divenuto titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali da parte delle strutture socio-sanitarie con il sistema pubblico.
Chiaramente nella presente ricerca non sarà possibile fare una valutazione dal punto di vista qualitativo dei servizi offerti. Non è dato sapere le eventuali carenze nel possesso dei requisiti strutturali, o il rispetto e l'idoneità agli standard normativi.

In quasi tutte le Regioni si sono riscontrati recenti sviluppi (anni 2010-2011) o dal punto di vista della trasparenze e dell'informazione o dal punto di vista della disciplina normativa. In quest'ultimo caso, in generale, le disposizioni possono riguardare sia lo stato dell'accreditamento (proroga delle domande, rimodulazione dei requisiti per accedere), sia la riformulazione degli importi delle rette. Particolari difficoltà e mancanze a livello di trasparenza, disponibilità/fruibilità delle informazioni aggiornate *on-line* si sono riscontrate per i siti internet delle regioni: Marche (necessaria registrazione al sito), Veneto (necessaria registrazione al sito), Provincia Autonoma di Trento (sito in allestimento), Campania (dati non aggiornati), Basilicata (difficoltà di accesso al sito, impossibilità di trovare informazioni chiare).

1. Calabria

Sul sito della Regione[9] si trova un documento che riguarda le **Strutture regionali private accreditate**. « Con Decreto n.1 del 5 gennaio 2011 del Presidente della Giunta Regionale […] sono state accreditate definitivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie elencate nell' Allegato A denominato *"Registro dalle strutture sanitarie e socio sanitarie private accreditate definitivamente nella Regione Calabria".* Il decreto elenca inoltre i provvedimenti amministrativi emanati dalle Aziende Sanitarie Provinciali che sono alla base dell'Accreditamento definitivo delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie ricadenti nel territorio di competenza di ciascuna ASP. Infine il decreto prevede di revocare l'autorizzazione e l'accreditamento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitane, precedentemente accreditate provvisoriamente e per le quali non è stato espresso parere favorevole per il possesso dei requisiti di legge.

Approvato con Decreto DG n.909 del 4.2.2010 e pubblicato sul BURC n.8 del 26.2.2010-parte III, il "**Registro delle strutture sanitarie e socio sanitarie private accreditate definitivamente bella Regione Calabria"**.

Di nostro interesse sono le RSA per anziani (ci sono anche quelle medicalizzate e quelle per disabili), le case protette per anziani ed, eventualmente, le case di cura: totale 100.

ASL provinciale	RSA per anziani	Case protette per anziani	Case di cura.	Totale
Cosenza	14	8	13	35
Crotone	13	5	6	24
Catanzaro	12	7	3	22
Vibo Valenzia	1	1		2
Locri	3	2		5
Reggio Calabria	4	3	5	12

Tutte le strutture private accreditate sono state censite per tramite della Delibera Giunta Regionale n. 275 del 5.4.2008 " **Provvedimento di ricognizione delle strutture sanitarie e socio sanitarie riconosciute, provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 8 quater D.lgs 502/92 e art. 1, comma 796, lettera s), t), u) Legge 296/2006"** pubblicata sul BURC n.9 del 30.4.2008

La domanda di autorizzazione e accreditamento può essere inoltrata per tramite dei modelli previsti dalla Delibera G.R. n. 659 del 14 settembre 2004, Delibera G. R.n. 133 del 15 febbraio 1999, Delibera G.R. n. 3137 del 7 settembre 1999, Legge regionale n. 11/04

Sono pubblicate le "Cartine georeferenziate" riguardanti la distribuzione sul territorio regionale dell'offerta di prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private accreditate. Troviamo anche quella della "Rsa per anziani".

[9] http://www.regione.calabria.it/sanita/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=97

2. Puglia

Il Rapporto analitico ("La rete delle strutture residenziali per anziani", del Sistema Informativo Sociale Regionale), del 2009[10], considera un universo di **229** Strutture Residenziali per anziani (considerando le Case alloggio, case di riposo, residenza socio sanitaria assistenziale per anziani o residenza protetta, RSA) e ne censisce **185** (quelle che effettivamente hanno risposto all'indagine), per un totale di 7.472 posti letto. Le strutture sul territori provinciale risultano: Bari: 74; Brindisi: 9; Foggia: 26; Lecce:63; Taranto: 13.

Provincia	Strutture residenziali per anziani
Bari	74
Brindisi	9
Foggia	26
Lecce	63
Taranto	13

C'è un resoconto sull'accreditamento delle strutture private aggiornato al 31 maggio 2009[11]: risulta una sola struttura per anziani e demenze senili.

A livello normativo, nel corso della seduta del 23 febbraio 2011, la Commissione Sanità della Regione Puglia ha approvato la proposta di legge "Norme in materia di residenze sanitarie assistenziali, riabilitazione ed *hospice*", che semplifica la procedura per l'istituzione di RSA.

Precedentemente, con atto deliberativo n. 736 del 15 marzo 2010, la Giunta Regionale ha approvato la modifica alla D.G.R. n. 279 del 2 febbraio 2010 "*Approvazione tariffe di riferimento regionale per i servizi residenziali per anziani*". Con lo stesso atto, è stata inoltre rettificata la Deliberazione G.R. n. 314 del 9 febbraio 2010 in relazione ai requisiti minimi strutturali, funzionali e organizzativi (numero dei posti letto) per l'autorizzazione al funzionamento di tutte le strutture e i servizi sociali e sociosanitari riconosciuti in Puglia. L'atto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 61 del 7 aprile 2010.

[10] http://www.osservatoriosocialepuglia.it/downloads/Rapporto_ANZ_2009.pdf
[11] http://www.regione.puglia.it/web/files/sanita/Scheda_di_rilevazione_per_Agenas_Accreditamenti_Puglia.pdf

3. Piemonte

Sul sito della Regione[12] si trova un elenco molto dettagliato di tutte le strutture accreditate, diviso per provincia e Asl di riferimento. Si tratta delle strutture socio-sanitarie private che hanno conseguito l'accreditamento istituzionale definitivo ai sensi della DGR n. 25 – 12129 del 14 settembre 2009. Il totale è di **742**, suddivise per provincia:
Quelle che si riferiscono agli anziani (nelle diverse classificazioni: CDA anziani, NAT anziani, RAF, RSA…) sono **289** (stima passibile di errori nel conteggio):

Asl-Provincia	**Numero strutture accreditate**
Alessandria	52
Asti	-
Biella	33
Cuneo	73
Novara	3
Torino	120
Verbano-C.-O	8
Vercelli	-

A titolo informativo, come documento di archivio, è pubblicata sul sito una "Guida ai presidi per anziani"[13] risalente 2005.
E' stata adottata dalla Giunta regionale la deliberazione 25-12129 del 14 settembre 2009, con la quale viene definito il processo di accreditamento di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che operano nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, vale a dire i presidi ospitanti soggetti anziani, disabili, minori ed eroganti prestazioni assistenziali e sanitarie in regime di convenzione con il sistema pubblico e che, quindi, in tale contesto vengono remunerate dal Servizio Sanitario Regionale per le prestazioni a rilievo sanitario. L'accreditamento, definito dall'art 29 della Legge regionale 1/2004 quale titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali da parte delle strutture socio-sanitarie con il sistema pubblico, presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione al funzionamento.
Sul Bollettino Ufficiale n. 17 del 26/04/2007 è pubblicata la Circolare della Presidente della Giunta Regionale 16 aprile 2007, n. 1/WEL, recante «Indirizzi relativi all'attività di vigilanza e all'attività di controllo del rispetto delle convenzioni nelle strutture per anziani». «Sulla base del nuovo modello organizzativo definito dalla D.G.R. n° 17-15226/2005, integrata con la D.G.R. n° 2-3520/2006, e alla luce dei contenuti di cui alla D.G.R. n° 18-15227/2005, occorre che sia posta particolare attenzione e venga intrapresa ogni opportuna forma di verifica e vigilanza volta a dare positivo riscontro circa la corretta predisposizione da parte delle strutture dei Piani Assistenziali Individuali degli anziani non autosufficienti presenti sulla base delle prime indicazioni regionali di cui alla DGR n° 17-15226/2005, alle quali dovranno seguire ulteriori linee guida».

[12] http://www.regione.piemonte.it/polsoc/presidi/accredit.htm
[13] http://www.regione.piemonte.it/polsoc/presidi/guida.htm

4. Lazio

Sul Portale dei Servizi Sociali del Lazio[14] è presente un elenco, con i contatti, delle Strutture residenziali – case di riposo – pubbliche e private, per un totale di **201**:

Territorio	**Numero strutture residenziali**
Comune di Roma	84
Province di:	
Frosinone	19
Latina	10
Rieti	9
Roma	60
Viterbo	19

È da segnalare una peculiarità riscontrata per il territorio di **Latina**, sul sito del Sistema Informativo dei Servizi Sociali[15], progettato e realizzato dal Segretariato Sociale di Latina, è attiva una "banca dati Servizi" e una "banca dati Strutture"; quest'ultima «fornisce le schede informative di tutti le Strutture operative sul territorio, ti dice se si tratta di una struttura pubblica o privata, le competenze e la modalità di accesso, quali sono i servizi erogati e chi può usufruirne».

Il 3 febbraio sono stati emanati i decreti commissariali n.7 e n.8 del 2011 riguardanti i requisiti e le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Il Decreto U0007 del 3/2/2011 riguarda i termini e le modalità per la presentazione della documentazione attestante il possesso dei requisiti dichiarati ai fini del procedimento di accreditamento istituzionale definitivo. Il Decreto U0008 del 10/02/2011 modifica l'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 riguardante i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie. In particolare, il decreto modifica i requisiti riguardanti le seguenti tipologie assistenziali: a) attività di riabilitazione (cod. 56); b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3.

La Giunta regionale in data 21 gennaio 2011 ha approvato la Deliberazione n. 17 recante: "Requisiti in deroga ai requisiti integrativi previsti dalla DGR 1305/2004, Sezione III - Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, ai sensi dell'articolo 14, comma 4 della LR 41/2003". La nuova Delibera NON HA DEROGATO tutti i requisiti integrativi previsti dalla DGR 1305/2004 ma solo i requisiti strutturali e quelli relativi alle figure professionali. Per tutto il resto rimane, dunque, la data di scadenza del 10 febbraio 2011. Entro tale data TUTTE LE CASE DI RIPOSO hanno l'obbligo di adeguarsi e, per quante non l'avessero già fatto, è necessario presentare richiesta di adeguamento dell'autorizzazione al municipio di appartenenza. La Giunta ha, quindi, approvato i requisiti in deroga per il rilascio e mantenimento della autorizzazioni della Case di Riposo per Anziani. Ciò consentirà alla strutture operanti di poter continuare la propria attività, previo adeguamento dell'autorizzazione alla nuova normativa.

[14] http://www.socialelazio.it/opencms/opencms/sociale/social/aree.tematiche/anziani/servizi_strutture/strutture_residenziali/anziani_strutture3?breadCrumb=/sociale/social/sistema.welfare/strutture_residenziali/index.html&channel=strutture residenziali

[15] http://www.segretariatosocialelatina.it/Siss/

A fine 2010, per quanto riguarda il livello finanziario, troviamo la Determina B5347 del 29/10/2010. Oggetto: Attuazione D.G.R. 7 agosto 2010, n. 379 – Strutture residenziali per anziani. Impegno €500.000,00 - Cap. H41135 del Bilancio Regionale, Esercizio finanziario 2010.

5. Veneto

Per accedere ad alcune fonti del sito www.venetosociale.it è necessario autenticarsi ed essere, quindi, registrati. Nella sezione del sito "NEL TERRITORIO"[16] è possibile accedere ad un indirizzario, suddiviso per province. È presente un elenco e i relativi contatti, ad esempio, di Case di riposo, Ipab, comunità residenziali handicap, non è specificato a quando risale l'ultimo aggiornamento. Facendo un conteggio veloce sono **266** le "case di riposo" presenti nell'elenco:

Provincia	Numero case di riposo
Belluno	27
Padova	23
Rovigo	16
Treviso	48
Venezia	27
Verona	66
Vicenza	59

A livello normativo, più di recente, troviamo **Provvedimento: DGR n° 1673, del 22.06.2010. «**Residenzialità Extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei Centri di Servizio residenziali. Anno 2010»: aggiornamento annuale della quota socio sanitaria per l'assistenza residenziale e semiresidenziale delle persone non autosufficienti.

Si trova la Relazione della Regione Veneto al 7° Congresso Nazionale Associazione Geriatri Erxtraospedalieri, tenutosi a Palermo il 21-23 ottobre 2010, "La geriatria tra clinica, cura ed assistenza sociosanitaria: dal to *cure* al *to care*". «*L'ASSISTENZA IN RSA: organizzazione ed esperienze a confronto*», Regione Veneto - Dott.ssa Baggio[17]. Nella Tabella a pag.30 delle slide sono riportati il numero dei Centri Servizio (che, salvo qualche cambiamento, corrisponde alla tabella che abbiamo costruito sopra) e il numero degli ospiti non-autosufficienti che si trovano in una struttura residenziale:

RESIDENZIALITA' PER NON AUTOSUFFICIENTI -Regione Veneto

Provincie	CENTRI SERVIZIO	N° OSPITI NON-Autosufficienti residenziali
VERONA	66	4229
VICENZA	57	4461
BELLUNO	26	1413
TREVISO	49	4362
VENEZIA	30	3485
PADOVA	29	3806
ROVIGO	16	1441
totali	273	23197

Fra gli studi pubblicati, che si trovano nella sezione del sito "PUBBLICAZIOIN", ma non accessibile in quanto è necessaria la registrazione al sito, può interessare «*Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti*» una pubblicazione curata dall'**Osservatorio regionale sulla condizione della persona anziana e disabile**, che, leggendo dalla presentazione, «offre una mappa aggiornata della dislocazione territoriale dei servizi per facilitare ai cittadini e agli operatori i percorsi di accesso e di informazione. La pubblicazione offre un quadro organico e completo del sistema di offerta per le **persone non autosufficienti** per poter compiere una scelta sempre più consapevole e documentata sulle diverse opportunità offerte dalla nostra rete di servizi agli operatori, ai cittadini e alle loro famiglie. La

[16] http://www.venetosociale.it/index.php?pg=territorio&m_cMenu=PRO
[17] http://www.associazionegeriatri.it/(A(2l1mpIXEywEkAAAAZDI5YTg3NzEtOGRlMC00NTc3LThhMzktMTMxYjJhMjhjNDQz0))/docs/relaz/101020cn/02bBaggio.pdf

pubblicazione contiene una mappa delle **strutture residenziali e dei posti letto autorizzati ad accogliere impegnative di residenzialità** e delle strutture diurne per anziani suddivise per Azienda ULSS, e indicando per ognuna di esse, oltre ai recapiti:

- il numero di posti letto per persone autosufficienti;
- il numero di posti letto per persone non autosufficienti suddivisi per intensità assistenziale ridotta/minima e maggiore. In quest'ultima vengono ricompresi i Nuclei di Residenze Sanitarie Assistenziali (N.R.S.A.); i Centri Diurni.

Nell'ultima parte della pubblicazione sono indicati i Centri di servizio che, oltre ad una o più Unità di Offerta, dispongono di:

- Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.);
- posti letto per persone in situazione di Stato Vegetativo Permanente (S.V.P.).

6. Sicilia

Ad agosto 2010 è stata presentata la bozza del Piano Sanitario Regionale 2011-2013[18] («Piano della Salute 2011-2013»). Con il Decreto Assessoriale n. 1325/10 del 24 maggio 2010 integrato dal DA 1544/10 cui si rinvia, nel definire la tipologia assistenziale delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), è stata prevista la programmazione complessiva di 2.500 posti in RSA, nel triennio 2010-12 per i ricoveri di durata non superiore ai 12 mesi. Considerato il numero di posti già attivi, sono stati individuati i tempi e i modi per il completamento, in relazione al riordino della rete ospedaliera secondo quanto previsto dalla L.R. n.5/09 e dai relativi atti di programmazione.

ASP	Posti programmati	Posti attivati	Posti da attivare
Agrigento	242	90	152
Caltanissetta	138	10	128
Catania	492	421	71
Enna	98	40	58
Messina	368	140	228
Palermo	587	32	555
Ragusa	154	90	64
Siracusa	190	-	190
Trapani	231	129	102
Totale	2.500	952	1.548

Fonte: Programma opertativo 2010-2012 – bozza.

[1818]http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaNuovaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica/PIR_PianosanitarioRegionale20102012

7. Toscana

Nonostante sia indicata come "Rilevazione annuale", i dati consultabili nella banca dati sulle strutture per anziani dal sito regionale[19] sono aggiornati al 2007 (quelli scaricabili si riferiscono al 2005). La banca dati considera le: residenze sociali assistite, Comunità Alloggio Protetta, centro residenziale e RSA. È possibile anche distinguere per tipologia di ospiti fra: autosufficienti, non autosufficienti e gravi.
Facendo riferimento, quindi, al 2007 troviamo un t**otale di 430 strutture:**

Provincia	Numero strutture
Arezzo	45
Firenze	113
Grosseto	23
Livorno	42
Lucca	46
Massa Carrara	28
Pisa	45
Pistoia	23
Prato	19
Siena	46

Da un articolo sul sito della Regione di Federico Taverniti, dell'ottobre 2008[20], nella sezione "SOCIALE"- "ANZIANI", leggiamo che «le strutture residenziali per anziani in Toscana sono 377; 107 i centri diurni di cui 23 specializzati nell'assistenza a persone affette da patologia di Alzheimer». È presente, un po' datato, un *Report analitico* risalente al 2003 circa, intitolato «Studio di caso AIR, "ACCREDITAMENTO STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI CHE EROGANO SERVIZI SOCIALI"»[21].
A livello normativo le ultime disposizioni che si ritrovano sono: «Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento» (L.R. 5 agosto 2009, n. 51). «Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale Integrato» (L.R. 28 dicembre 2009, n. 82).

[19] http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/link/banchedatinascoste/visualizza_asset.html_522501060.html
[20] http://www.regione.toscana.it/regione/export/RT/sito-RT/Contenuti/sezioni/sociale/anziani/visualizza_asset.html_929364856.html
[21] http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/1234186823300_Report_analitico_-_accreditamento_strutture_residenziali.pdf

8. Trentino Alto Adige – Province Autonome di TN e BZ.

Sul sito delle "pari opportunità in provincia di **Trento**" dovrebbe essere presente un elenco completo delle RSA operative sul territorio[22]. Si rimanda attraverso un link alla pagina dell'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza, che, al 1 marzo 2011, risulta in allestimento.

La Giunta provinciale di Trento, ha approvato il 5/03/2010 la delibera di Ugo Rossi, assessore alla salute e politiche sociali, per l'utilizzo del Fondo di riequilibrio per le Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale e ospedaliera. Sono 14 le strutture cui è stato concesso un contributo, per un totale di 638 mila euro.

Sul sito della **Provincia di Bolzano**[23], nell'area "Persone anziane – Strutture – case di riposo", sono dichiarate **75** case di riposo operanti sul territorio dell'Alto Adige - centri di degenza dell'Alto Adige che «offrono complessivamente circa 4.020 posti letto e sono gestite da: comunità comprensoriali, Comuni, fondazioni o enti privati, oppure da Aziende pubbliche per i servizi alla persona». L'elenco allegato è aggiornato a gennaio 2011. È fornito anche documento con le rette delle case di riposo.

La Giunta provinciale con deliberazione 26 ottobre 2009, n. 2620 ha approvato il Programma quinquennale per l'armonizzazione delle prestazioni e delle rette nelle case di riposo e nei centri di degenza e con la deliberazione 11 ottobre 2010, n. 1683 i nuovi criteri per la determinazione delle rette giornaliere a carico delle persone ospitate in case di riposo e centri di degenza e per la ripartizione dei costi, a decorrere dall'anno 2011.

La gestione di posti letto per ricoveri temporanei e ricoveri temporanei di transito è regolamentata dalla deliberazione della Giunta provinciale 14 dicembre 2009, n. 2976.

[22] http://www.pariopportunita.provincia.tn.it/italy/SC/492/a_chi_rivolgersi.html
[23] http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali/persone-anziane/case-riposo-centri-degenza.asp

9. Lombardia

È attivo l'"Osservatorio Fnp Cisl Lombardia sulla assistenza socio-sanitaria residenziale e domiciliare (Rsa-CeAD)"[24] che ha reso pubblico un elenco dettagliato e aggiornato ad Agosto 2010 sulle RSA operative nei diversi territori ASL provinciali. In totale le RSA monitorate sono **638** (elenco che si avvicina a quello che ritroviamo sul sito della *Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale* della Regione "Le RSA in Lombardia"[25]):

- ASL Bergamo: 60 RSA
- ASL Brescia: RSA monitorate sono 86 + 4 Hospice oncologici + 13 CDI comunali
- Como: RSA monitorate sono 57 + 2 Hospice
- Cremona: RSA monitorate sono 29 + 3 Hospice Oncologici
- Lecco: RSA monitorate sono 25 + 1 Hospice ospedaliero + 2 CDI comunali
- Lodi: RSA monitorate sono 17 accreditate di cui 1 solo autorizzata.
- Mantova: 47 le RSA Monitorate + 1 Hospice A.O
- ASL Milano città: RSA Monitorate 65 di cui 2 gratuite + 7 CDI comunali + 8 Hospice oncologici non RSA
- Milano 1: Le RSA Monitorate sono 45
- Milano 2: RSA Monitorate sono 21
- Monza-Brianza: RSA monitorate sono 34 + 3 Hospice +8 CDI Comunali.
- Pavia: RSA monitorate sono 78 di cui 2 non accreditate + 4 Hospice oncologici + 5 CDI comunali.
- Sondrio: 21 RSA monitorate - 2 senza dati 2 Hospice e 1 CDI comunale
- ASL Varese: RSA monitirate sono 53 + 3 Hospice ospedalieri + 3 Centri Diurni Integrati Comunali

Alcune novità normative riguardano le tariffe e il calcolo delle rette. È intervenuto il Tar della Lombardia, a maggio 2010, per stabilire che «le rette degli assistiti ricoverati in residenze socio sanitarie (RSA) devono essere pagate dai singoli facendo riferimento al loro reddito ISEE e non dai loro famigliari. La parte mancante (eventuale in base alle fasce di reddito) a copertura della retta giornaliera stabilita dalle Regione è **a carico del comune di residenza**». I Comuni non possono far pagare le spese dell'assistenza alle persone non autosufficienti ai familiari considerando il reddito complessivo della famiglia anziché quello della singola persona assistita. Sono stati quindi accolti, i ricorsi presentati dai famigliari delle persone non autosufficienti contro i Comuni di Milano, Varese, Pavia, Cinisello B., Vimercate, Castiglione Olona, Oggiono S. Stefano, Grosio, Binago, Tirano e Locate Varesino (*Cfr*. www.rcsconsulting.it).

[24] http://www.fnplombardia.cisl.it/sito/osservatorio.asp
[25] http://www.famiglia.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Famiglia%2FDetail&cid=1213285930333&pagename=DG_FAMWrapper

10. Emilia Romagna

Sul sito delle Politiche Sociali in Emilia Romagna[26], nella sezione "Anziani – Servizi Residenziali – Scheda informativa RSA" è possibile effettuare una ricerca di strutture assistenziali nel territorio. Troviamo una banca dati dei Presidi e dei Servizi socio assistenziali. Impostando la ricerca per provincia e tipologia (= Residenza Sanitaria Assistenziale) di qualsiasi natura giuridica, in totale abbiamo **63 RSA**, **365 case protette** per anziani, **201 case di riposo / casa albergo / albergo anziani:**

	RSA	**Case protette**	**Case di riposo / casa albergo / albergo anziani**
Bologna	14	78	82
Ferrara	5	28	18
Forlì-Cesena	5	32	13
Modena	10	49	11
Parma	3	50	14
Piacenza	4	26	17
Ravenna		31	14
Reggio Emilia	6	52	15
Rimini	8	19	17
TOTALE	63	365	201

Nella sezione "Politiche sociali" del sito della Regione[27], dedicata agli anziani, si trovano tutte le definizioni dei servizi e una descrizione delle principali caratteristiche dei servizi offerti agli anziani attraverso il Servizio Assistenza Anziani della Regione. Per **Casa protetta** e **RSA** si intendono le strutture socio-sanitarie residenziali destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Si differenziano per finalità assistenziali e requisiti di personale diversi. La RSA «è un servizio residenziale a maggiore valenza sanitaria rispetto alla casa protetta, che ospita anziani non autosufficienti con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o malattie croniche, non assistibili a domicilio e che richiedono riabilitazione, terapie e assistenza continua. Considerate la maggiori esigenze sanitarie degli ospiti, l'RSA deve garantire una maggiore intensità assistenziale con una maggiore presenza di personale medico, infermieristico, terapisti, assistenti di base».
È pubblicato un "Elenco dei presidi per anziani della Regione Emilia Romagna" aggiornato a dicembre 2007, contenente un indirizzario suddiviso per territorio ASL provinciale.

Le normative di riferimento più recenti sono:

- ***D.G.R. n. 514 del 20 aprile 2009*** : Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art.23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari
- ***Delibera della Giunta Regionale del 21/12/2009 n° 2110*** : Approvazione del sistema omogeneo di tariffe per i servizi socio-sanitari per anziani per l'accreditamento transitorio
- ***D.G.R. n. 1206 del 30 luglio 2008***: Fondo regionale per la non autosufficienza - Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. n. 509/2007
- **D.G.R. n. 509 del 16/04/2007** : Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009

[26] http://www.regione.emilia-romagna.it/urp/unitainformative/file_html/500000000030.htm
[27] http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ERMES/Canali/servizi_sociali/anziani/case_residenze_anziani.htm

11. Campania

Sul portale della Regione[28] troviamo un elenco aggiornato a marzo 2008 delle strutture socio-assistenziali per anziani autorizzabili provvisoriamente al funzionamento ai sensi del regolamento n.6 del 18.12.2006, nelle more degli adeguamenti previsti.

Provincia	*Comunità alloggio*	*Casa di riposo*	*Struttura a prevalente accoglienza alberghiera*	*Centro polifunzionale*	*Casa albergo*	*Casa sociale gruppo appartamento*	*Casa di accoglienza per anziani*	*Totale*
CE					7	4		11
BN	2				3	1		6
NA	16	4	2	2	14	5		43
SA		1		2	15	1	1	20
AV	1			1	3			5

Legge Regionale n° 17 del 04.11.91 ha istituito l'"Albo Regionale Strutture per Anziani".
Alcune più recenti disposizioni normative in materia di "Servizi di cura per le persone prive di supporto familiare" si hanno con l'approvazione di un piano d'interventi per favorire il sistema dei servizi di cura per le persone senza famiglia, in particolare anziani, minori privi d'affido e persone non autosufficienti, al fine di ricreare un contesto il più possibile assimilabile a quello familiare, avvenuto il 16/05/2009. Gli interventi sono finalizzati inoltre al recupero dell'autonomia psicofisica, all'assistenza diurna e notturna ed alla socializzazione. Per un totale di € 13.000.000 di risorse, il piano ha previsto la costruzione di nuove strutture, la riqualificazione di quelle già esistenti, il potenziamento di servizi di pronta accoglienza ed assistenza domiciliare, la formazione del personale e l'avvio dei servizi.

[28] http://www.regione.campania.it/portal/media-type/html/user/anon/page/ANZL_DettaglioAttoTema.psml?itemId=369&ibName=Generic&theVectString=-1%2C50%2C80

12. Sardegna

Sul portale Sardegna Salute è possibile accedere ad un elenco delle Strutture socio-sanitarie (RSA, Case protette, Comunità alloggio). Impostando la ricerca per provincia, risulta:

ASL-Provincia	Numero strutture
Cagliari	28
Carbonia-Iglesias	9
ASL Lanusei	8
Nuoro	6
Ogliastra	1
Olbia-Tempio	11
Oristano	13
ASL Sanluri	4
Sassari	26
TOTALE	**106**

Alcune recenti disposizioni normative[29] sono le due delibere del 18 ottobre 2010:

- n. 34/25: «Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Approvazione dei requisiti generali e ulteriori per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie operanti nella Regione Sardegna. Approvazione del percorso e delle relative procedure per il passaggio dall'accreditamento transitorio all'accreditamento provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo istituzionale entro il 30.12.2010 delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Approvazione preliminare».
- n. 34/26: «Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Revisione ed integrazione dei requisiti minimi generali e specifici per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private con conseguente attribuzione delle competenze autorizzative agli enti preposti».

[29] http://www.regione.sardegna.it/j/v/66?v=9&c=27&c1=1249&n=10&s=1&mese=201010

13. Liguria

Dipartimento Salute e Servizi sociali - Settore Valutazione, Controlli di qualità e Sistema informativo dei servizi sociali ha istituito una banca dati "Guida alle strutture residenziali e centri diurni in Liguria", pubblicata per la III edizione ad ottobre 2009[30]. È possibile effettuare la ricerca di tutti gli indirizzi ed i recapiti delle strutture residenziali per anziani suddivisi per ASL, aree di utenza e macro aree. Vengono visualizzati i risultati con il dettaglio comunale, ci limiteremo qui a riportare il totale per ASL delle strutture per anziani.

ASL-Provincia	Numero strutture
ASL 1 Imperiese	31
ASL 2 Savonese	50
ASL 3 Genovese	119 (di cui 81 a Genova)
ASL 4 Chiavarese	33
ASL 5 Spezzina	25
TOTALE	258

In Liguria le principali norme di riferimento sui requisiti strutturali e organizzativi delle strutture residenziali sociali e sociosanitarie sono:

- Legge regionale 30 luglio 1999, n. 20 "Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R. 14 gennaio 1997";
- Deliberazione del Consiglio Regionale 6 luglio 1999, n. 44 "Piano Triennale dei Servizi Sociali della Regione Liguria per gli anni 1999-2000-2001 ai sensi dell'art. 22 della l.r. 9 settembre 1998 n.30 e revoca parziale della deliberazione consiliare 6 febbraio 1996 n. 15":
- Legge regionale 24 maggio 206, n. 12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari";
- DGR n. 308 del 15/2/2005 "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005";
- DGR 1575/2003 "Modifiche del Manuale per l'Accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie approvato con DGR 395/2002. Proroga del termine per le strutture provvisoriamente accreditate e ulteriori disposizioni".
- DGR n. 969 del 1/8/2008 "Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria" (attualmente in fase di revisione).
- Legge regionale 15 aprile 2009 n. 6 "Promozione delle politiche per i minori e i giovani".

Recenti adeguamenti normativi in materia di "Strutture residenziali, assistenziali e di riabilitazione" riguardano:

- Determinazione delle tariffe per gli hospice liguri (Delibera G.R. 15 gennaio 2010, n. 21)
- Adeguamento in via provvisoria delle tariffe per i trattamenti sociosanitari residenziali e semiresidenziali disciplinati dalla delibera G.R. 969/2008 e smi (Delibera G.R. 5 febbraio 2010, n. 195)

[30] https://sisweb.regione.liguria.it/struttureresidenziali/Default.aspx

14. Marche

Per accedere ad alcune informazioni del sito[31] è necessario essere registrati ed autenticarsi. Alcuni documenti, con statistiche e commenti alla normativa regionale, si possono reperire sul sito del "Gruppo Solidarietà". Per quanto riguarda le strutture sociosanitarie rivolte ad anziani malati non autosufficienti nella regione Marche esse sono distinte in Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP). Nella «Guida ai diritti e alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie» aggiornata al 2011[32] vengono segnalate alcune criticità in merito alle RSA: « La maggioranza delle RSA anziani nelle Marche (circa 850 posti) ospita malati in dimissione dall'ospedale e si comporta come un reparto ospedaliero di lungodegenza prevedendo degenze a termine. La normativa non stabilisce invece alcun vincolo temporale di permanenza nelle RSA anziani. Nel caso di dimissioni forzate ci si può pertanto opporre».

La Normativa regionale di riferimento: Deliberazione amministrativa n. 97 del 30 giugno 2003, Piano sanitario regionale 2003-2006; DGR n. 704 del 19 giugno 2006, Approvazione del «Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – Modifiche agli allegati A, B, e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005»; DGR n. 480 del 1 aprile 2008, Convenzionamento con residenze protette o nuclei di residenza protetta in case di riposo: Conferma per l'anno 2008 delle condizioni previste dalla DGR n. 704/2006 per la stipula delle convenzioni.

Nelle Residenze Protette, «occorre distinguere tra Residenze protette convenzionate e autorizzate e all'interno delle prime quali ricevono il finanziamento per erogare il minutaggio definito dalla normativa regionale (100 o 120 minuti al giorno). Ad oggi sono circa 400 i posti con questo standard. I restanti 3900 ricevono un finanziamento per erogare al 1.1.2011 un minutaggio di 72 minuti(che ad oggi non risulta attivato). Pertanto i familiari dei malati per i quali l'UVI propone il ricovero in RP, devono accertarsi che la struttura eroghi l'assistenza di una RP e rifiutare proposte di ricovero nelle altre strutture». La normativa regionale non specifica quali prestazioni alberghiere sono comprese nella retta.

Dal 1 ottobre 2010 con vigenza 31.12.2012 il rapporto tra Residenze protette e azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è disciplinato dalla dgr 1729/2010.

[31] http://marcheaccessibili.regione.marche.it/ServizioCaseRiposo.aspx#Autenticazione
[32] http://www.grusol.it/informazioni/guida2011.pdf

15. Abruzzo

Sul portale della Direzione Sanità della Regione si può trovare un elenco delle strutture private accreditate, in riferimento unicamente alla Asl di Avezzano/Sulmona[33].

ASL-Provincia	Case di cura	RSA	R Assistita
Asl Avezzano/Sulmona	6	6	1

Senza che ci sia un riferimento temporale che indichi l'ultimo aggiornamento dei dati, sono presenti degli elenchi di strutture residenziali pubbliche e private[34]:

- «elenco dei centri residenziali autorizzati e convenzionati nella regione Abruzzo che erogano prestazioni sanitarie connesse con quelle socio-assistenziali (ai sensi della delibera g.r. n° 361 del 16 maggio 2003)», che stima un totale di 11 strutture per 773 posti letto autorizzati e 677 posti letto non convenzionati.
- I posti letto nei Centri residenziali autorizzati e Non convenzionati sono 190.
- Le RSA pubbliche autorizzate e accreditate sono 4 (2 in provincia di Pescara, una a Teramo e una a L'Aquila), per un totale di 180 posti letto.
- Le RSA private autorizzate e accreditate sono 17 per un totale di 905 posti letto autorizzati e 737 accreditati.

ASL	Numero RSA private autorizzate e accreditate
Avezzano-Sulmona	6
Chieti	1
L'Aquila	2
Lanciano-Vasto	4
Pescara	3
Teramo	1

- Le RSA private autorizzate e non accreditate sono 4, per 173 posti letto.

Dal sito leggiamo: «Le strutture residenziali più importanti, esistenti sul territorio regionale per l'assistenza agli anziani e ai disabili, sono le **Residenze Sanitarie Assistenziali** (R.S.A.) e i **Centri Residenziali** (C.R.)».

La normativa di riferimento:

Per le R.S.A.

L. n. 67 del 11/3/88; D.P.C.M. 22/12/89; Linee guida Ministeriali del 31/3/94; D.P.R. 14/1/97; L.R. n. 72/94 del 25/10/94 (P.S.R.); L.R. n. 37/99 del 2/7/99 (P.S.R.); D.G.R. n. 1175/96 del 12/4/96; D.G.R. n. 2502 del 24/11/99; D.G.R. n. 100 del 9/2/00; D.G.R. n. 661 del 1/8/02;

Per i C.R.

L. n. 730 del 27/12/83; D.P.C.M. dell'8/8/85; D.C.R. 49/6 del 23/687 e 71/11 del 21/10/97; D.G.R. n. 662 del 1/8/02; D.G.R. n. 361 del 16/5/03;

[33] http://sanitab.regione.abruzzo.it/azienda/asl+avezzano+sulmona/presidi+ospedalieri/strutturepriva te/default.htm
[34] http://sanitab.regione.abruzzo.it/azienda/default/rsa.htm

16. Umbria

Nella sezione "accreditamento e valutazione di qualità" del sito Sanità e Salute della regione[35] è presente un elenco delle strutture autorizzate ai sensi del Regolamento Regionale n. 2 del 25/02/2000, aggiornato a Marzo 2011.
Conteggiando le strutture residenziali per anziani, arriviamo ad un totale di **54**.

	RSA = Residenza sanitaria assistenziale per anziani non autosufficienti	**RPAL = Residenza protetta per anziani malati di Alzheimer**	**RP = Residenza protetta per anziani non autosufficienti**
Perugia	7		27
Terni		1	19
TOTALE	7	1	46

Approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 298 del 28 aprile 2009 e pubblicato nel Supplemento straordinario al «Bollettino Ufficiale» - serie generale - n. 25 del 3 giugno 2009 e reso pubblico sul sito di Sanità e Salute della regione[36], il Piano Sanitario Regionale in cui si pone particolare attenzione al monitoraggio attraverso la creazione e l'implementazione, con tutti i dati disponibili, di un modello '*datawarehouse'* che consenta la correlazione di diversi flussi fino alla
ricostruzione dei percorsi di cura (compresi quelli di residenzialità). L'obiettivo è di informatizzare in modo omogeneo anche le aree della residenzialità.
Approvato e anche **Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza 2008-2010** (**PRINA**)[37],adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 290 del 3 marzo 2009 e pubblicato nel Supplemento Ordinario n. 1 al Bollettino Ufficiale dell'Umbria n. 12 del 18 marzo 2009, il Piano Regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009-2011, in cui è riportato uno schema esemplificativo che mette in correlazione diversi elementi del quadro assistenziale proposto.

[35] http://www.sanita.regione.umbria.it/Mediacenter/FE/CategoriaMedia.aspx?idc=56&explicit=SI
[36] http://www.sanita.regione.umbria.it/Mediacenter/FE/CategoriaMedia.aspx?idc=113&explicit=SI
[37] http://www.sanita.regione.umbria.it/MEDIACENTER/FE/CategoriaMedia.aspx?idc=126&explicit=SI

17. Molise

Sul sito della Regione – Direzione generale Terza Età[38] – è possibile scaricare una Guida ai Servizi per gli anziani dell'anno 2009. È presente un elenco di strutture residenziali (Residenze Protette, case di riposo, comunità alloggio, RSA). Queste sono **44**, di cui 17 nella provincia di Isernia (5 Residenze Protette, 5 case di riposo, 7 comunità alloggio, 1 RSA) e 27 in quella di Campobasso (5 Residenze Protette, 16 case di riposo, 6 comunità alloggio).

[38] http://www.dg3molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/404

18. Friuli Venezia Giulia

Per quantificare il fenomeno facciamo riferimento all'interpellanza n. 243 presentata il 28/06/2010 al Consiglio Regionale[39], dal Consigliere Novelli del PDL, avente come oggetto la «Riqualificazione dell'assistenza per anziani domiciliare e residenziale»; si legge che «sono presenti **191 strutture residenziali** diversamente classificate sulla base del DPRG n. 83 del 1990 (residenze protette, residenze ad utenza diversificata, residenze polifunzionali, case albergo, comunità alloggio) le quali accolgono oltre 10.400 anziani ospiti con diverse condizioni di non autosufficienza ed un numero imprecisato, ma comunque almeno altrettanto elevato numero di persone anziane, in condizioni assistenziali analoghe viene seguito in varie forme dalle aziende territoriali, dai comuni e dagli ambiti presso il proprio domicilio».

Nella sezione delle "Notizie dalla Giunta"[40], il 18/11/2010 leggiamo che è stata approvata una delibera in cui «sono stati definiti l'entità del contributo giornaliero destinato all'abbattimento della retta di accoglienza di anziani non autosufficienti in servizi semiresidenziali e, parallelamente, i requisiti minimi che i servizi semiresidenziali devono possedere per poter operare, siano essi autonomi o collocati all'interno di una struttura residenziale per anziani regolarmente autorizzata. Il provvedimento si è reso necessario in quanto il Bilancio della Regione per il triennio 2010-2012 ha destinato ben 2 milioni di euro alle Aziende per i Servizi Sanitari allo scopo di abbattere, in via sperimentale, la retta di accoglienza, ma non esisteva ancora una specifica disciplina che regolamenti i servizi semiresidenziali per anziani. Per quanto riguarda l'entità del contributo giornaliero, esso è stato definito in 12,50 euro per chi è ospitato in servizi autonomi e in 10.50 euro per coloro che sono accolti in servizi collocati all'interno di strutture per anziani. In entrambi i casi è prevista una riduzione del contributo del 30 per cento, qualora la presenza giornaliera sia inferiore alle cinque ore».

Nella sezione del sito che riguarda "salute sociale famiglia > governo del sistema sociale e sanitario > servizi sociosanitari: strutture intermedie per anziani"[41] possiamo leggere una presentazione dell'offerta sul territorio. In particolare è presente una spiegazione e una definizione delle RSA.

«Nella Regione Friuli Venezia Giulia è presente un'offerta molto articolata di **strutture intermedie** identificate come strutture residenziali per anziani: residenze polifunzionali; residenze polifunzionali con modulo fascia A; comunità alloggio; case albergo; residenze ad utenza diversificata; centri diurni. Per un totale di oltre 10 mila posti letto. Si segnala che, contrariamente a quanto avviene in altre regioni d'Italia in cui le Residenze sanitarie assistenziali (**RSA**) sono comprese nell'elenco delle strutture intermedie e si prevedono degenze prolungate degli ospiti in queste strutture così denominate, nel FVG le **RSA** sono strutture del tutto diverse: esse costituiscono offerta distrettuale, prevedono degenze in genere inferiori ad un mese, sono destinate al recupero fisico e sociale delle persone, in genere dopo una dimissione da un reparto ospedaliero per acuti che, al termine della degenza in RSA, vengono

[39] http://www.consiglio.regione.fvg.it/pagine/attivita/dettaglioInterpellanze.asp?sectionId=271&subSectionId=273&id=243&tipo=1&legislatureId=75931

[40] http://www.regione.fvg.it/rafvg/comunicati/comunicato.act?dir=/rafvg/cms/RAFVG/notiziedallagiunta/&nm=20101118155822015

[41] http://www.regione.fvg.it/rafvg/salutesociale/dettaglio.act?dir=/rafvg/cms/RAFVG/AT3/ARG1/FOGLIA7/

accolte nuovamente a domicilio o in altre strutture residenziali. Nel FVG le RSA sono articolate in moduli specialistici che possono essere dedicati alle demenze, agli stati vegetativi, all'alcolismo ecc.
Dopo l'iniziale sperimentazione e sviluppo delle attività, con la DGR n. 1487 del 25/5/2000 sono state emanate le linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali che hanno definito le finalità, i rapporti con le strutture di riabilitazione, le funzioni, l'offerta, la durata della degenza, le procedure di segnalazione, valutazione, ammissione, dimissione e le forme di partecipazione dell'utenza. Con la successiva delibera di approvazione del Piano regionale della riabilitazione, DGR n. 606/2005 sono stati definiti ulteriori criteri per l'inserimento di queste strutture nell'ambito della rete dei servizi intermedi e di riabilitazione. In particolare, la norma in oggetto ha stabilito che ogni azienda sanitaria, nell'ambito del Piano triennale della riabilitazione, deve definire il fabbisogno dell'offerta di RSA.
Nelle "Linee strategiche regionali in materia di tutela della salute e protezione sociale dell'anziano e di indirizzo per la nuova classificazione del sistema delle strutture residenziali per anziani" si era previsto: il potenziamento degli interventi di sostegno della domiciliarità e di contrasto dell'istituzionalizzazione delle persone anziane; lo sviluppo delle cure intermedie, anche attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna, in grado di dare adeguata risposta a specifici bisogni di carattere sociale e riabilitativo o attraverso interventi di "sollievo"; la riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani.

19. Valle d'Aosta

La Regione promuove interventi in materia di assistenza socio-sanitaria a favore degli anziani. I servizi per anziani si suddividono in servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Sono gestiti dalle Comunità Montane e dal Comune di Aosta a cui la Regione eroga un finanziamento sulla base degli ospiti. Le strutture elencate sul sito regionale[42] sono:

- Microcomunità: sono un servizio socio-sanitario integrato e assistenziale a carattere residenziale. Sono rivolte ad un'utenza costituita da persone anziane valutate non autosufficienti in modo grave o medio dalle competenti Unità di Valutazione Geriatrica.
- **Centro diurno**: è un servizio sociosanitario integrato a carattere semiresidenziale che ospita, in regime diurno, persone anziane o disabili che non siano più in grado di permanere presso il proprio domicilio, offrendo prestazioni di tipo assistenziale, sanitario e riabilitativo.
- **Centro di incontro** è un servizio sociale che offre attività ricreative e culturali per favorire la vita di relazione ed i rapporti di comunicazione interpersonali. È destinato prioritariamente alle persone anziane, anche se deve essere accessibile a tutta la popolazione, senza limiti di età. Non ha carattere né residenziale né semiresidenziale.
- **Casa di riposo privata**: è una struttura a prevalente accoglienza alberghiera, destinata a persone anziane autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.
- Comunità alloggio: è un servizio sociale composto da un insieme di alloggi attrezzati in modo da permettere una vita autonoma, ma raggruppati in un'unica struttura residenziale destinata a persone anziane ovvero a disabili soli o in coppia che rispondano ai seguenti requisiti: abbiano una condizione psicofisica di autosufficienza o parziale autosufficienza; non abbiano particolari problemi sanitari; non possano restare in famiglia o al proprio domicilio anche per periodi temporanei.

	Microcomunità	Centro diurno	Centri incontro	Casa di riposo privata	Comunità alloggio
Valle d'Aosta	30	20	16	8	6

Normativa di riferimento più recente:

Deliberazione di Giunta regionale n. 1557 del 23 maggio 2008: «Approvazione degli importi e delle modalità di erogazione dei finanziamenti regionali da assegnare agli Enti Gestori di servizi per anziani e inabili, per l'anno 2010, ai sensi della l.r. 93/1982, e del protocollo d'intesa tra Regione, Comunità Montane e Azienda USL della Valle d'Aosta per la gestione del personale amministrativo di supporto alle coordinatrici dei servizi per anziani. Impegno di spesa».

Deliberazione di Giunta regionale n. 3751 del 18 dicembre 2009: «Approvazione delle direttive agli enti gestori di servizi per anziani, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93, a decorrere dal 1° gennaio 2010»

[42] http://www.regione.vda.it/servsociali/anziani/strutture/default_i.asp

Deliberazione di Giunta regionale n. 53 del 15 gennaio 2010: «Approvazione, ai sensi della Deliberazione di Giunta regionale 1266/2007, delle disposizioni atte a stabilire le modalità di calcolo dell'indicatore regionale della situazione economica (I.R.S.E) in relazione alla natura ed alle finalità delle prestazioni previste dalle politiche sociali a rilevanza regionale».

Deliberazione di Giunta regionale n. 283 del 5 febbraio 2010: approvazione delle direttive agli Enti locali gestori di servizi alle persone anziane, in applicazione delle leggi regionali 15 dicembre 1982, n. 93, e 20 giugno 2006, n. 13, a decorrere dal 1° gennaio 2010 e fino all'approvazione di nuove disposizioni in merito. Si dà atto «che, come stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale 3751/2009, per l'anno 2010 gli enti gestori procedono a ridefinire l'importo della contribuzione per gli utenti già in carico ai servizi alla data di entrata in vigore di quanto disposto dalla presente deliberazione al momento della scadenza della Dichiarazione Sostitutiva Unica presentata nell'anno 2009».

20. Basilicata

Mancanza di informazioni chiare e precise. Sito internet di difficile fruibilità.

21. Globale

Riassumiamo nella tabella sottostante la stima numerica tratta dal conteggio degli elenchi trovati sui vari siti delle Regioni, precisando la necessità di interpretare i dati con cautela per i motivi spiegati all'inizio del lavoro e tenendo presente le lacune del sistema.

Calabria	100
Puglia	185
Piemonte	289
Lazio	201
Veneto	266
Sicilia	-
Toscana	430
Bolzano	75
Lombardia	638
Emilia Romagna	629
Campania	85
Sardegna	106
Liguria	258
Marche	-
Abruzzo	36
Umbria	54
Molise	44
Friuli Venezia Giulia	191
Valle d'Aosta	80
Basilicata	-
TOTALE	**3667**

I regolamenti comunali

Le strutture per anziani offrono una serie di servizi e prestazioni che possono essere suddivisi in tre livelli: sanitario, assistenziale e sociale. Questi devono essere coordinati fra loro, così come si devono coordinare le diverse figure professionali preposte al loro svolgimento.
I Comuni hanno l'obbligo di disciplinare il funzionamento delle strutture residenziali socio-assistenziali attraverso l'emanazione di regolamenti. Circa il 65% di quelli presi in esame (100, emanati da un campione di Comuni medio-piccoli e grandi per dimensioni demografiche), presenta caratteristiche di "rigidità". Un aspetto che trova scarso spazio nei regolamenti è la definizione di quei bisogni che difficilmente possono essere "misurabili". Se per quanto riguarda l'aspetto medico o biologico alcune necessità possono essere più chiare e predefinite, per esigenze più di carattere personale o relazionale risulta difficile; il loro soddisfacimento è di natura più complessa e rischia di essere sottovalutato, per quanto in molti Regolamenti sia previsto dalla *mission* della struttura. Sebbene, quindi, possano essere esplicitati i principi e previste delle norme atte a impegnare anche il personale delle strutture, con il coinvolgimento dei familiari o dei volontari, a partecipare alla vita quotidiana dell'istituto, queste rappresentano comunque delle regole previste da uno strumento che necessariamente è riduttivo. Anche il Pai (il Piano di assistenza individuale), introdotto ormai dalla normativa regionale, risulta assente o poco richiamato in un gran numero di Regolamenti (68). Il Pai dovrebbe costituire una guida utile per il raggiungimento del benessere dell'anziano, inteso nella sua totalità di persona.

Parte terza: l'analisi dei bilanci di un campione di 50 Case di riposo profit

Introduzione e note metodologiche

Nelle pagine seguenti si intende analizzare il settore delle case di riposo profit attraverso l'analisi dei bilanci "aggregata" di un loro campione.

Questo tipo di lettura può certamente essere utile sia ai fini dell'approfondimento della conoscenza del settore basata su dati oggettivi, sia per cercare di comprendere alcune caratteristiche e tendenze del medesimo, utilizzando elementi informativi e contabili normalmente poco impiegati in questo ambito.

In generale, il bilancio viene redatto dalle aziende al termine di ogni periodo di funzionamento amministrativo per determinare il reddito prodotto nel medesimo ed il relativo capitale di funzionamento. Il bilancio, per quanto obbligatorio ai sensi dalla legislazione vigente, è un documento consuntivo che assolve, fra molte altre, a due funzioni essenziali dal punto di vista gestionale: il controllo dei risultati ottenuti e l'adeguata informativa sull'andamento dell'azienda rivolta a tutti i soggetti utilizzatori del bilancio (i cosiddetti stakeholder).

E' altresì da mettere in evidenza, e questo vale per tutte le aziende profit ed in modo particolare per le case di riposo, che fra le funzioni assegnate al bilancio d'esercizio dalla dottrina vi è anche quella di giudicare ogni singola azienda per il contributo che offre alla società anche in termini di raggiungimento di finalità di interesse pubblico.

Il metodo impiegato si basa quindi sull'analisi di bilancio integrata con ulteriori elementi informativi.

In generale l'analisi di bilancio ha il compito di acquisire informazioni sulle caratteristiche economiche e patrimoniali dell'impresa ai fini della comprensione della sua situazione patrimoniale, reddituale e finanziaria in un certo periodo.

L'ottica di indagine adottata, in particolare per i commenti, è quella dell'analista "esterno" con una valutazione "critica" delle principali dimensioni aziendali (patrimoniale, finanziaria, reddituale, di sviluppo e di produttività). Quando possibile si farà ricorso, oltre ai dati contabili tradizionali, anche alla lettura della nota integrativa e della relazione sulla gestione per incrementare il quadro informativo.

Nell'indagare le caratteristiche economiche-finanziare dell'impresa attraverso l'analisi di bilancio, vanno tenuti presenti i limiti di tali studi, ma anche i possibili vantaggi prospettici che ne possono derivare.

L'analisi, in connessione a quanto premesso, prenderà in considerazione i bilanci approvati degli ultimi due esercizi conclusi (2008-2009). Per quanto l'estensione del periodo di osservazione potrebbe consentire una miglior comprensione delle tendenze di medio-lungo periodo, la comparazione temporale dei bilanci d'esercizio omogenei seppure per un solo biennio, può già offrire alcuni elementi interessanti. Per semplicità e per rendere maggiormente comprensibili i commenti ai non esperti, si farà quasi sempre riferimento ai soli dati del 2009. Nel caso in cui i trend di variazione delle grandezze analizzate risultino significativi nel biennio, si metteranno in evidenza le situazioni maggiormente rilevanti.

Nel presente lavoro si cercherà quindi di rendere il più agevole possibile la comprensione e l'interpretazione delle principali risultanze dell'analisi mantenendo la trattazione in termini molto discorsivi e fornendo anche le spiegazioni circa le "grandezze" commentate lasciando invece agli esperti di tali metodologie l'approfondimento dei parametri non commentati dando per scontati la

conoscenza e la comprensione di questi ultimi. Alcune rielaborazioni dei dati utilizzati verranno comunque presentate in un paragrafo specifico posto al termine di questo lavoro. In alcuni casi si farà anche ricorso alla verifica delle risultanze emerse utilizzando elementi settoriali.

Il Campione ed il confronto con alcuni dati settoriali

Considerando l'interesse per le case di riposo profit, il campione è stato individuato a livello nazionale, scegliendo 50 imprese costituite sottoforma di società di capitali. Questa configurazione dovrebbe far presupporre il maggiore orientamento alla redditività rispetto alle altre forme di costituzione possibili. Tale tipologia costitutiva presuppone altresì che il bilancio d'esercizio costituisca anche una rendicontazione circa l'operato degli amministratori che devono sottoporre i risultati ottenuti alla valutazione ed all'approvazione degli azionisti.
I bilanci sono stati acquisiti attraverso banche dati specializzate ricorrendo alle classificazioni relative alle codifiche ATECO dell'Istat. A questo riguardo è da notare come la maggioranza delle società individuate risultavano classificate in termini di attività come "strutture di assistenza residenziale per anziani" mentre alcune strutture risultavano rientrare in altre classificazioni pur rilevandosi talvolta nella ragione sociale completa l'indicazione "casa di riposo". Tale aspetto, una volta analizzati i vari bilanci singolarmente, non è comunque risultato significativo in quanto i bilanci utilizzati sono risultati omogenei fra loro nelle loro strutture contabili e queste ultime sono risultate altresì compatibili ed omogenee con l'ambito più ampio delle strutture di assistenza residenziale le cui caratteristiche possono ritenersi assimilabili.
Nel prospetto seguente si riportano alcuni elementi sintetici del campione utilizzato.

Elementi schematici del campione.

Numerosità del campione	Società per azioni (numero)	Società a responsabilità limitata (numero)	Appartenenza a gruppi (numero)
50	3	47	20

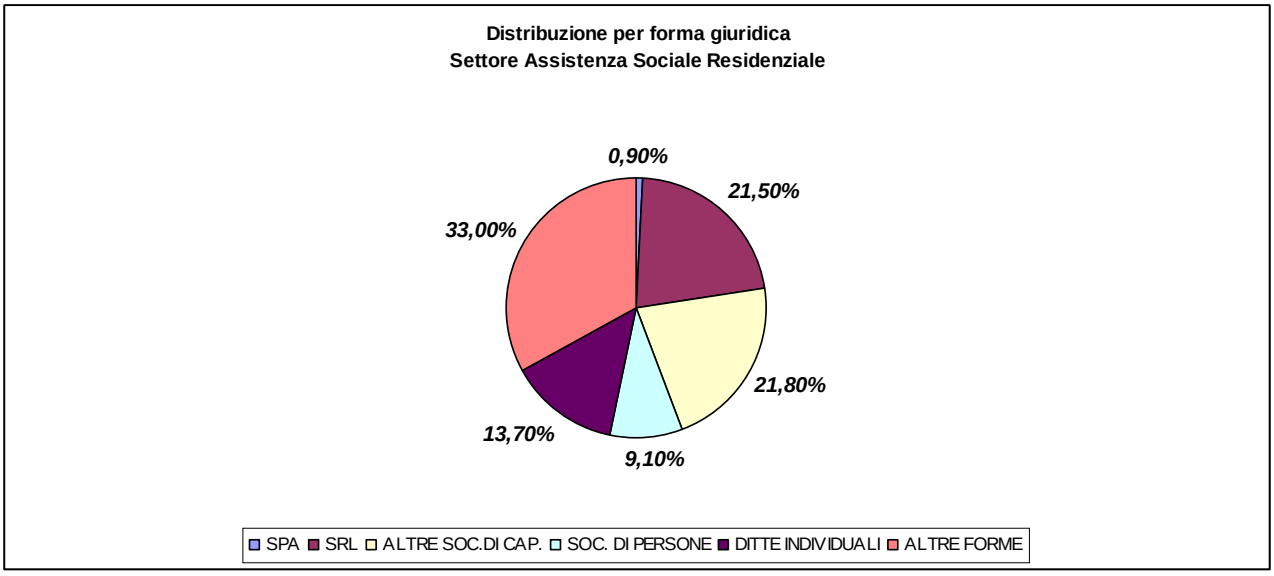
Il campione risulta prevalentemente costituito da società a responsabilità limitata mentre le società per azioni sono solo tre.

Prima ancora di iniziare con l'analisi di bilancio, emerge quindi un elemento interessante ovvero la significativa presenza di gruppi che controllano o a cui sono riferibili ben 20 società delle cinquanta analizzate. Inoltre, è peraltro da rilevare come una delle società a responsabilità limitata appartenente al campione, controllata da una holding, controlla a sua volta 35 strutture mentre una società per azioni ne controlli altre 10. Il campione scelto riassume quindi le caratteristiche e le dinamiche di un gruppo più ampio e pari a 95 strutture residenziali (nel 2009).

Ricorrendo ad alcuni elementi settoriali (il riferimento è sempre alla codifica ATECO 85.31 per quanto attiene a "Assistenza sociale residenziale" che include il settore delle Case di Riposo) si evidenziano nel seguito alcuni dati che successivamente verranno commentati.

Settore Assistenza Sociale Residenziale (dati 2009)

DISTRIBUZIONE PER FORMA GIURIDICA	2009
SPA	0,9%
SRL	21,5%
ALTRE SOC.DI CAP.	21,8%
SOC. DI PERSONE	9,1%
DITTE INDIVIDUALI	13,7%
ALTRE FORME	33,0%
TOTALE	100,0%



Fonte: elaborazione su dati CERVED

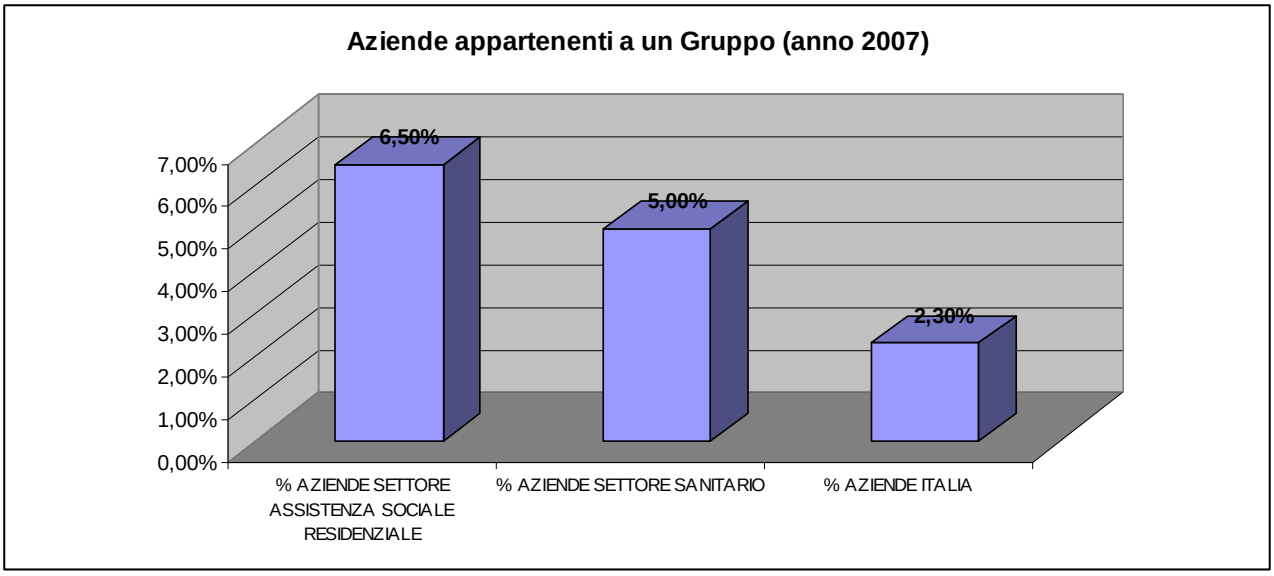
Nel 2009 la distribuzione giuridica del settore assistenza sociale residenziale mostra come il 44,20% del medesimo si riferisca a società di capitali, il 9,10% relativo a società di persone, il 13,70% a ditte individuali ed il 33,00% ad altre forme.

Date le premesse metodologiche, il campione selezionato ha inteso rivolgersi al più ampio e significativo ambito del settore di riferimento.

Aziende del settore appartenenti ad un gruppo (dati 2007)

AZIENDE DEL SETTORE APPARTENENTI AD UN GRUPPO	2007
% AZIENDE ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE	6,50%
% AZIENDE SETTORE SANITARIO	5,00%
% AZIENDE ITALIA	2,30%

Fonte: CERVED



Fonte: elaborazione su dati CERVED

Rispetto all'appartenenza a gruppi ed ai possibili fenomeni di concentrazione, ricorrendo ai dati settoriali del 2007, è possibile avere conferma immediata circa la presenza nel settore delle case di riposo di operatori che controllano diverse strutture al fine di conseguire i classici vantaggi connessi alle economie di scala. E' da osservare come l'acquisizione di strutture esistenti, soprattutto se costituite sottoforma di società di capitali, risulta il modo più rapido per lo sviluppo e per superare le eventuali barriere di ingresso nel settore.

La particolare concentrazione rilevabile nel settore dell'assistenza sociale residenziale risulta superiore a quella già elevata rilevabile nel più ampio settore sanitario rispetto al dato medio nazionale.

Nella tabella seguente viene presentato il campione utilizzato.

Denominazione	Comune	Provincia
VILLA SAN FRANCESCO CASA DI RIPOSO S.R.L.	AGEROLA	NA
VILLA SANT'ANNA S.R.L.	AGLIE'	TO
VILLA ANNA S.R.L.	AMELIA	TR
JOLE - S.P.A.	BAGNO A RIPOLI	FI
VILLA PAOLA - S.R.L.	BOLOGNA	BO
VILLA MAGLI SRL	CALENZANO	FI
CASA DI RIPOSO IL COLLE - S.R.L.	CAMPAGNANO DI ROMA	RM
CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE BENEDETTO COTTOLENGO S.R.L.	CARMAGNOLA	TO
RESIDENZA PER ANZIANI S. ANTONIO S.R.L.	CARMAGNOLA	TO
CASA DI RIPOSO IL SORRISO S.R.L	CASTEL GIORGIO	TR
VILLA SAN MARTINO DUE S.R.L.	CASTELFRANCO EMILIA	MO
VILLA DEI CILIEGI S.R.L.	CASTELVETRO DI MODENA	MO
CASA DI RIPOSO MONS. F. GENOVESE S.R.L.	CAVA DE' TIRRENI	SA
VILLA DEI TIGLI S.R.L.	CAVOUR	TO
LA CASA DI FRANCO S.R.L.	COLICO	LC
VILLA SAN BIAGIO S.P.A.	DICOMANO	FI
LA VILLA S.P.A.	FIRENZE	FI
NUOVA VILLA RIO S.R.L.	FIRENZE	FI
VILLA LE ORTENSIE S.R.L.	FIRENZE	FI
VILLA ESTENSE S.R.L.	FRAGAGNANO	TA
CASA DI RIPOSO DOMIZIA S.R.L.	GROTTAFERRATA	RM
VILLA ESTENSE S.R.L.	MARANELLO	MO
VILLA SORRISO S.R.L.	MARANO SUL PANARO	MO
VILLA EDEN - S.R.L.	MAROPATI	RC
RESIDENZE ANNI AZZURRI S.R.L.	MILANO	MI
VILLA MARGHERITA S.R.L.	MODENA	MO
VILLA PARCO S.R.L.	MODENA	MO
VILLA ROSALBA S.R.L.	MONTECASTRILLI	TR
RESIDENZA PER ANZIANI MONS. PIETRO GELMINI S.R.L.	NETTUNO	RM
SOGGIORNO FIORDALISO S.R.L.	NOVI LIGURE	AL
VILLA ALBERTA S.R.L.	ORVIETO	TR
VILLA IRIS S.R.L.	ORVIETO	TR
VILLA SABRINA S.R.L.	OTRICOLI	TR
CASA DI RIPOSO VILLA FRIGNANO S.R.L.	PAVULLO NEL FRIGNANO	MO
CASA DI RIPOSO – ISTITUTO PIO XII S.R.L.	PORTICI	NA
CASA DI RIPOSO OASI DEL PARADISO S.R.L.	QUALIANO	NA
VILLA SERENA S.R.L.	REGGIO DI CALABRIA	RC
RESIDENZA SANTA RITA S.R.L.	ROMA	RM
RESIDENZA VILLA SUTRI - S.R.L.	ROMA	RM
CASA DI RIPOSO PER ANZIANI PADRE PIO S.R.L.	SAN FERDINANDO	RC
CASA DI RIPOSO MADONNA DI LOURDES S.R.L.	SAN GREGORIO DI CATANIA	CT
CASA DI RIPOSO SAN GIOVANNI BATTISTA S.R.L.	SAVIANO	NA
NEWHOS- CASA DI RIPOSO S.R.L.	SIENA	SI
SANTA CHIARA S.R.L.	TARANTO	TA
VILLA ANGELA S.R.L.	TERNI	TR
VILLA FLAMINIA S.R.L.	TERNI	TR
VILLA SAVERIO S.R.L.	TERNI	TR
VILLA VITTORIA S.R.L.	TERNI	TR
VILLA IRIS II S.R.L.	TORINO	TO
VILLA LETIZIA S.R.L.	ZAFFERANA ETNEA	CT

Analisi dello Stato Patrimoniale

Il codice civile, secondo gli schemi previsti all'art. 2424, distingue l'attivo in alcuni raggruppamenti (in termini schematici: crediti verso soci, immobilizzazioni, attivo circolante, ratei e risconti attivi), sulla base del criterio della destinazione. Il passivo viene invece scomposto in due raggruppamenti (schematicamente: capitale proprio e capitale di terzi) sulla base del criterio di origine.
Nelle analisi economico finanziarie si utilizzano normalmente il criterio della realizzabilità degli investimenti (sulla base della trasformazione in forma liquida entro od oltre l'anno) per quanto attiene all'attivo ed il criterio della durata (entro od oltre l'anno) dei finanziamenti che si suddividono tipicamente in passivo corrente e capitali permanenti (patrimonio netto e debiti a medio lungo termine).
In generale, analizzando l'attivo patrimoniale del campione per il 2009 si evidenzia la rilevanza dell'attivo fisso che raggiunge circa il 75% del totale attivo, composto prevalentemente delle immobilizzazioni materiali (in parte prevalente da immobili e terreni) e dalle immobilizzazioni immateriali (in parte prevalente dovute all'avviamento).
Il magazzino invece costituisce un elemento trascurabile considerato che non si realizza un processo produttivo in questo tipo di strutture, ma l'erogazione di servizi.
Le liquidità differite, tipicamente crediti nei confronti dei clienti e più in generale nei confronti di terzi, rappresentano circa il 20,5% dell'attivo patrimoniale.
Le liquidità immediate, ovvero denaro contante o altre forme liquide equivalenti, costituiscono circa il 4% dell'attivo patrimoniale.
Se questa è la situazione "aggregata" del campione, è opportuno mettere in luce che per alcune case di riposo l'attivo fisso risulta pari a zero in quanto le strutture risultano prese in locazione finanziaria (leasing). L'avviamento è una voce contabile che caratterizza le operazioni di acquisizione di aziende e che rappresenta la differenza fra il patrimonio netto dell'azienda acquisita ed il prezzo di acquisizione della medesima da parte della società acquirente. Tale voce è presente solamente nei bilanci delle aziende riferibili a gruppi molto dinamici in termini di sviluppo/espansione nel settore che hanno realizzato operazioni di acquisizione.
Anche in termini di liquidità differite, vi sono strutture, specialmente quelle di minori dimensioni, che registrano crediti pressoché nulli a fronte di aziende di maggiori dimensioni e collegate a gruppi, o convenzionate con il S.S.N. per alcune residenze, che risultano in attesa di elevati livelli di flussi finanziari per prestazioni erogate.
Analizzando il passivo patrimoniale del campione per il 2009, si rileva che il patrimonio netto costituisce circa il 37% del passivo complessivo. Questa voce comprende il capitale sociale, le riserve e l'utile/la perdita di esercizio. Si tratta di fonti finanziarie senza obbligo di rimborso nei confronti degli azionisti e messe da questi a disposizione per il funzionamento dell'impresa. Tale entità percentuale, rispetto alla media delle imprese italiane che ricorrono maggiormente al debito, risulta particolarmente elevata. Una motivazione plausibile è connessa all'incidenza rilevante dell'attivo fisso, ed in particolare delle immobilizzazioni materiali (gli immobili ed i terreni delle strutture assistenziali) che sono da considerare investimenti che presuppongono fonti di copertura e lungo termine.

E' da mettere inoltre in evidenza come in alcuni casi, spesso associati alle realtà di maggiori dimensioni ed appartenenti a gruppi, il patrimonio netto evidenzia rilevanti riserve sovrapprezzo emissione azioni e significative riserve di rivalutazione generate dalla rivalutazione degli immobili iscritti nell'attivo patrimoniale a valori non in linea con il valore commerciale.
Sono anche presenti diverse società con riserve straordinarie significative costituite dagli utili realizzati ed accantonati nel corso del tempo.
E' peraltro da rilevare come il campione "aggregato" registri perdite significative, soprattutto nel 2008, ma anche nel 2009. Oltre 30 società del campione conseguano, in entrambi gli esercizi, utili talvolta rilevanti. Le perdite maggiormente significative in termini assoluti concernono le società di maggiori dimensioni che hanno in atto processi di acquisizione di nuove strutture e di investimento con ampliamento delle capacità ricettive e di riorganizzazione rilevanti. L'acquisizione delle strutture risulta orientata a società con redditività ridotta o negativa che nei primi anni condiziona i risultati reddituali del soggetto acquirente.
Le passività consolidate per il campione nel 2009 costituiscono circa il 29% del passivo. Si tratta dei debiti con durata pluriennale (prevalentemente mutui e fondo TFR) cioè passività la cui restituzione è normalmente prevista sul medio-lungo periodo. La forma tipica di finanziamento a medio-lungo termine è il ricorso a mutui talvolta assistiti prevalentemente da garanzie reali ed ipotecarie sulle strutture assistenziali e talvolta su altri beni/partecipazioni. Anche in questo caso, le strutture di dimensioni più importanti hanno maggiori possibilità di accedere al debito e ricorrono a molteplici forme di finanziamento (utilizzando anche strumenti derivati di copertura sulle variazioni dei tassi di interesse).
I debiti a breve termine del campione per il 2009 rappresentano circa il 34% del passivo. La voce accoglie i debiti con scadenza entro l'anno e risulta prevalentemente composta dai debiti verso i fornitori, dai debiti verso banche (inclusi i finanziamenti e le rate di rimborso dei mutui con scadenza entro 12 mesi) e dai debiti tributari.
Contrapponendo alcuni raggruppamenti delle voci dell'attivo e del passivo patrimoniale è possibile evidenziare margini in grado di dare informazioni sulla struttura delle fonti e degli impieghi. Nel seguito vengono presentati ed analizzati solo alcuni di questi margini.
Il C.C.N. (capitale circolante netto), che può essere calcolato in differenti modi, è dato dalla differenza tra l'attivo corrente ed il passivo a breve e può essere inteso come una risorsa finanziaria capace di trasformarsi in liquidità in un certo tempo. Nel caso del campione analizzato il C.C.N. risulta significativamente negativo. La sua determinazione poteva anche ottenersi contrapponendo l'attivo immobilizzato al capitale sommato alle passività consolidate. Come visto in precedenza l'attivo immobilizzato del campione raggiunge il 75% dell'attivo patrimoniale a fronte del 66% ottenuto come somma del cosiddetto capitale permanente (capitale proprio e debiti a medio-lungo termine). Dalle risultanze suddette consegue che non sussistano condizioni soddisfacenti di liquidità.
Il margine di tesoreria è dato dalla differenza tra la somma delle liquidità differite e quelle immediate – rispettivamente pari al 20,5% e al 4% dell'attivo patrimoniale - al netto delle passività correnti (pari al 34% del passivo patrimoniale). Nel 2009 anche questo margine risulta significativamente negativo e ciò

emette in luce un elevato rischio finanziario in quanto di fronte ad una richiesta di rimborso immediato dei debiti non sussisterebbero i mezzi monetari necessari.

I due margini illustrati in precedenza mettono in luce come, per il campione analizzato, la liquidità non risulti adeguata e come questo elemento unito a livelli di redditività inadeguati possa condurre in tempi rapidi a situazioni critiche. Tale aspetto, ovviamente non da solo, costituisce un ulteriore elemento che può spiegare le dinamiche di sviluppo rilevate e la tendenza verso processi di concentrazione del settore *(cfr. Tab. 1-2-3 e Graf. 1-2)*.

Tab. 1 – Stato Patrimoniale Riclassificato - Attivo

STATO PATRIMONIALE RICLASSIFICATO	2009	2008
ATTIVO		
Immobilizzaz. Immateriali	83.003.583	77.380.686
Immobilizzazioni materiali	124.001.492	93.249.231
Immobilizzazioni in corso	5.705.274	302.521
Attivo finanziario immobilizzato	13.349.553	22.538.257
Totale attivo immobilizzato	**226.059.902**	**193.470.695**
Rimanenze	528.220	623.665
Crediti commerciali	45.513.180	41.171.224
Crediti finanziari	2.687.863	5.463.787
Crediti diversi	3.064.453	3.559.027
Altre attività	8.119.363	2.934.610
Liquidità	16.714.943	10.794.896
Totale attivo corrente	**76.628.022**	**64.547.209**
TOTALE ATTIVO	**302.687.924**	**258.017.904**

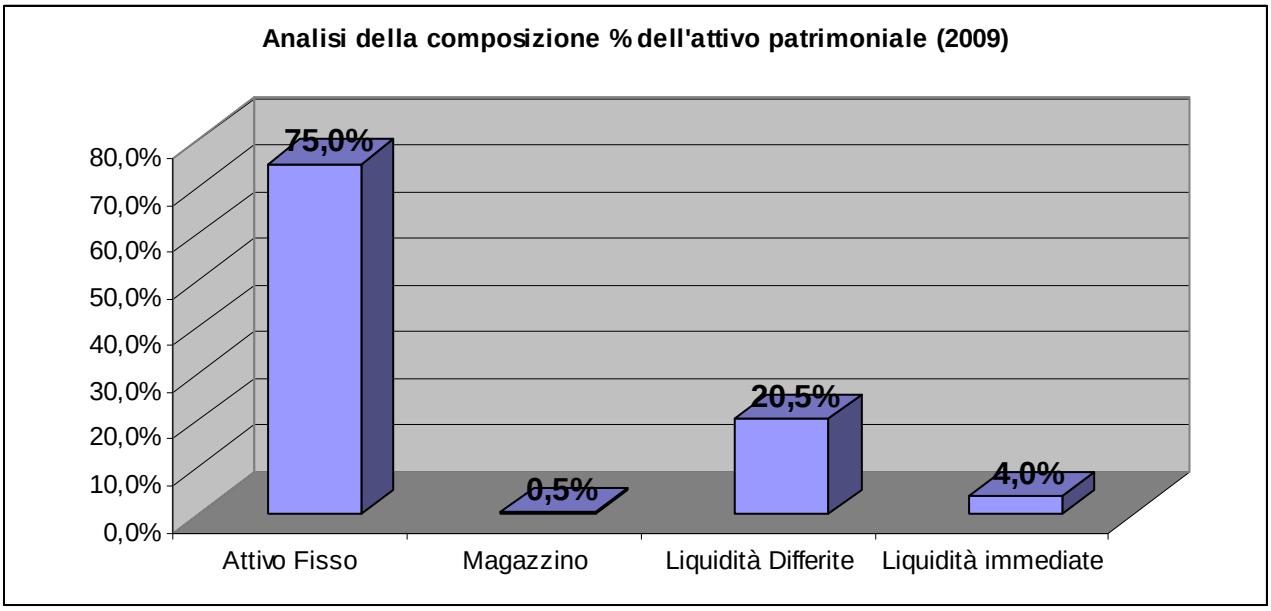
Tab. 2 - Stato Patrimoniale Riclassificato - Passivo

STATO PATRIMONIALE RICLASSIFICATO	2009	2008
PASSIVO		
Capitale versato	62.176.278	41.512.899
Riserve nette	50.708.171	50.838.627
Utile (Perdita) dell'esercizio a Riserva	(1.121.098)	(5.979.802)
Patrimonio netto	111.763.351	86.371.724
Fondi accantonati	19.343.276	17.975.903
Debiti consolidati	67.205.423	67.385.509
Totale capitali permanenti	**198.312.050**	**171.733.136**
Debiti finanziari correnti	53.648.102	37.490.488
Debiti commerciali correnti	16.084.415	14.662.708
Debiti tributari e F.do imposte correnti	3.169.615	1.477.255
Debiti diversi a breve	28.933.689	29.948.460
Altre passività a breve	2.540.053	2.705.857
Totale passivo corrente	**104.375.874**	**86.284.768**
TOTALE PASSIVO	**302.687.924**	**258.017.904**

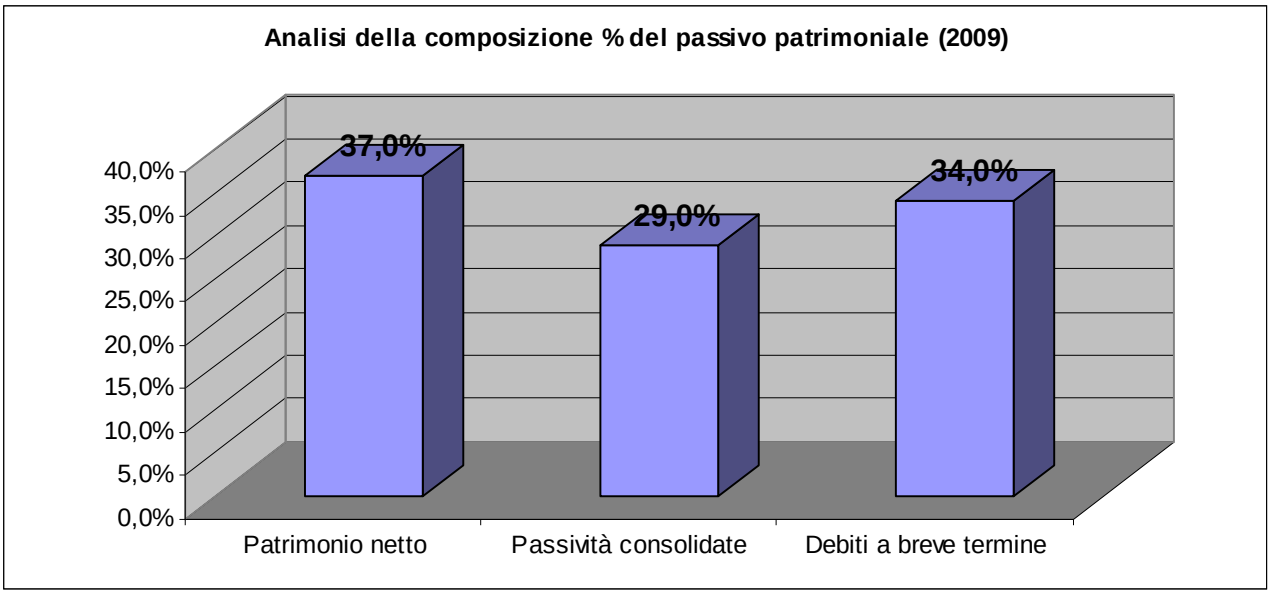
Tab. 3 – Stato Patrimoniale Riclassificato "par aree funzionali"

IMPIEGHI	2009	2008
CAPITALE INVESTITO OPERATIVO	264.702.792	217.887.829
- PASSIVITA' OPERATIVE	67.394.542	63.948.889
CAPITALE INVESTITO OPERATIVO NETTO	197.308.250	153.938.940
IMPIEGHI EXTRA-OPERATIVI	37.848.679	40.014.638
CAPITALE INVESTITO NETTO (CIN)	**235.156.929**	**193.953.578**
FONTI		
MEZZI PROPRI	111.763.351	86.371.724
DEBITI FINANZIARI	123.393.578	107.581.854
CAPITALE DI FINANZIAMENTO (CF)	**235.156.929**	**193.953.578**

Graf. 1


Analisi della composizione % dell'attivo patrimoniale (2009)
80,0%
70,0%
60,0%
50,0%
40,0%
30,0%
20,0%
10,0%
0,0%
75,0%
0,5%
20,5%
4,0%
Attivo Fisso
Magazzino
Liquidità Differite
Liquidità immediate

Graf. 2


Analisi della composizione % del passivo patrimoniale (2009)
40,0%
35,0%
30,0%
25,0%
20,0%
15,0%
10,0%
5,0%
0,0%
37,0%
29,0%
34,0%
Patrimonio netto
Passività consolidate
Debiti a breve termine

Analisi per margini del Conto Economico

Questo tipo di analisi per il conto economico consiste nell'evidenziazione di alcuni risultati parziali (valore aggiunto, margine operativo lordo, risultato ordinario, ecc.) che possono essere oggetto di confronto nel tempo per comprendere il loro andamento ed individuare le azioni manageriali più opportune per conseguire adeguati livelli di redditività.

Nel conto economico riclassificato nella forma "a valore della produzione e a valore aggiunto", si rileva, sia per il 2009 che per il 2008, come il campione analizzato presenti diversi risultati parziali positivi (valore aggiunto, margine operativo lordo, margine operativo netto risultato operativo globale e risultato ordinario) mentre o a livello di gestione straordinaria (nel 2008) oppure a livello fiscale (2009) questi risultati parziali e quelli finali (risultato netto) assumano valori negativi.

Per quanto nel 2008 la gestione straordinaria abbia avuto un'influenza rilevante, in entrambi gli esercizi si evidenzia come il reddito prima delle imposte risulti modesto e non sufficiente a sopportare l'imposizione fiscale. Tale osservazione viene messa anche in evidenza osservando l'incidenza percentuale dei vari risultati parziali espressi in percentuale rispetto alle vendite (grandezza che risulta pressoché coincidente con il valore della produzione).

Risalendo il conto economico dal basso, emerge come gli oneri finanziari e gli ammortamenti, materiali ed immateriali, assumano una rilevanza tangibile. Queste sono le conseguenze dell'elevato livello di immobilizzazioni e di indebitamento emerse nell'analisi dello stato patrimoniale.

Ovviamente anche i costi del personale assumono una rilevanza significativa, ma comunque inferiore ai costi esterni (materie prime, servizi e godimento beni di terzi).

Fra i vari margini di possibile lettura si individua il valore aggiunto. Il V.A. (valore aggiunto) si calcola sottraendo al valore della produzione (principalmente i ricavi dei servizi erogati) tutti i costi esterni acquisti senza far ricorso ai propri fattori produttivi. Il V.A. del campione nel 2009 rappresenta circa il 48% del valore della produzione e risulta in crescita rispetto al 2008. Questa grandezza riflette le scelte strutturali dell'impresa e può subire pertanto modifiche a seconda del livello di integrazione verticale e delle scelte di esternalizzazione di attività.

E' pertanto possibile intendere il V.A. come una disponibilità risultato di diversi fattori, cioè il contributo aggiunto dall'impresa nella combinazione dei vari fattori produttivi. Tale grandezza viene "consumata" da diverse voci (retribuzioni del personale – ammortamenti – oneri finanziari – imposte-dividendi) ovviamente se sufficiente *(cfr. Tab. 4-5)*.

Tab. 4 – Conto Economico Riclassificato a valore della produzione e valore aggiunto

	2009	**2008**
Ricavi delle vendite e delle prestazioni	193.552.430	164.152.740
Variazione rimanenze prodotti in corso di lavoraz., semilavorati, prodotti finiti	5.731	(1.572)
Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	15.456	0
VALORE DELLA PRODUZIONE	**193.573.617**	**164.151.168**
Costi di acquisto delle materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	10.881.694	10.004.223
Servizi	72.785.058	66.970.308
Godimento beni di terzi	16.382.506	14.009.380
VALORE AGGIUNTO	**93.524.359**	**73.167.257**
Salari e stipendi	51.936.417	41.339.207
Oneri sociali	15.863.075	12.383.539
Trattamento di fine rapporto	3.788.725	3.078.355
Trattamento di quiescenza e simili	31.353	14.082
Altri costi	371.379	446.001
Margine Operativo Lordo *(EBITDA)*	**21.533.410**	**15.906.073**
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	6.014.270	4.486.914
Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	7.178.306	6.800.052
Svalutazione crediti	369.195	305.887
Accantonamenti per rischi	0	338.000
Altri accantonamenti	2.247.290	177.851
Margine Operativo Netto	**5.724.349**	**3.797.369**
Oneri diversi di gestione (extra-caratteristici)	0	0
Altri ricavi e proventi (extra-caratteristici)	3.334.376	3.904.868
Utile/Perdita su cambi	0	0
Proventi da partecipazioni	0	(200)
Rettifiche di valore ad attività finanziarie	0	0
Altri proventi finanziari	662.797	1.269.358
RISULTATO OPERATIVO GLOBALE *(EBIT)*	**9.721.522**	**8.971.395**
Oneri finanziari	5.094.024	7.679.279
RISULTATO ORDINARIO	**4.627.498**	**1.292.116**
Proventi ed oneri straordinari	192.131	(1.278.481)
Altre svalutazioni delle immobilizzazioni	149.884	1.311.428
RISULTATO RETT. ANTE IMPOSTE	**4.669.745**	**(1.297.793)**
Imposte nette di competenza	5.790.843	4.682.009

RISULTATO NETTO	**(1.121.098)**	**(5.979.802)**

Tab. 5 - onto Economico Riclassificato a valore della produzione e valore aggiunto in %

	2009	**2008**
Ricavi delle vendite e delle prestazioni	100,00%	100,00%
Variazione rimanenze prodotti in corso di lavoraz., semilavorati, prodotti finiti	0,00%	0,00%
Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0,01%	0,00%
VALORE DELLA PRODUZIONE	**100,01%**	**100,00%**
Costi di acquisto delle materie prime, sussidiarie, di consumo e merci	5,62%	6,09%
Servizi	37,60%	40,80%
Godimento beni di terzi	8,46%	8,53%
VALORE AGGIUNTO	**48,32%**	**44,57%**
Salari e stipendi	26,83%	25,18%
Oneri sociali	8,20%	7,54%
Trattamento di fine rapporto	1,96%	1,88%
Trattamento di quiescenza e simili	0,02%	0,01%
Altri costi	0,19%	0,27%
Margine Operativo Lordo *(EBITDA)*	**11,13%**	**9,69%**
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	3,11%	2,73%
Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	3,71%	4,14%
Svalutazione crediti	0,19%	0,19%
Accantonamenti per rischi	0,00%	0,21%
Altri accantonamenti	1,16%	0,11%
Margine Operativo Netto	**2,96%**	**2,31%**
Oneri diversi di gestione (extra-caratteristici)	0,00%	0,00%
Altri ricavi e proventi (extra-caratteristici)	1,72%	2,38%
Utile/Perdita su cambi	0,00%	0,00%
Proventi da partecipazioni	0,00%	0,00%
Rettifiche di valore ad attività finanziarie	0,00%	0,00%
Altri proventi finanziari	0,34%	0,77%
RISULTATO OPERATIVO GLOBALE *(EBIT)*	**5,02%**	**5,47%**
Oneri finanziari	2,63%	4,68%
RISULTATO ORDINARIO	**2,39%**	**0,79%**
Proventi ed oneri straordinari	0,10%	-0,78%
Altre svalutazioni delle immobilizzazioni	0,08%	0,80%

RISULTATO RETT. ANTE IMPOSTE	**2,41%**	**-0,79%**
RISULTATO NETTO	**-0,58%**	**-3,64%**

Analisi della redditività

Alla luce di quanto evidenziato nella precedente e rapida analisi del conto economico, è opportuno un approfondimento in ordine alla redditività attraverso alcuni indicatori.

Il R.O.E. (Return on Equity) rappresenta il rendimento del capitale proprio al netto delle imposte. Questo indicatore dovrebbe sempre essere positivo e superiore ai rendimenti conseguibili impiegando le risorse monetarie in investimenti considerabili a basso rischio (ad esempio i titoli di stato). Il R.O.E. del campione analizzato risulta negativo nel 2009 (-1,00%) ed anche nel 2008 (-6,92%) . Tale situazione non risulta ottimale in quanto gli azionisti hanno registrato una perdita di valore e di ricchezza che avrebbero invece potuto conseguire impiegando i loro capitali in altre attività.

Questo elemento spiega, perlomeno parzialmente, la dinamica del settore per quanto attiene all'espansione degli operatori più importanti che ricercano l'acquisizione di strutture di minori dimensioni ed in difficoltà. E' peraltro da osservare, come già evidenziato, che sono proprio le società appartenenti a gruppi che registrano le maggiori perdite nonostante proseguano nelle strategie di acquisizione e di ampliamento dei posti letto delle proprie strutture. Tale andamento è da ricondurre ad obiettivi e strategie di lungo termine. A questo riguardo è apprezzabile come il R.O.E., pur rimanendo negativo, abbia registrato un miglioramento rilevante tra il 2008 ed il 2009. Utilizzando riferimenti medi del settore sanitario, il livello del R.O.E. dovrebbe attestarsi su valori superiori all' 11%.

E' peraltro da osservare come alcune società, prevalentemente di medio-piccole dimensioni, registrino livelli del R.O.E. elevati e procedano a distribuzioni di utili nella forma di dividendi.

Il R.O.I. (Return on Investment) è interpretabile, fra i tanti modi possibili, come il risultato operativo prodotto ogni cento euro di capitale complessivamente investito in azienda. Nel concreto rappresenta la misura della redditività tipica aziendale e dovrebbe risultare normalmente positivo.

Per il campione analizzato, il R.O.I. risulta positivo (3,22% nel 2009 e 3,5% nel 2008) seppure registra valori percentuali non adeguati. Ricorrendo nuovamente a riferimenti medi del settore sanitario, il livello del R.O.I. dovrebbe attestarsi su valori prossimi al 10%.

Anche in questo caso, come nel caso del R.O.E., vi sono esempi di redditività operativa significativa per diverse strutture assistenziali in particolare per le società le cui immobilizzazioni materiali (immobili e terreni) presentano una limitate incidenza a livello di attivo patrimoniale.

Il R.O.S. (Return on Sales) indica la redditività espressa al livello del fatturato aziendale. Esprime quindi quanto i ricavi di vendita remunerano i costi della gestione caratteristica. Per il campione analizzato i ricavi di vendita sono in grado di coprire i costi operativi e di generare un margine destinato alla copertura dei costi connessi alle altre aree gestionali. Si evidenzia come nel 2009 (5,02%) tale indice risulti in lieve peggioramento rispetto al 2008 (5,47%). Il R.O.S. del campione analizzato risulta in linea con i riferimenti medi del settore sanitario.

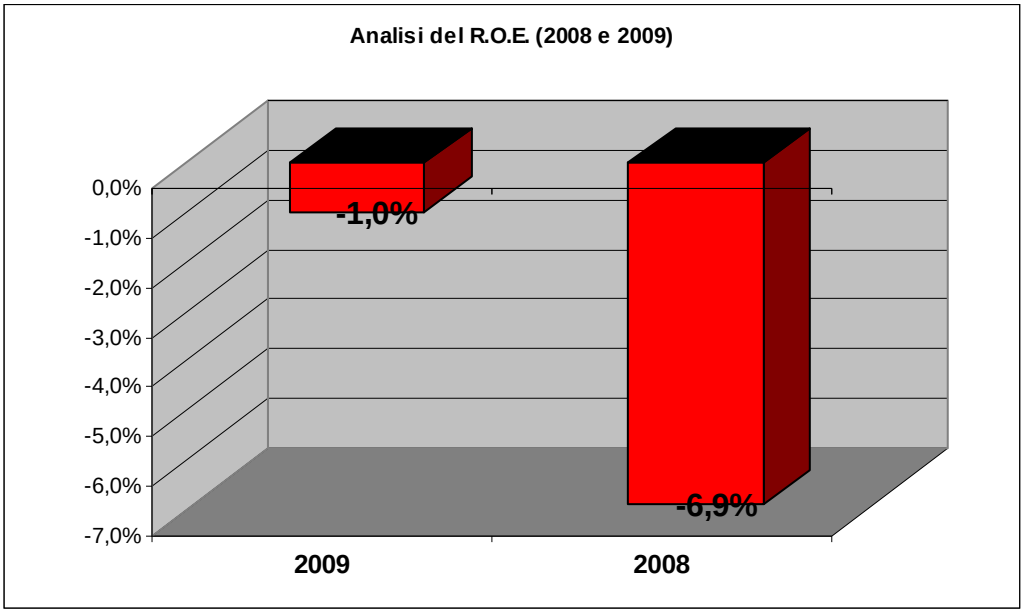
Considerando che i livelli di redditività del campione – in particolare il R.O.E. ed il R.O.I. - non risultano adeguati è possibile ipotizzare che tale situazione sia momentanea e condizionata dai processi

di acquisizione ed investimento da parte degli operatori più rilevanti rispetto a cui è stato possibile rilevare i maggiori miglioramenti in termini di redditività tra il 2008 ed il 2009 *(cfr. Tab. 6 e Graf. 3-4-5).*

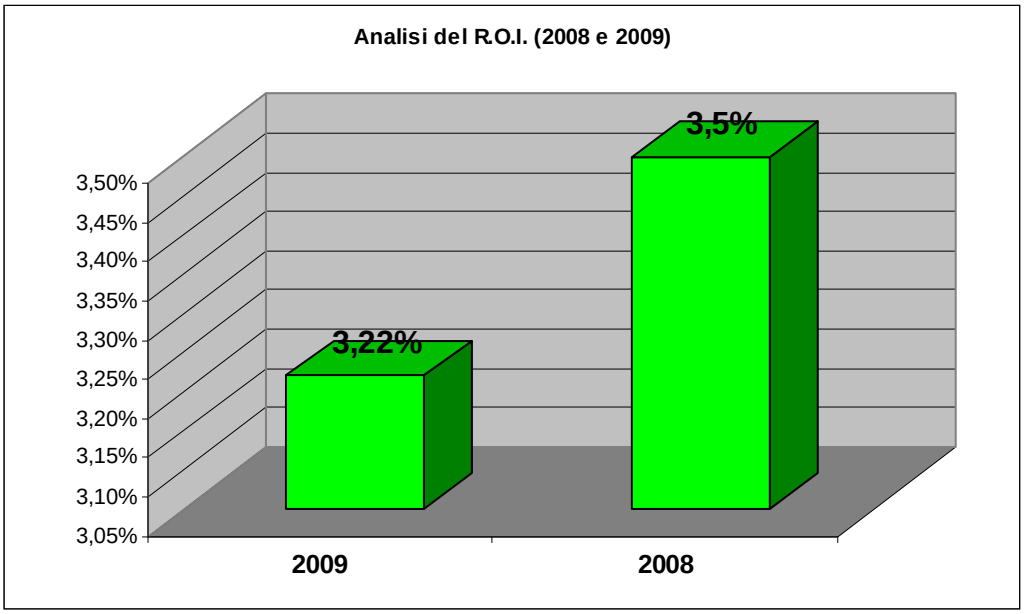
Tab. 6 – Alcuni indici di Redditività

Indici di redditività	2009	2008
ROE (Return On Equity)	-1%	-6,92%
ROI (Return On Investment)	3,22%	3,5%
RONA (Return On Net Assets)	3,79%	4,11%
ROS (Return On Sales)	5,02%	5,47%
Turnover del capitale investito	0,64	0,64
Produttività del capitale investito	98,11%	106,63%
Leva finanziaria (Assets netti su mezzi propri)	269,91%	296,58%
Oneri finanziari su MOL	23,66%	48,28%
Oneri finanziari su MON	88,99%	202,23%
Incidenza della gestione extra-operativa	-11,53%	-66,65%
MOL su oneri finanziari	4,23	2,07
RO su oneri finanziari	0,02	0,01

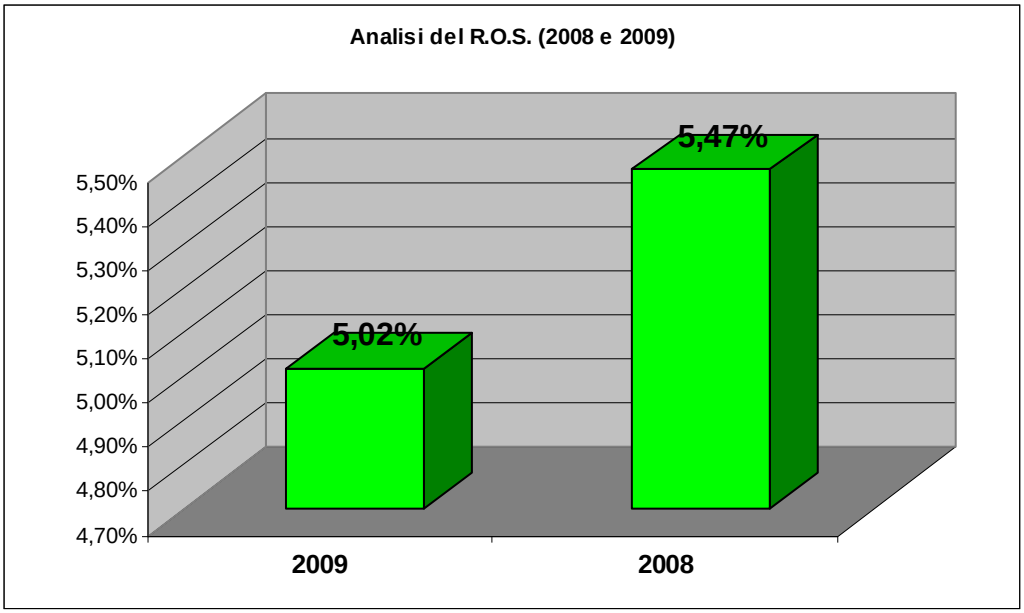
Graf. 3



Graf.4


Analisi del R.O.I. (2008 e 2009)
3,50%
3,45%
3,40%
3,35%
3,30%
3,25%
3,20%
3,15%
3,10%
3,05%
3,22%
3,5%
2009
2008

Graf. 5


Analisi del R.O.S. (2008 e 2009)
5,50%
5,40%
5,30%
5,20%
5,10%
5,00%
4,90%
4,80%
4,70%
5,02%
5,47%
2009
2008

Analisi della produttività

L'analisi della produttività del campione analizzato risulta difficoltosa in quanto nella maggioranza dei bilanci consultati non vengono fornite indicazioni circa il personale. Questo aspetto impedisce di calcolare i classici indici (valore aggiunto per addetto, ricavi per addetto, costo del lavoro per addetto, ecc.). Anche relativamente al numero dei posti letto, salvo alcune eccezioni, nei bilanci consultati non si offre un'adeguata informativa da poter sviluppare questa sezione. Gli elementi precedenti ovviamente sarebbero stati utili per approfondire le caratteristiche del settore.

Utilizzando gli indici calcolabili attraverso i dati di bilancio (ad esempio rapportando gli investimenti materiali al valore aggiunto) emerge nuovamente come nell'ambito dell'assistenza residenziale le immobilizzazioni (terreni ed immobili prevalentemente) assumano una rilevanza non trascurabile nell'attività di erogazione di servizi dove però le strutture ricettive costituiscono un aspetto essenziale.

Dalla lettura dei bilanci, in taluni casi, si rileva che i costi del personale risultino pari a zero sia nel 2008, sia nel 2009. Tale situazione è determinata dall'esternalizzazione globale di tutte le attività incluse quelle infermieristiche. Ciò riguarda in particolare strutture di modeste dimensioni di fatturato, controllate da gruppi.

E' peraltro da rilevare come tra il 2008 ed il 2009 i costi del personale risultino incrementarsi di circa il 25% e ciò sia imputabile prevalentemente alle dinamiche di sviluppo – che hanno determinato un incremento della forza lavoro in una fase economica mondiale che invece faceva registrare una forte riduzione dell'occupazione - già evidenziate in precedenza (riflesse soprattutto dalla crescita del fatturato) e solo in piccola parte agli adeguamenti contrattuali *(cfr. Tab. 10)*.

Tab. 10 – Alcuni indici di Produttività

Indici di produttività	2009	2008
Investim. materiali / Valore aggiunto operativo	132,61%	127,45%
Tasso ammortamento ordinario	4,85%	4,81%
Valore agg. operativo / Immob. materiali lorde	75,41%	78,46%
Valore aggiunto / Attivo	30,89%	28,36%

Analisi dello sviluppo

Il campione analizzato ha evidenziato, fra il 2008 ed il 2009 (anni in cui la crisi finanziaria ed economica hanno colpito duramente la quasi totalità dei settori produttivi), uno sviluppo rilevante.
I servizi assistenziali residenziali risultano quindi anticiclici rispetto ad altri settori produttivi ed anche al più ampio settore dei servizi in cui risultano inclusi. La crescita dei ricavi registrata nel 2009 risulta pari al 17,91% ed è accompagnata da progressi anche più significativi per alcuni margini del conto economico che spiegano il miglioramento della redditività (ed in particolare del R.O.E.) nonostante i risultati netti ancora negativi.
Lo sviluppo visto in termini di investimenti e di risorse (interne) a questi – almeno in parte -destinate può anche essere letto dalle variazioni dell'attivo (+17,31%) e del passivo (patrimonio netto +29,4%).
Risulta interessante evidenziare come nell'ambito dei gruppi che operano in questo settore si registrino anche fenomeni di integrazione verticale. Infatti, le società di maggiori dimensioni offrono alle loro controllate svariati servizi i cui più comuni concernono l'amministrazione del personale, l'information tecnology, servizi di manutenzione e pulizia. Questi servizi sono resi direttamente (amministrazione ed I.T.) oppure ricorrendo a società partecipate rispetto a cui non è possibile escludere un interesse all'acquisizione in prospettiva futura. Altro aspetto da non escludere e che visti i servizi necessari in questo business, anche la ristorazione ed i servizi di catering possono rientrare, prima o poi, negli interessi degli operatori con maggiori capacità organizzative e finanziarie *(cfr. Tab. 12).*

Tab. 12 – Alcuni indici di Sviluppo

Indici di sviluppo	2009 vs. 2008
Variazione % ricavi	17,91%
Variazione % valore aggiunto operativo	27,8%
Variazione % M.O.L	35,28%
Variazione % attivo	17,31%
Variazione % patrimonio netto	29,4%

Analisi del rendiconto finanziario e dei flussi di cassa

Anche se già in parte trattato in precedenza, l'aspetto finanziario (valutazione della liquidità e dell'equilibrio monetario) può essere indagato in vari modalità ad esempio osservando i fabbisogni di capitale contrapposti alle fonti di copertura ed anche attraverso le dinamiche dei flussi monetari (entrate-uscite).

Il rendiconto finanziario individua le cause alla base della modifica dei finanziamenti e degli investimenti che caratterizzano la struttura finanziaria dell'impresa.

Avendo definito ed impiegato il capitale circolante netto (C.C.N.) si farà ricorso all'analisi del rendiconto finanziario delle variazioni di C.C.N. per valutare la solvibilità del campione e per comprendere la capacità di generare flussi di capitale circolante attraverso la gestione caratteristica.

Nel 2009, ma vi è similitudine anche con il 2008, rispetto agli impieghi (in particolare gli investimenti in immobilizzazioni materiali ed immateriali ed al rimborso di debiti e finanziamenti a medio-lungo termine) la gestione caratteristica non ha generato un adeguato livello di risorse finanziarie che pertanto risultano essere state acquisite prevalentemente dai soci e dai terzi (nuovi indebitamenti). Il livello di solvibilità risulta inadeguato anche nel caso non fossero stati realizzati nuovi investimenti in immobilizzazioni.

Anche con l'analisi dei flussi di cassa emerge il disequilibrio monetario in quanto osservando le operazioni aziendali riflesse dai flussi di entrate ed uscite, si rileva un forte assorbimento di risorse liquide come apprezzabile dall'elevata crescita dell'indebitamento finanziario fra il 2008 ed il 2009.

Ancora un volta, le dinamiche individuate in precedenza in termini di sviluppo, di investimento e di indebitamento, si riflettono negativamente sulla liquidità e sulla solvibilità del campione analizzato.

Alcune conclusioni

A conclusione della disamina svolta, cercando di estendere alcuni risultati ed alcune evidenze dall'analisi compiuta sul campione individuato al settore delle case di riposo, in termini sintetici è possibile focalizzare l'attenzione sui seguenti punti:

1) il settore risulta anticiclico rispetto all'andamento economico generale (nazionale e mondiale);

2) il settore rappresenta un'opportunità di business interessante alla luce all'accrescersi del livello di invecchiamento della popolazione che costituisce un potenziale di domanda in crescita per il futuro;

3) fra le barriere all'ingresso nel settore una di queste è individuabile nel non trascurabile livello di investimento iniziale dato il costo delle immobilizzazioni materiali essenziali per l'erogazione dei servizi di assistenza residenziale;

4) il settore sta vivendo un processo di integrazione orizzontale (presenza di gruppi in forte sviluppo capaci di investimenti e di acquisizione delle strutture meno redditizie ed in difficoltà ed anche capaci di reperire risorse finanziarie volte a perseguire precise strategie ed obiettivi di lungo periodo);

5) il settore registra anche l'avvio di un processo di integrazione verticale (di nuovo nell'ambito dei gruppi; le società controllanti offrono alle strutture controllate svariati servizi – amministrativi, informatici, manutentivi, pulizie – direttamente ovvero attraverso società partecipate);

6) le dinamiche precedenti presuppongono una gestione manageriale soprattutto nei casi di società/gruppi che controllino diverse strutture e che realizzino progetti di crescita che implicano un assorbimento ed una disponibilità notevole di risorse finanziarie (proprie e di terzi);
7) anche nel settore delle case di riposo il principio del reddito deve risultare l'indicatore di economicità, di efficienza ed efficacia; i livelli attuali di redditività non paiono adeguati ed occorre pertanto agire continuamente e rapidamente al loro miglioramento.