



Residenze per anziani: un'emergenza nell'emergenza

09.04.20

Marco Arlotti e Costanzo Ranci

Il Covid-19 ha fatto molte vittime nelle residenze per anziani. La diffusione del virus è stata favorita dalle condizioni del sistema, sempre più specializzato nel trattamento sanitario della non autosufficienza grave e finanziariamente molto precario.

La situazione delle Rsa in Italia

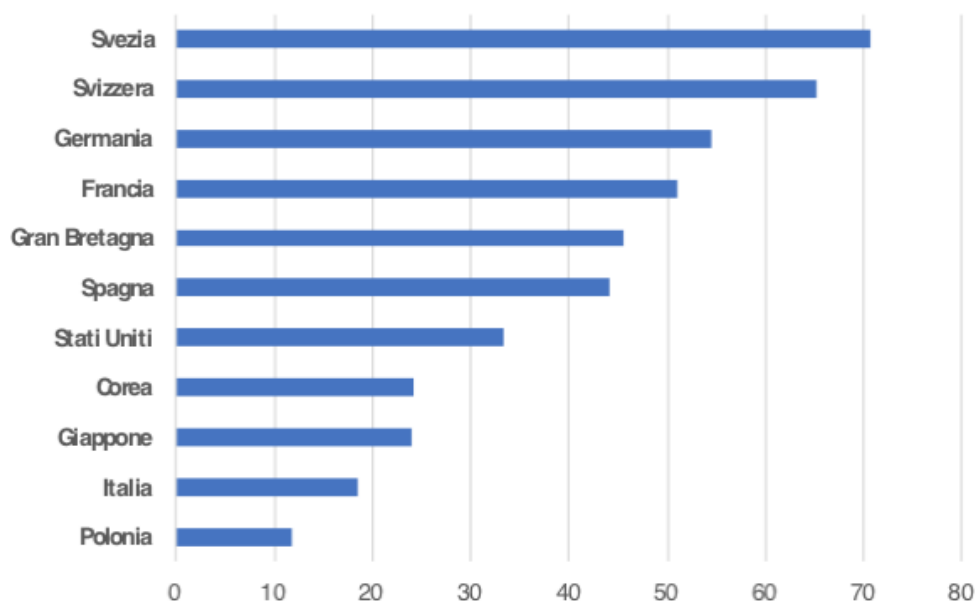
I numerosi contagi e decessi dentro le strutture residenziali per anziani hanno suscitato notevole allarme. La forte diffusione della pandemia in quei contesti è indubbiamente favorita dal fatto che vi si concentrano persone in età avanzata. Peraltro, strutture di questo tipo dovrebbero offrire una particolare tutela sanitaria nel limitare il contagio.

Nella ricerca delle possibili cause, ci siamo chiesti quale sia la situazione delle strutture residenziali del nostro paese. I dati Ocse e Istat, pur limitati, consentono una prima ricostruzione del settore e delle principali tendenze degli ultimi anni, a cui proponiamo [qui](#) una sintesi.

Nelle strutture residenziali del nostro paese sono ricoverati 285 mila anziani over 65, di cui gran parte sono ultraottantenni (il 75 per cento), donne (il 75 per cento) e non autosufficienti (il 78 per cento). La cifra corrisponde all'1,1 per cento dell'intera popolazione over 65 (stima Ocse, figura 1). La distanza rispetto agli altri paesi è notevole. Il tasso di copertura dell'Italia è circa la metà di quello della Spagna, un terzo di quello tedesco, quasi un quarto rispetto a quello di Svezia e Olanda (figura 1). Ci superano anche Giappone, Corea e persino gli Stati Uniti. Dietro a noi troviamo soltanto la Polonia.

Lo scarso sviluppo delle residenze per anziani si lega indubbiamente alla centralità nel nostro paese della permanenza nel domicilio dell'anziano, sostenuta da reti familiari forti e più di recente dal fenomeno delle badanti. Tuttavia, la carenza di politiche nazionali e di investimenti nel settore ha giocato un ruolo cruciale. I dati Ocse lo segnalano in misura lampante: in altri paesi caratterizzati da legami familiari forti (come Spagna e Corea), il tasso di copertura è notevolmente più elevato che nel nostro. Sono peraltro numerosi gli studi che mostrano come l'aumento della domanda di cura è stato affrontato nel nostro paese mediante un incremento sensibile dei trasferimenti monetari (nella forma di Indennità di accompagnamento a cui accedono oggi quasi 2 milioni di cittadini con invalidità al 100 per cento) e senza alcuna crescita significativa nei servizi residenziali (anche a causa della invarianza negli anni dei finanziamenti a carico del Sistema sanitario nazionale).

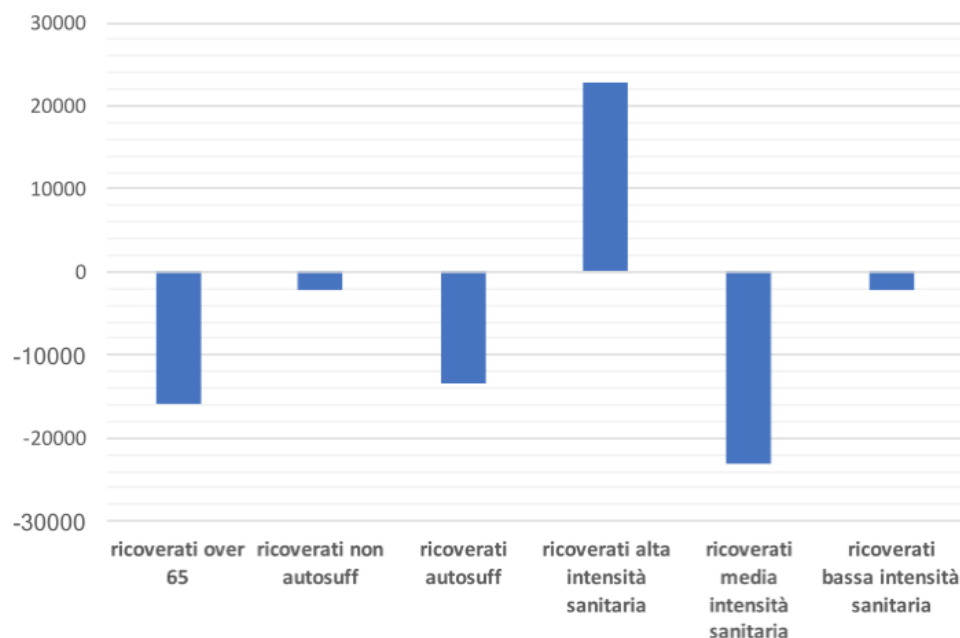
Figura 1 – Quota di ricoverati over 65 anni in strutture residenziali, per paese, 2017 (dati per mille abitanti)



L'evoluzione recente

Le tendenze degli ultimi anni evidenziano la criticità della situazione. Pur con un aumento degli anziani presenti nel paese, nel periodo 2009–2016 (ultimo anno disponibile) il numero dei ricoverati è diminuito pari a 15 mila persone (figura 2). Sono diminuite soprattutto le persone autosufficienti (–13mila) aumentata la quota di ricoverati ad alta intensità sanitaria (+22 mila utenti). Alla contrazione e ricoverati si è accompagnata una forte sanitarizzazione delle strutture: sono infatti notevolmente aumentate le “residenze ad alta intensità sanitaria”, ovvero strutture le cui prestazioni richiedono trattamenti intensi supporto alle funzioni vitali.

Figura 2 – Variazioni 2009–2016 nel numero dei ricoverati per categoria



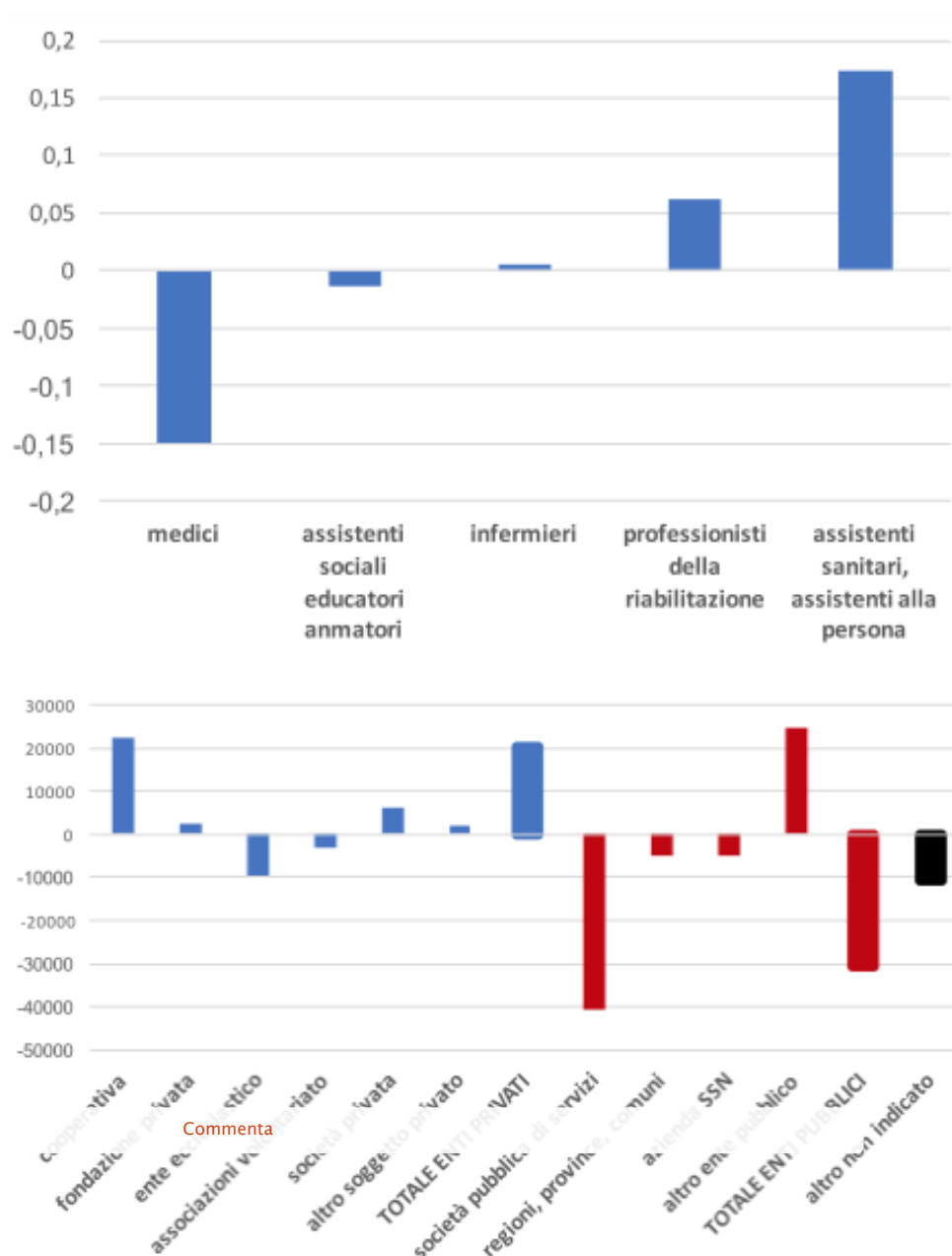
Fonte: *I.Stat online Commentari* (marzo 2020)

Anche le forme di gestione hanno subito un profondo cambiamento (figura 3).

Si è registrata una riduzione significativa (pari al 15 per cento) del personale medico, compensata da aumenti nelle proporzioni nel personale adibito alla cura delle persone e alla sostanziale stabilità del personale infermieristico. È la sanitarizzazione delle strutture, quindi, minore è la presenza di personale medico qualificato.

In secondo luogo, si è ridotto notevolmente il peso del settore pubblico. Alla perdita complessiva di posti letto nelle strutture pubbliche (soprattutto nelle società pubbliche di servizio), corrisponde un aumento dei posti letto nelle strutture private (soprattutto in quelle gestite da cooperative e cooperative sociali), che operano in convenzione con il Ssn e ricevono una quota sanitaria di rimborso degli oneri di ricovero e delle analoghe strutture pubbliche. Tra le ragioni della privatizzazione, conta l'idea che il privato garantisca maggiore efficienza gestionale, ma anche la possibilità di ridurre i costi adottando contratti di lavoro meno onerosi negli enti pubblici.

Figura 3 – Variazioni 2016–09 nelle figure professionali (sopra) e nel mix pubblico–privato (sotto)



Fonte: I.Stat online database (marzo 2020)

L'insieme di queste tendenze ha fatto emergere un diffuso problema di sostenibilità finanziaria.

L'aumento delle prestazioni sanitarie e dell'utenza con forti bisogni assistenziali ha fatto lievitare non poco i costi delle strutture. A tale aumento si contrappone tuttavia un sistema di finanziamento pubblico impoverito. Nonostante i ricoveri in residenze a media-alta intensità sanitaria prevedano, in base alla normativa sui livelli essenziali assistenziali (Lea), una copertura pari almeno al 50 per cento dei costi di ricovero, in molte regioni gli importi sono stati più bassi. Basti pensare che in Lombardia, che copre il 30 per cento dei ricoverati di tutto il paese, la quota sanitaria per utente riconosciuta alle strutture è in media di 41,3 euro al giorno, mentre **quella pagata dagli utenti varia in media tra 60 e 69 euro al giorno**. Strette nella morsa tra costi crescenti e carente finanziamento pubblico, molte strutture hanno razionato le spese attraverso l'aumento delle tariffe (a scapito degli utenti più poveri), il taglio del personale medico, il mancato rinnovamento delle attrezzature.

L'importanza di una nuova politica pubblica

Saranno le autorità competenti a chiarire cosa effettivamente è accaduto all'interno delle residenze per anziani nei giorni della diffusione del Covid-19. Si può comunque pensare che le condizioni strutturali del sistema non abbiano favorito l'applicazione di standard qualitativi adeguati alla tutela sanitaria di una platea di ricoverati in condizioni di grande fragilità fisica, così come degli operatori coinvolti nelle attività di assistenza e cura. Quanto più il sistema si è specializzato nel trattamento sanitario della non autosufficienza grave, tanto più la qualità è stata messa a rischio da condizioni finanziarie molto precarie, co-determinate da un mancato investimento pubblico in queste strutture.

L'emergenza di oggi impone un ripensamento radicale del sistema. Oltre alle questioni immediate, sullo sfondo restano problematiche di ordine più strutturale, che attengono al riconoscimento dell'importanza strategica di questo comparto del sistema sanitario pubblico, troppo a lungo trascurato.

BIO DELL'AUTORE

MARCO ARLOTTI

[Altri articoli di Marco Arlotti](#)

COSTANZO RANCI



Professore straordinario di Sociologia economica, ha svolto ricerca in università (Milano) e straniere (Berkeley). E' dottore di ricerca in Sociologia e ricerca sociale (Trento) su temi inerenti le politiche sociali e il welfare state, il ruolo del terzo settore e dell'azienda sociale. Direttore Scientifico del Master in Social Planning del Politecnico di Milano tenuto nell'anno 2005-06, rivolto ad amministratori e funzionari pubblici, organizzazioni nonprofit e di volontariato, responsabili di Ipab. Consulente scientifico di Commercio di Milano (Osservatorio dell'economia civile), dell'Agenzia Nazionale per la valutazione delle politiche sociali (redazione del Libro bianco sul terzo settore), del Ministero del Welfare (gruppo di lavoro sulla valutazione delle politiche sociali).

[Altri articoli di Costanzo Ranci](#)

[Commenta](#)