I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

COVID-19. POLITICHE SOCIALI E SOCIOSANITARIE LOMBARDE DI FRONTE ALL'EMERGENZA

a cura di Alice Melzi

PREFAZIONE DI CRISTIANO GORI

2020

Indice

Prefazione di Cristiano Gori 2
Introduzione 3

L'intervento regionale
La riorganizzazione della presa in cura territoriale lombarda 7
FNPS: più risorse e attenzione all'emergenza Covid-19 14
Centri diurni, si riparte! Diversi piani … di realtà? 19
La ripartenza delle attività sociosanitarie lombarde 24

I servizi sociali di fronte alla crisi
Buoni spesa: come ci si organzza in Lombardia? 37
L'impegno degli ambiti territoriali nell'emergenza 42
Di fronte alla crisi: #diamo metodo al fare 46

Apprendimenti e priorità per il welfare
Il territorio abbandonato. Covid, politiche regionali e cure primarie 54
RSA e Covi-19: una drammatica realtà 60
Fase 2 Covid 19: una delibera che non piace 67
Appunti per il welfare che ci aspetta 72

Prefazione

di Cristiano Gori, Direttore di Lombardiasociale.it

Gentili Lettrici e Gentili Lettori,

anche quest'anno, la nuova stagione di *Lombardiasociale.it* comincia con la pubblicazione dei Vademecum. Sono approfondimenti tematici che raccolgono vari articoli pubblicati negli ultimi 12 mesi – in questo caso da settembre 2019 ad oggi - e riguardanti i principali argomenti del welfare sociale seguiti dal nostro sito: anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie e minori, povertà, finanziamento e programmazione. Ogni Vademecum è costituito da contributi pubblicati in momenti diversi nell'ambito di un quadro comune e si propone, così, come un piccolo stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati e idee utili all'operatività e alla discussione.

Il periodo che ci lasciamo alle spalle è stato segnato dall'inedito, e sconvolgente, abbattersi del Covid-19 sulla nostra regione. *Lombardiasociale.it* se ne è occupata ampiamente, come danno conto sia molti articoli contenuti nelle raccolte concernenti i diversi temi sia un Vademecum interamente dedicato. Da mesi, tutti coloro che sono coinvolti – in una varietà di ruoli – nel welfare lombardo si pongono una domanda: quale sarà l'eredità della tragedia vissuta con la pandemia (nella speranza di non assistere a un suo fragoroso ritorno)? Il futuro è ammantato d'incertezza, ma le alternative paiono chiare e nette. La storia del welfare, infatti, mostra come una crisi quale quella vissuta raramente passi senza lasciare tracce profonde. Può costituire l'opportunità per un ripensamento positivo del sistema, uno scatto in avanti che faccia delle difficoltà sperimentate l'occasione per affrontare quei nodi che – in condizioni normali – è difficile sciogliere. Oppure può portare a un'accelerazione e a un peggioramento delle criticità già presenti, esiti di un irrigidimento che consegna ogni azione a una logica difensiva e conservativa. Nel welfare, come in tutti i sistemi sociali, davanti alle crisi le possibilità sono solo due: innovazione o ripiegamento. Una terza strada non esiste. Ci auguriamo che il lavoro del nostro osservatorio, i cui risultati più recenti sono sintetizzati nei Vademecum, possa aiutare a intraprendere la giusta direzione.

Desideriamo ringraziare tutti coloro che ci danno fiducia, con l'impegno a compiere ogni sforzo per migliorare. Un ringraziamento particolare va ai nostri promotori, senza i quali né il nostro lavoro né la possibilità di fruire gratuitamente del sito sarebbero possibili. Si tratta di Fondazione Cariplo (promotore istituzionale), dei sindacati pensionati lombardi di Cgil, Cisl e Uil, Caritas Ambrosiana e Gruppo Korian (promotori principali), e di Agespi, Confcooperative e Legacoop della Lombardia (promotori ordinari)[1]. La nostra gratitudine nei loro confronti concerne sia il sostegno economico sia il rapporto instauratosi, che coniuga un continuo scambio di idee con la garanzia della totale autonomia della direzione nella definizione della linea editoriale.

Milano, settembre 2020

[1] *Maggiori informazioni sui promotori si trovano sulla nostra homepage.*

Introduzione

di Alice Melzi

Il presente vademecum raccoglie i principali articoli pubblicati nel corso degli ultimi quattro mesi, riguardo a come è stata affrontata, dal punto di vista delle politiche sociali e sociosanitarie e dei servizi alla persona, l'emergenza Covid-19 in Lombardia, tra le Regioni italiane più colpite.

La pandemia che ci ha travolto, tutt'oggi in corso, ha impattato notevolmente su tutti i ambiti - sanitario, economico, sociale e politico - e messo di fronte ad importanti e repentini cambiamenti.

Come è intervenuto il legislatore lombardo? Come i servizi sociali territoriali stanno rispondendo alla crisi? Quali apprendimenti si possono trarre? Quali priorità future per il welfare lombardo? La scelta degli articoli raccolti nel compendio è stata guidata da questi interrogativi, per approfondimenti si invita a consultare il sito.

L'intervento regionale

Questa prima parte raccoglie alcuni tra gli articoli pubblicati sul sito che mettono a fuoco le principali decisioni del legislatore lombardo per far fronte all'Emergenza Covid-19, assunte a partire dall'assetto delle politiche sociali e sociosanitarie in auge e tenendo conto della normativa nazionale vigente in materia.

Il primo contributo, *La riorganizzazione della presa in cura territoriale lombarda*, presenta, a partire dall'analisi dei provvedimenti regionali adottati in materia ad inizio pandemia nel mese di marzo, i principali aspetti del nuovo assetto per la presa in cura territoriale e domiciliare, a seguito della riorganizzazione avviata dal legislatore lombardo per far fronte allo stato di emergenza. Più nel dettaglio: all'interno della cornice della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per far fronte alla fase acuta dei pazienti affetti da Covid, la messa a disposizione delle strutture extraospedaliere **(**tra cui anche i posti letto in RSA)**,** la riorganizzazione delle attività dei MMG/PLS, l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), il nuovo profilo ADI Covid, la riorganizzazione delle cure palliative, la sperimentazione del servizio di tele-monitoraggio, l'istituzione delle degenze di sorveglianza Covid, le prime indicazioni operative per RSA e RSD.

Il secondo articolo, *FNPS: più risorse e attenzione all'emergenza Covid-19,* analizza i contenuti della Dgr di riparto del FNPS 2019 – esercizio 2020, che vanta +47% delle risorse rispetto allo scorso anno. Regione Lombardia ha scelto di destinare il 32% delle risorse aggiuntive esplicitamente all'attivazione di interventi e servizi sociali rivolti ad affrontare l'attuale condizione di emergenza.

Seguono due contributi che presentano i principali contenuti dei provvedimenti regionali adottati per disciplinare, terminato il periodo di *lockdown*, il riavvio dei servizi diurni per le persone con disabilità - *Centri diurni si riparte! Diversi piani … di realtà?* - e delle attività sociosanitarie lombarde nella fase 2 dell'emergenza Covid-19 - *La ripartenza delle attività sociosanitarie lombarde.*

I servizi sociali di fronte alla crisi

Come i servizi sociali territoriali stanno rispondendo alla crisi?

Il primo contributo, *Buoni spesa: come ci si organizza in Lombardia?,* propone una ricognizione sui primi avvisi pubblicati dai Comuni a seguito dell'Ordinanza n. 658 della Protezione Civile che ha stanziato, a livello nazionale, 400 milioni per il sostegno alimentare. Come si distribuiscono le risorse, a quanto ammontano i buoni, quali modalità per richiederli e a chi sono rivolti? La rassegna prende in considerazione i primi bandi pubblicati e prova a segnare le principali linee di tendenza in regione.

Il successivo articolo, *L'impegno degli ambiti territoriali nell'emergenza,* descrive l'esperienza delle 14 Unità Territoriali per la gestione dell'Emergenza Sociale della bergamasca, organizzate dagli Ambiti in collaborazione con ATS e Protezione civile. Un'importante supporto ai servizi sociali dei Comuni, nella gestione dell'informazione, nel potenziamento dell'assistenza ai cittadini fragili e nella logistica.

Il terzo contributo, *Di fronte alla crisi: #diamo metodo al fare,* presenta l'esperienza del servizio sociale territoriale del comune di San Donato Milanese. La scommessa di questa pandemia? Fare con metodo.

Apprendimenti e priorità per il welfare

Questa terza sezione raccoglie alcuni contributi di riflessione su fatiche, apprendimenti scoperte e sulle priorità per il welfare. L'emergenza Covid-19 è tutt'oggi in corso e apre a molte incertezze per il futuro. La sfida è non restare indietro, ma andare avanti aprendo la strada a nuove possibilità ed opportunità di cambiamento.

Nel primo contributo, *Il territorio abbandonato. Covid, politiche regionali e cure primarie*, l'Autore, un medico di medicina generale nel bresciano, propone alcune riflessioni sulla sanità territoriale di fronte all'emergenza Covid inquadrandole nel contesto di quasi mercato e concorrenza vigente in Lombardia.

Il secondo articolo, *RSA e Covid-19, una drammatica realtà*, a partire dalle narrazioni degli operatori in campo impegnati a contrastare l'emergenza, pone l'attenzione sulla realtà molto critica che stanno attraversando le RSA lombarde.

Segue il contributo, *Fase 2 Covid-19: una delibera che non piace*, di commento da parte del Forum Terzo Settore alla Dgr che definisce gli indirizzi per il riavvio del sistema dei servizi socio-sanitari nella cosiddetta Fase 2 dell'emergenza.

Il compendio si chiude con l'articolo, *Appunti per il welfare che ci aspetta*, a cura dell'Area politiche e servizi sociali e sanitari dell'IRS, di analisi e proposte di lavoro con e per i servizi di welfare, con la convinzione che le fatiche e le difficoltà di questa congiuntura possano aprire la strada a nuove possibilità ed opportunità di cambiamento. "Primi appunti" al fine di arricchire il dibattito di chi a diverso titolo è interessato alle politiche ed agli interventi del sociale, per arrivare ad un'agenda condivisa di priorità per il welfare che ci aspetta.

L’intervento regionale

Atti e normative

La riorganizzazione della presa in cura territoriale lombarda

Allegato 2 Dgr n. 2906/2020, Dgr n. 2986/2020, Dgr n. 3020/2020 e Dgr n. 3018/2020

a cura di Alice Melzi

9 Aprile 2020

Temi > Programmazione e governance, Emergenza COVID-19

Il contributo presenta, a partire dall'analisi dei provvedimenti, i principali aspetti del nuovo assetto per la presa in cura territoriale e domiciliare, a seguito della riorganizzazione avviata dal legislatore lombardo per far fronte allo stato di emergenza Covid-19.

Nel mese di marzo sono stati adottati molti provvedimenti da parte di Regione Lombardia per far fronte allo stato di emergenza Covid-19 nei propri territori, tra i più colpiti in Italia dall'epidemia.

Presentiamo in questa sede, a partire dall'analisi dei provvedimenti in materia, le principali decisioni assunte dal legislatore lombardo in tema di riorganizzazione e potenziamento della presa in cura territoriale, mediante anche l'attivazione di offerte assistenziali aggiuntive, per i pazienti affetti da Covid nonché per le persone che a diverso titolo ne possono avere necessità (pazienti con isolamento domiciliare, pazienti fragili e/o cronici, pazienti no Covid dimessi dall'ospedale).

La messa a disposizione delle strutture extraospedaliere

All'interno della cornice della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per far fronte alla fase acuta dei pazienti affetti da Covid – effettuata con la Dgr n. 2906 dell'08.03.2020 – in considerazione della necessità di liberare rapidamente posti letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva e in regime di ricovero ordinario degli ospedali per acuti, il legislatore lombardo delibera (allegato 2 del suddetto provvedimento) di mettere a disposizione del Sistema Regionale **i posti letto delle "Cure extra**

ospedaliere" (subacuti, postacuti, riabilitazione specialistica sanitaria – in particolare pneumologia -, cure intermedie intensive e estensive, posti letto in RSA). Decisione con conseguenze rilevanti riguardo l'utenza attualmente degente in queste strutture/reparti o in lista d'attesa.

E' stato disposto, infatti, in particolare: **il blocco da lunedì 9 marzo dell'accettazione di pazienti provenienti dal territorio verso queste strutture e l'anticipo delle dimissioni verso il domicilio dei pazienti ricoverati; il blocco del 50% del turn over delle RSA che presentano specifiche caratteristiche** (ad es. presenza di assistenza medica H24, presenza di specialisti geriatri/cardiologi/ pneumologi, possibilità di effettuare indagini di laboratorio, di garantire ossigenoterapia,…).

Si prevede l'istituzione di una **"Centrale Unica Regionale Dimissione Post Ospedaliera"** che riceve le richieste di dimissione da parte degli ospedali per acuti e individua in modo appropriato la struttura di destinazione.

La delibera dispone, inoltre, alle ATS di individuare strutture autonome dal punto di vista strutturale (padiglione separato dagli altri o struttura fisicamente indipendente) e dal punto di vista organizzativo, sia di strutture non inserite nella rete dell'emergenza urgenza e POT, sia di strutture della rete sociosanitaria (ad esempio RSA) da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi.

Sorveglianza e presa in cura territoriale

Potenziare e mantenere attiva per tutto l'anno 2020 la sorveglianza sindromica è la prima disposizione contenuta nella Dgr n. 2986 del 23.03.2020.

A tal fine, in particolare, puntualizza in capo alle ATS tra le diverse azioni:

- **arruolare un numero di MMG/PLS uguale a quello in essere,** al fine di raggiungere per la sorveglianza sindromica almeno il 4% della popolazione di ogni distretto[1];
- sorvegliare i casi con isolamento domiciliare obbligatorio e alimentare l'elenco dei soggetti in isolamento domiciliare fiduciario che riguarda i contatti di caso e i soggetti sintomatici senza evidenza di contatto.

Per i MMG/PLS[2] stabilisce, al fine di garantire lo svolgimento della sorveglianza sul maggior numero dei propri assistiti, **di riorientare la propria attività**, riducendo le attività di apertura dello studio al minimo indispensabile (solo su prenotazione e su sua valutazione di opportunità)[3] **e concentrarsi sulle seguenti attività telefoniche,** garantendo una reperibilità dalle 8 alle 20:

- contattare i propri assistiti Covid positivi e i soggetti *contatti stretti* ***[4]*** (trasmessi da ATS), i pazienti sintomatici potenzialmente Covid per:

sorveglianza attiva, predisposizioni certificati INPS, eventuale attivazione ADI Covid/USCA/servizio di tele-monitoraggio (nuove offerte assistenziali descritte nei paragrafi successivi);

- contattare i pazienti fragili e cronici (trasmessi da ATS) o i pazienti dimessi dall'ospedale non Covid per sorveglianza attiva con indicazioni sui comportamenti da tenere e follow up situazione clinica, visite domiciliari pazienti non Covid (se necessarie), attivazione ADI/Comune per supporto sociosanitario o sociale;
- ricevere telefonate entranti per richiesta pareri, prescrizioni, certificati e richieste di visita.

Istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA)

Ai sensi dell'art. 8 del DL n. 14/2020, la Dgr n. 2986/2020 istituisce le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) finalizzate alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid** (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) **e dei pazienti con sintomatologia simil influenzale considerati sospetti casi Covid.**

La Dgr fornisce alcuni orientamenti operativi, in particolare ricorrendo all'impianto di Continuità Assistenziale (CA) già in essere, lasciando la libertà ad ogni realtà territoriale di adattare i modelli e le procedure a seconda delle risorse disponibili e attivabili. Nello specifico viene chiesto alle ATS di individuare il numero di postazioni con la data presunta di inizio attività, provvedendo alla selezione dei medici tramite manifestazione di interesse e reperendo anche sanitari eventualmente disponibili su base volontaria e **utilizzando come sedi, in primo luogo, le postazioni di CA esistenti**, prestando attenzione a limitare, negli spazi e nei percorsi, la promiscuità tra le due attività.
Viene precisato che **l'intervento delle USCA è attivato dal MMG** (contattato dal suo assistito in quarantena disposta da ATS o da una struttura ospedaliera) che valuta attraverso un triage telefonico il bisogno di assistenza del proprio assistito e che mantiene uno stretto raccordo con esse.

La delibera ipotizza che ogni USCA possa gestire di norma 20 accessi domiciliari nelle 12 ore, salvo diversa valutazione da parte delle ATS.

Il nuovo profilo ADI Covid

La Dgr 2986/2020 fornisce, inoltre, indicazioni per l'attivazione del nuovo profilo ADI Covid[5], che si può integrare con le attività di ADI ordinaria, destinato ai pazienti Covid positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità o pazienti con sintomatologia simil influenzale considerati sospetti casi Covid.

Possono offrire tale profilo gli enti gestori accreditati e già a contratto con ATS per ADI che garantiscano: presenza di personale infermieristico, sociosanitario e medico (consulenza, se disponibile, di specialisti geriatri, infettivologi, pneumologici) e la reperibilità telefonica 7 giorni / settimana, H12 al giorno.

L'attivazione è in capo al MMG/PLS e avviene mediante prescrizione in analogia con le modalità di prescrizione di ADI ordinaria.

L'ente erogatore accreditato deve garantire un primo accesso dell'infermiere entro 24 ore dalla segnalazione per valutazione dell'assistito e almeno un accesso alla fine della presa in carico (di norma 15 giorni). In caso di situazione incompatibili con il corretto svolgimento dell'isolamento domiciliare, procede alla segnalazione al MMG che può proporre soluzioni alternative di isolamento extradomiciliare, d'intesa con ATS. Deve inoltre, assicurare: informazioni sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento, addestramento uso DPI e consegna di mascherine chirurgiche per l'assistito e caregiver (1 a testa al giorno per i giorni di isolamento previsti); sorveglianza attiva anche tramite il servizio di tele-monitoraggio; contatti telefonici programmati; reperibilità telefonica giornaliera h12; eventuali consulenze mediche domiciliari; eventuale esecuzione di prelievi e tampone; misurazione al domicilio della saturimetria in caso di necessità di monitoraggio.

Il supporto delle cure palliative

Considerato l'ingente incremento di pazienti complessi che devono essere assistiti al domicilio **e le potenzialità assistenziali delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)**[6], caratterizzate da una forte componente clinico assistenziale e da una presa in carico globale h24 365 giorni l'anno, **in modalità straordinaria e limitata al periodo emergenza epidemiologica Covid**, sempre la Dgr n. 2986/2020 stabilisce di **riorganizzare e ampliare l'offerta di tali cure domiciliari, nei seguenti ambiti:**

- **Domiciliare**: ampliamento della presa in carico a domicilio da parte delle UCP-Dom attraverso la rimodulazione dell'offerta per i pazienti con bisogni di Cure Palliative, in modo da realizzare la presa in cura di Pazienti Covid complessi, cronici e fragili in dimissione dalle strutture sanitarie, ivi compresi quelli assistiti dai Pronto Soccorso o dalle Strutture sociosanitarie.
- **Ambito Consulenziale:** erogazione, da parte delle strutture accreditate per le Cure Palliative (Hospice e UCP-Dom), di prestazioni consulenziali, prioritariamente per via telefonica e tramite tele consulto, a favore delle Strutture sanitarie e/o sociosanitarie residenziali (Ospedali, RSA, RSD, POT, PreSST), dei MMG o del Sistema ADI Covid, al fine di promuovere l'identificazione precoce e tempestiva del bisogno di Cure palliative, anche a pazienti affetti da Covid.

A fronte dell'attuale rapida riconversione funzionale del Servizio Socio Sanitario Regionale in atto per far fronte all'emergenza Covid19 vengono creati due nuovi Organismi Tecnici:

- **Il Gruppo Tecnico Centrale-CP-Covid19:** istituito c/o la DG Welfare ed opera in dipendenza dall'Unità di Crisi con finalità di definizione degli aspetti tecnici e formali necessari per avviare la fase attuativa del presente provvedimento.
- **Il Gruppo Tecnico Periferico-CP-Covid19**: istituito in ciascuna ATS operante in stretta integrazione funzionale con il Gruppo Centrale Tecnico.

Sperimentazione del servizio di tele-monitoraggio

Al fine di garantire al massimo il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti affetti da Covid o con sintomatologia simil influenzale, presso il proprio domicilio, limitando il contatto diretto tra persone, sempre la Dgr n. 2986/2020 prevede la realizzazione del **servizio di tele-monitoraggio per consentire al medico di monitorare a remoto l'andamento dello stato di salute del paziente anche tramite la dotazione di dispositivi di rilevazione dei principali parametri vitali.**

Il servizio è erogato attraverso le seguenti componenti tecnologiche:

- Piattaforma Applicativa che consenta l'acquisizione dei dati clinici del paziente in modalità manuale o automatica tramite appositi device;
- Kit di tele-monitoraggio composto dai seguenti componenti: dispositivo mobile e device per la misura dei parametri oggetto di monitoraggio.
- eventuale strumentazione per i MMG al fine di poter garantirne l'operatività (es. la lettura dei parametri di monitoraggio, video-consulti con il paziente e caregiver), anche in mobilità.

Si prevede l'istituzione: del Centro Supporto Tecnologico (incaricato di gestire, fare manutenzione della Piattaforma, fornire e configurare il Kit) e della Centrale medica (incaricato di avviare il servizio**,** monitorare i dati e gestire gli allarmi secondo i protocolli definiti, svolgere sorveglianza attiva; svolgere il ruolo di primo contatto per necessità dei pazienti in collaborazione con il MMG).

Il servizio può essere attivato dal MMG tramite richiesta di valutazione e visita domiciliare da parte dell'USCA o dal medico ospedaliero alle dimissioni del paziente.

Istituzione delle degenze di sorveglianza Covid

La Dgr n. 3020 del 30.03.2020 istituisce un'ulteriore offerta assistenziale territoriale. Si tratta delle degenze di sorveglianza, **rivolte ai pazienti autosufficienti con sintomatologia respiratoria lieve per infezione da Covid che richiedono quarantena**

fiduciaria e bassi bisogni clinico – assistenziali. E' stato osservato, infatti, che molte situazioni con sintomi lievi evolvono in complicazioni respiratorie in tempi rapidi con necessità di ricovero ospedaliero immediato. Per questa tipologia di pazienti, laddove possibile, dunque si ipotizza, in alternativa alla quarantena domiciliare, un periodo di osservazione in ambiente protetto, con sorveglianza garantita da personale delle professioni sanitarie e personale di supporto per garantire la sicurezza nell'effettuazione dell'isolamento.

L'accesso in tali strutture può avvenire su proposta di un MMG (dopo la verifica delle condizioni cliniche diretta o effettuata dalla USCA), **di un Pronto Soccorso o di un medico di centrale AREU**. L'assistenza medica resta in capo alle diverse forme organizzative delle Cure Primarie (MMG, CA, USCA), dell'erogatore ADI-Covid o ancora attraverso l'attivazione di rapporti libero professionali.

Viene dato mandato alle ATS, tramite appositi avvisi pubblici, di individuare gli enti gestori di tali degenze che possono essere rese all'interno di reparti ospedalieri di strutture pubbliche o private, strutture sociosanitarie (anche solo autorizzate) dotati di impianti di gas medicali adeguati, ovvero, anche all'interno di altre strutture ricettive, adeguatamente rifornite dei presidi sanitari necessari.

La retta giornaliera di riferimento è fissata entro il tetto massimo previsto per le degenze non ospedaliere (150 euro/die).

Indicazioni operative per RSA e RSD

Ulteriore provvedimento adottato nei giorni scorsi è la Dgr n. 3018 del 30.03.2020 che contiene indicazioni per le RSA e le RSD **per la gestione operativa degli ospiti e del loro personale per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza nell'ambito dell'emergenza da Covid.** Tale provvedimento non è oggetto di questo contributo, ma si ritiene utile citarlo rimandando al testo della delibera per conoscenza e approfondimenti, considerata la grave situazione in cui attualmente versano molte strutture.

La delibera contiene indicazioni in tema di sensibilizzazione, prevenzione e formazione, protezioni individuali per il personale e gestione clinica di eventuali casi Covid, sedazione palliativa, ossigenoterapia, modalità di accettazione degli ospiti nelle RSA in questo periodo di emergenza Covid, accesso alle strutture e visite.

[1] il 2% è il requisito minimo del protocollo di sorveglianza ISS. Per raggiungere l'obiettivo del 4% si intende far leva sulla consolidata rete di medici (MMG/PLS) sul territorio regionale che partecipano alla "Sorveglianza Epidemiologica e Virologica dell'influenza" prevista nell'ambito del "Accordo ai sensi dell'art. 4 del Dlgs del 28.08.1997, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul documento – Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020 – atti n. 144 del 01.08.2019.

[2] In aggiunta alle indicazioni già fornite con nota prot. 11124 del 11.03.2020 "Indirizzi per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta,medici di continuità assistenziale" che contiene la classificazione dei soggetti cui effettuare la sorveglianza.

[3] Più nello specifico le indicazioni riguardano: mantenere l'attività di studio esclusivamente su prenotazione e dopo triage telefonico, riducendo orari e solo per pazienti non Covid, non sintomatici, non anziani/fragili; effettuare visite domiciliari, esclusivamente su pazienti senza sintomi febbrili/respiratori, prevalentemente fragili e cronici o verso pazienti non Covid dimessi precocemente da Ospedale, che richiedono l'intervento del MMG.

[4] Circolare Ministero della Salute 27 febbraio 2020, 0006360-27/02/2020-DGPRE-DGPRE-P "COVID-19. Aggiornamento".

[5] Con riferimento all'Allegato 2 della Dgr n. 2906 del 8/03/2020 e nel rispetto della nota ad oggetto "Indirizzi in merito all'isolamento domiciliare" prot. n° G1.2020.0010603 del 6/03/2020

[6] L'attuale modello erogativo fa riferimento alla Dgr n. 5918/2016

Atti e normative

FNPS: più risorse e attenzione all'emergenza Covid-19

DGR n.XI/3054 - Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali – annualità 2019 – esercizio 2020

di Valentina Ghetti

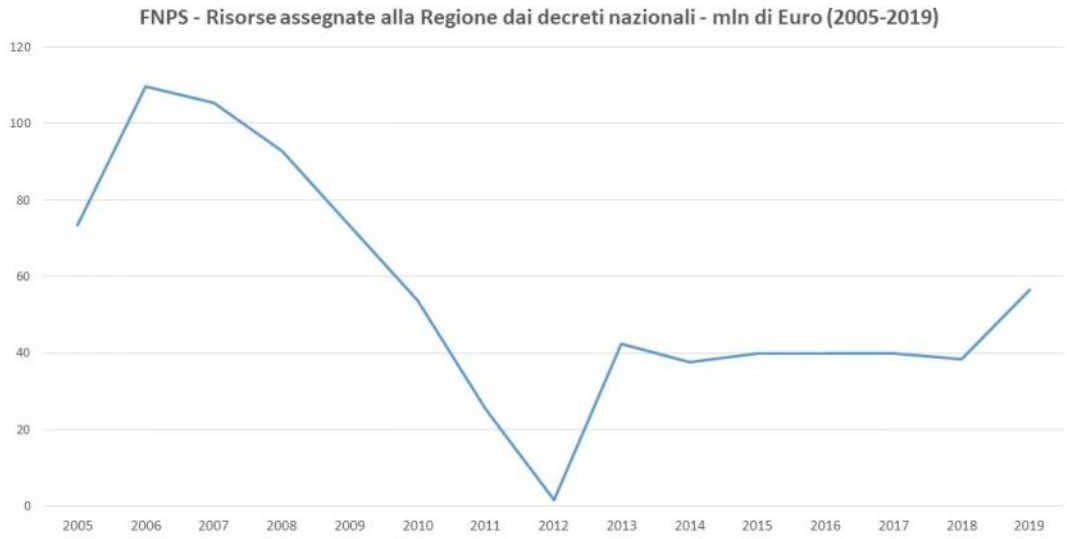
9 Aprile 2020

Temi > Programmazione e governance, Emergenza COVID-19, Fondo Nazionale Politiche Sociali, Piani di Zona

Analisi dei contenuti della DGR di riparto del FNPS 2019: +47% le risorse rispetto allo scorso anno, destinate per un terzo all'emergenza COVID-19. Gli indirizzi programmatori orientano il 52% delle risorse all'area famiglia e minori, 25% all'area disabili, l'11 all'area anziani e 9% area povertà.

Un balzo in avanti

Il dato era noto, ma i territori stavano aspettando da tempo il riparto regionale del Fondo Nazionale Politiche Sociali che, quest'anno, è decisamente più generoso – +47% rispetto al 2018 – e che vede tornare il finanziamento a sostegno del sistema integrato dei servizi sociali ai livelli di un decennio fa. Per la Lombardia quasi 18 milioni in più rispetto allo scorso anno, pari a 56,4 milioni di euro.



Fonte: Elaborazione LS su decreti riparto MLPS – anni vari

Si confermano le linee di indirizzo che il Ministero ha indicato già dallo scorso anno, contenute nel Piano Sociale Nazionale 2018-2020:

- una quota prevalente riservata ai servizi nell'area dell'infanzia e adolescenza. Per il Ministero non inferiore al 40% e che la nostra Regione "alza" oltre il 50%;
- il divieto di finanziare i servizi socio-educativi rivolti alla prima infanzia, dato il sostegno riservato dal sistema integrato 0-6;
- il richiamo all'integrazione tra i diversi fondi: non autosufficienza, dopo di noi, povertà e, appunto, sistema integrato 0-6;
- l'inclusione, dentro la quota FNPS, del finanziamento al programma P.I.P.P.I. sull'intervento con famiglie e bambini in condizioni di vulnerabilità;
- l'adozione di uno schema di riparto che chiede una programmazione territoriale di dettaglio, per area e per attività, in coerenza con le linee di indirizzo nazionali e regionali.

Un'attenzione alla fase di emergenza COVID-19

Regione Lombardia sceglie di destinare il 67% del fondo, pari a 37,9 milioni di euro, in modo "tradizionale" e indistinto, seppur nel rispetto delle indicazioni programmatorie in riferimento alle diverse percentuali da assegnare alle diverse aree e attività (si veda il punto successivo). Il 32% delle risorse aggiuntive viene destinata invece esplicitamente all'attivazione di interventi e servizi sociali rivolti ad affrontare l'attuale condizione di emergenza, anticipando una prospettiva che pare essere stata assunta

anche dal livello nazionale con il DL Rilancio (art.95 sull'utilizzo dei fondi sociali per l'emergenza).

Questa parte di risorse destinate all'emergenza, sono assegnate per l'88% a tutti gli ambiti, cioè 15,8 milioni che vanno a sommarsi ai precedenti 37,9 milioni. Il 12% – pari a 2,1 milioni di euro – è riservato invece ai territori più colpiti dall'emergenza Covid-19 e in particolare agli ambiti di Lodi, della Vallecamonica e delle ATS di Bergamo, Brescia e Val Padana.

Nell'allegato A della delibera si forniscono indicazioni orientative ed esemplificative circa le iniziative che possono essere sostenute con tale quota, senza però vincolarne a priori la destinazione:

- servizi di ascolto e informazione
- supporti alle persone dimesse dagli ospedali
- servizi di prossimità (consegna pasti, farmaci, generi di prima necessità…)
- riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare ed educativi
- riorganizzazione delle attività a carattere diurno
- interventi rivolti a minori con genitori sottoposti a ricovero o isolamento.

Gli indirizzi della programmazione

La Regione, come chiesto dal Ministero, indica agli ambiti le quote % entro cui allocare le risorse assegnate, sia rispetto alle aree di target, che al tipo di attività da sostenere.

Rispetto alla quota 2018 cresce la quota percentuale da destinare all'area minori e famiglia, pari al 52% del totale; cresce anche l'area 2 su disabilità e anziani, pari al 36% del totale; mente diminuisce l'area della povertà, ridotta al 9%, rispetto al 12% del 2018. In Tabella le % orientative anche sulle specifiche macro attività.

Tabella – Orientamento della programmazione del FNPS 2019

	Area 1	Area 2		Area 3		
macroattività	*FAMIGLIA E MINORI*	*DISABILI*	*ANZIANI (AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI)*	*POVERTÀ*	*DISAGIO ADULTI, DIPENDENZE, SALUTE MENTALE*	*TOTALI ATTIVITÀ*
Accesso, valutazione e progettazione	43%	22%	10%	35%	35%	**30%**
Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	15%	47%	47%	56%	56%	**32%**
Interventi per favorire la domiciliarità	8%	24%	24%	5%	5%	**13%**
Centri servizi, diurni e semi-residenziali	9%	12%	12%	0%	0%	**9%**
Strutture comunitarie e residenziali	25%	7%	7%	4%	4%	**16%**
TOTALI area	**52%**	**25%**	**11%**	**9%**	**3%**	**100%**

Con l'FNPS 2019 si finanziano anche altre iniziative. Su indicazione ministeriale, come detto, è sostenuta l'adesione al programma PIPPI con 437.500 di euro destinate a questo scopo. Ma non solo, da quest'anno Regione ha deciso di usare questo fondo anche per co-finanziarie il programma sperimentale sui Care Leavers (150.000 euro) introdotto dal Piano povertà nazionale, cosa non avvenuta lo scorso anno, nel quale il cofinanziamento è stato affrontato con risorse proprie.

Infine non è trattenuta alcuna quota destinata agli obiettivi premiali introdotti dalle linee guida sulla programmazione zonale 2018-2020, destinata ai tre obiettivi strategici e di azzonamento posti dalla dgr 7631/2017.

Tabella – Riparto FNPS 2019

Quota FNPS 2019	**Euro**
Quota indistinta	37.900.000
Per emergenza Covid-19	15.736.072
Per emergenza Covid-19, per ambiti maggiormente colpiti	2.145.828
Co-finanziamento sperimentazione Care Leavers – 2019	150.000
Programma P.I.P.P.I.	437.500
TOTALE	**56.369.400**

Gli ambiti, come di consueto, dovranno condividere le programmazioni in Cabina di Regia, convocate dalle rispettive ATS. Entro il 29 maggio la Regione provvederà ad inviare il format di programmazione, ed entro la fine di luglio lo strumento e le indicazioni per il caricamento sulla piattaforma SMAF, che in questo momento è ancora in fase di revisione per l'adeguamento al SIOSS.

Allegati

- dgr 3054

Punti di vista

Centri diurni, si riparte! Diversi piani … di realtà?

Un contributo di Marta Prosperi, direttore servizi Cooperativa Solaris Triuggio (MB)

a cura di Giovanni Merlo

16 Giugno 2020

Temi > Disabilità, CDD, Emergenza COVID-19, Inclusione sociale, Innovazione, Presa in carico

Il difficile passaggio dal Piano territoriale regionale, a partire dalle indicazioni contenute nella Dgr n. 3183 del 26 maggio 2020, all'effettiva riattivazione dei servizi semiresidenziali per le persone con disabilità nella cosiddetta Fase 2 dell'emergenza Covid-19, attraverso gli occhi di una responsabile di servizi.

Tutto inizia da un tavolo tecnico

La tanto attesa Dgr n. 3183 del 26 maggio 2020, prende avvio dalla creazione di un tavolo tecnico di confronto da parte di Regione – attraverso i suoi due assessorati al welfare dott. G. Gallera e alle politiche sociali, abitative e disabilità dott. S. Bolognini – che vede la partecipazione delle rappresentanze di ACI (Alleanza Cooperative Italiane), Forum Terzo Settore Lombardia, Anffas Lombardia, Arlea, Ledha, Ceal, Cnca Lombardia e Uneba Lombardia.

La richiesta del tavolo è in prima istanza una condivisione circa le linee guida di cui parla l'art. 8 del DPCM del 26 Aprile 2020, per la costruzione di un documento, che possa prevedere una forte partnership tra Regione, ATS e gli Enti Gestori, che dovranno occuparsi della ripartenza dei Servizi nella Fase 2 o Fase di Riavvio. **La proposta viene accolta con grande responsabilità** facendo sì che si generi un lavoro molto intenso all'interno del tavolo, che fin da subito affronta la richiesta cercando di tracciare e mettere in evidenza i punti di attenzione su cui lavorare e soprattutto la forte necessità di essere supportati e sostenuti, in questa delicata fase, dalle ATS.

Panorama e scenario all'apertura del confronto con Regione

Il panorama in cui ci si trova all'avvio del tavolo tecnico è abbastanza omogeneo e racconta la ricerca incessante (iniziata il 17 Marzo) da parte degli enti gestori, con il sostegno delle Associazioni di familiari, di alternative efficaci alla tradizionale erogazione dei servizi; alternative queste, che possano raggiungere le famiglie e le persone, dando loro risposte e sostegno, con strumenti nuovi e che certamente fin da subito si delineano con molta creatività. Il tempo trascorso dalla chiusura delle strutture ha portato a galla tante solitudini e difficoltà da parte di molte persone con disabilità e dei loro familiari, a cui **gli enti gestori hanno cercato di dare ascolto e sostegno, modulandosi e trasformandosi in *sartorie dell'educazione***, con lo scopo di "vestire" ciascuno secondo le proprie peculiarità e bisogni specifici.

Questa solitudine ha travolto anche gli stessi enti gestori, che si sono dovuti reinventare nuove modalità di erogazione e soprattutto hanno dovuto condurre una lunga ed estenuante battaglia, per vedere riconosciute e retribuite, da parte degli enti locali e delle ATS, le attività messe in campo al di fuori delle tradizionali logiche di servizio. Si è trattato di un percorso ad ostacoli, non ancora concluso, che ha generato una forte partnership tra enti gestori e fruitori dei servizi, facendo esplodere sorprendentemente risorse, mai prima esplorate.

La richiesta di riattivazione dei Servizi pone ora certamente in primo piano **la tutela della salute di tutti, operatori ed utenti, ma non può prescindere dall'idea di uscire dalle rigide logiche di Regole, che spesso stridono con la personalizzazione degli interventi e tantomeno prescindere dal pensare che il ruolo di ATS possa essere non solo quello di controllore degli enti gestori, ma anche e soprattutto di sostenitore al fianco degli stessi.** La partita a cui siamo chiamati a partecipare deve essere giocata insieme e non su fronti differenti.

Il mandato del tavolo tecnico

Il forte mandato per il Tavolo tecnico, in continuità con le esperienze nate nella fase di lockdown, è dunque, **pensare servizi sicuri, ma flessibili e per un certo punto di vista innovativi**.

Il confronto con Regione è acceso e vivace e conduce ad una Dgr, la n. 3183 del 26 maggio 2020, che accoglie le posizioni degli Enti Gestori e focalizza l'attenzione sulla necessità di una riattivazione sicura, ma anche, proprio per la stessa ragione, modulabile e flessibile in tutte le sue forme, tanto da consentire la possibilità di erogare interventi differenti: presso la struttura accreditata, presso il domicilio, presso il territorio utilizzando nuovi luoghi messi a disposizione e pensati ad hoc, mantenendo inoltre le attività di nuova frontiera, ossia le attività da remoto.

Difficoltà emergenti

Le difficoltà che emergono fin da subito nascono innanzi tutto dalle **diverse velocità di azione**.

Da una parte gli enti gestori che vogliono dare risposta alle incessanti richieste delle famiglie di riattivare al più presto le strutture, cercando di coniugare sicurezza e persona disabile.

Dall'altra parte Regione, i cui tempi e le cui priorità si delineano differenti dai primi **ed il cui percorso prevede anche la stesura di protocolli operativi ad opera delle ATS.** Questo ulteriore passaggio non può che dilatare ulteriormente i tempi del riavvio e porre poi gli enti gestori di fronte ad un conflitto: da una parte l'emergenza della ripartenza, quale risposta a chi non ha più energie e risorse per restare a casa; dall'altra la tutela legale degli stessi, che si esporrebbero a rischio se decidessero di ripartire senza avere prima mappato con test sierologico tutta la popolazione dei servizi (utenti ed operatori). Mappatura questa, che nei protocolli di ATS non è esplicitata quale obbligo, ma certamente neanche come azione facoltativa. Dunque? Come accelerare le tempistiche? Come far percepire che non ci sia altro tempo disponibile? Cosa decidere?

Altra difficoltà, da subito emergente **è il difficile compito lasciato alla responsabilità degli enti gestori, di coniugare la tutela della salute con bisogni e desideri delle persone con disabilità.**

Alzare le barriere della sicurezza, dotando tutti gli operatori dei DPI in uso nei reparti Covid, per evitare problemi connessi a denunce e contestualmente rispondere al forte bisogno di prossimità e vicinanza non solo emotiva, tipica dei servizi alla persona. Come modulare le due priorità? A cosa rinunciare? Inutile raccontare i mille e mille interrogativi relativi per esempio all'uso massivo di tutti i DPI nelle prime quattro settimane di riavvio.

In ultimo, ma non per importanza, è necessario considerare **la paura ed il timore di tutti gli enti gestori, di dovere affrontare questa impresa, in solitudine,** cioè senza poter contare su un supporto percepito come adeguato.

Domande a cui non sono ancora state date risposte

Tante ancora le domande inevase.

Oltre a prevedere, come dovuto che sia, la stesura di un protocollo per l'isolamento delle persone che dovessero presentare dei sintomi affini a quelli del Covid-19 e poi essere riconosciute positive da tampone, che tipo di sostegno avranno gli enti gestori da parte di ATS nel consentire loro di garantire comunque il servizio senza interruzioni violente?

Oltre alla mappatura sierologica prevista in avvio, sarà possibile prevedere che la stessa Regione prosegua il monitoraggio con cadenza quindicinale o mensile, non lasciando agli enti gestori la responsabilità dello stesso?

Le ingenti risorse economiche che gli enti gestori devono approntare per il riavvio, non hanno ad oggi alcuna certezza di essere riconosciute e rimborsate per la loro totalità; ciò verrà definito con successivo provvedimento da Regione, anche alla luce delle risorse messe a disposizione a questo scopo dal "Decreto Rilancio". Ma quanto ancora potranno gli enti gestori essere esposti a spese non preventivate nella normale gestione dei servizi?

I passaggi per il riavvio

Molti enti gestori si sono assunti la responsabilità di rimettere in campo, già dalla prima settimana di giugno tutti gli operatori al 100% del loro orario, perché fossero attori della ripartenza fin dall'inizio del progetto, anche senza avere certezze della tempistica dei lavori di predisposizione dei protocolli operativi a cura delle ATS, né elementi in ordine a come saranno retribuiti.

Il lavoro di predisposizione del riavvio vede più che mai necessaria la collaborazione di tutti i livelli di responsabilità presenti nei servizi, dall'operatore socio assistenziale fino a risalire alla Direzione generale.

Nonostante i tanti interrogativi inevasi e i tanti dubbi che si affollano nella costruzione minuziosa dei progetti di riavvio, gli enti gestori sono una certezza per il welfare e sono in prima linea nella costruzione dei servizi rimodulati.

Ogni servizio è stato scomposto e ricomposto alla luce delle nuove priorità di tutela della salute. Sono stati ripensati gli spazi, gli orari di accesso, le attività, i trasporti e le modalità di consumazione del pasto. Sono stati rivisitati tutti i processi che garantiscono la sicurezza dei luoghi e delle persone. Sono stati formati tutti gli operatori, perché ci sia non solo informazione, ma soprattutto consapevolezza circa i nuovi rischi biologici e le misure di prevenzione utili ad abbassare il rischio. Siamo finalmente in grado di poter prevedere con minor margine di errore la data di riavvio per ciascun servizio e dunque siamo in procinto di contattare le famiglie per In-formare anche loro sulle nuove modalità di erogazione del servizio, che sarà rigido nelle regole da rispettare, ma plastico nelle modalità di erogazione. Condivideremo con le persone con disabilità ed i loro familiari il fatto che sono stati pensati per ciascuno un mix di interventi presso la struttura, per quelle attività che richiedono presenza; presso il domicilio per quelle attività che possono svolgersi in supporto ai familiari; da remoto per tutte quelle attività che sono altrettanto efficaci anche se mediate da un monitor, perché fruibili più volte nella stessa giornata e perché disponibili in relazione alle tempistiche delle abitudini domiciliari.

Oggi, 15 giugno, resta ancora in sospeso l'organizzazione della somministrazione dei test sierologici, per cui ogni ATS, ha dato indicazioni differenti.

Alcune ATS hanno dato mandato agli enti gestori di contattare le strutture da loro indicate (Asst o Laboratori convenzionati) per prendere accordi personalmente sulla gestione del processo sia per gli operatori che per gli utenti; altre ATS hanno trattenuto per sé il raccordo con le Asst ed i Laboratori convenzionati, chiedendo comunque agli enti gestori di farsi carico in toto della comunicazione e raccolta dati di coloro che, sia tra gli operatori che tra gli utenti, intendono sottoporsi a test. Quest'ultimo, un altro passaggio che richiederà certamente agli enti gestori grande capacità di gestione e organizzazione, soprattutto là dove i numeri sono importanti e ben al di là di poche decine di persone.

Ma siamo certi che ancora una volta gli enti gestori sapranno rispondere anche a questa ennesima richiesta, senza creare dissensi e polemiche, ma orientati a rispondere nel più breve tempo possibile alle richieste di sostegno delle persone che hanno in carico.

Conclusioni

In un contesto estremamente indefinito e mutevole, come quello in cui ci troviamo, vorremmo poter dare delle certezze ad utenti e lavoratori attraverso l'assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti (pubblici e privati) in campo e attraverso la **definizione di un patto di corresponsabilità tra enti gestori, enti locali, ATS e famiglie per affrontare insieme la fase di riavvio.**

Solo la condivisione di una lettura unitaria della situazione da parte di tutti, potrà creare un approccio rinnovato all'interno dei servizi per la disabilità.

Le parole chiave di questa fase dovrebbero essere quindi condivisione e corresponsabilità.

Atti e normative

La ripartenza delle attività sociosanitarie lombarde

Dgr n. 3226 del 9 giugno 2020, Atto d'indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla fase "1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19

di Marco Noli

16 Giugno 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, Disabili, Emergenza COVID-19, Famiglia e minori, Presa in carico, RSA, RSD, Uonpia

L'articolo analizza la delibera regionale n. 3226 del 9/6/2020 nella quale si definiscono il ruolo delle ATS e degli Enti gestori fornendo indicazioni sulla prevenzione dell'epidemia da COVID-19 nella cosiddetta "Fase2".

La Regione Lombardia attraverso la deliberazione n. 3226 del 9/6/2020 recante *"Atto d'indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla fase "1" dell'emergenza epidemiologica da COVID – 19"* ha definito il ruolo delle ATS e degli Enti gestori, fornendo le indicazioni per il ripristino delle attività sociosanitarie nella massima sicurezza per gli utenti e gli operatori. Le indicazioni attengono sia alla prevenzione dell'epidemia, sia al tempestivo riconoscimento di casi sospetti e la conseguente attivazione degli interventi di contenimento del contagio.

Di seguito, attesa la complessità dell'atto, si intende fornire una prima analisi sintetica, integrata con alcuni allegati, rinviando alla lettura integrale dell'atto per gli opportuni approfondimenti.

Ruolo ATS

L'atto d'indirizzo regionale assegna alle ATS i seguenti compiti:

- **effettuazione di controlli** (sopralluoghi, atti documentali, audit) per la verifica della conformità alle linee regionali del piano organizzativo – gestionale presentato da ciascuna struttura erogatrice, nonché delle specifiche procedure

e della loro effettiva applicazione, compreso la nomina e le attività assegnate al referente COVID 19;

- avvio di **tavoli di Coordinamento** tra Rappresentanti degli Enti gestori, ASST e ospedali privati per:

  – condividere buone pratiche cliniche / assistenziali;

  – verificare eventuali bisogni formativi in riferimento al COVID – 19;

  – promuovere percorsi tra la rete sociosanitaria e sanitaria (es. accesso appropriato al PS, ridurre trasferimenti, privilegiando consulenze specialistiche accertamenti strumentali presso le U.d.O, o per via telematica, per evitare trasferimenti rischiosi ed inutili);

- **verifica** della predisposizione dei piani specifici di formazione, nonché l'effettivo apprendimento da parte degli operatori;
- **vigilanza** sul coinvolgimento attivo dei parenti nel PAI, malgrado la limitazione delle visite.

Enti gestori

Gli Enti gestori delle U.d.O sociosanitarie sono chiamati a:

- riattivare gradualmente le loro attività. La Regione riconosce, valorizza e chiede di continuare le esperienze di erogazione di servizi in modalità alternativa a distanza o presso il domicilio (come previsto agli art. 47-48del DL 17.3.2020 convertito in L. 27del 24.04.2020)
- nominare un **Responsabile aziendale COVID;**
- predisporre il **piano organizzativo – gestionale** con le relative procedure /istruzioni operative, da trasmettere ATS, in conformità a queste linee guida e che dovrà almeno riguardare i seguenti aspetti:

  riguardo alle persone:

  A) ospiti/utenti:

  – criteri di presa in carico nuovi soggetti (priorità sui livelli di urgenza improcrastinabile commisurate risorse disponibili);

  – precauzioni standard e specifici nell'assistenza a tutti e monitoraggio clinico / laboratoristico.

  B) ospiti/utenti/operatori/ altri soggetti (visitatori)

  – modalità di accoglienza;

– misure igienico sanitarie definite dal Ministero e l'uso dei DPI in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative quali il distanziamento sociale, in caso di non applicabilità funzionale;

– gestione di eventuali "casi sospetti", "casi probabili" o "casi confermati" di COVID-19;
– piano di formazione e informazione in merito al COVID -19.

C) operatori:

– adozione di procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione a SARS-CoV-2 in attuazione delle attuali e prossime normative nazionali e regionali;
riguardo agli ambienti:

– sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, apparecchiature e eventuali mezzi di trasporto per operatori/utenti;

– verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/ climatizzazione;

riguardo all'organizzazione:

– aggiornamento del Progetto struttura e di quelli individuali, ove previsti;
– aggiornamento della Valutazione del Rischio (D.lgs. 81/08).

Gestione dei pazienti COVID 19

Fermo restando che tutte le strutture devono essere attrezzate per l'eventuale gestione in sicurezza dei casi affetti da COVD-19 che potrebbero insorgere tra gli ospiti /pazienti, la Regione dispone:

per i casi COVID-19 di futura eventuale insorgenza si prevede il tempestivo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, appositamente individuate (di seguito strutture sanitarie COVID dedicate) con due specificazioni:

- **in via eccezionale**: **per ospiti / pazienti in stato terminale, o grave compromissione clinica,** e pertanto non trasferibili dalla struttura ospitante, si può procedere alla prosecuzione dell'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio SARS-CoV-2, previste dalle normative nazionali e regionali.
- **in via transitoria: per gli ospiti/pazienti attualmente risultati positivi alla ricerca molecolare SARS CoV2,** salvo evoluzione del quadro clinico che richieda il trasferimento presso ospedale attrezzato, è consentita la prosecuzione dell'assistenza in struttura adottando tutte le misura di sicurezza.

Formazione e informazione

La Regione ribadisce la necessità della formazione prevedendola obbligatoria (**da effettuarsi non oltre 31.08.2020**) per tutti gli operatori sanitari e sociosanitari indipendentemente della tipologia contrattuale, con riproposizione periodica sulla patologia COVID e prevenzione e contenimento dell'infezione da Sars – Co – V – 2. Questa opportunità è estesa anche agli ospiti e ai visitatori, volontari e caregiver, compreso genitori ragazzi disabili e assistenti familiari.

Principali attività coordinate dal Referente COVID – 19

Andrà individuato un **referente sanitario**, **preferibilmente il Responsabile sanitario ([1])**, che dovrà collaborare con medico competente e l'RSPP per l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi con riferimento al SARS – CoV -2.

In particolare, il Referente COVID coordinerà:

- la gestione dei flussi informativi, la riorganizzazione degli ambienti e delle attività di lavoro, l'individuazione delle stanze d'isolamento per i casi sospetti / confermati e i relativi percorsi,
- l'aggiornamento delle procedure interne relative alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA),all'utilizzo e approvvigionamento dei DPI, alla definizione dell'attività diagnostica e di monitoraggio dell'infezione da SARS – Co-V-2, alla gestione dei casi sospetti o confermati, all'attivazione delle consulenze, al trasferimento dei pazienti confermati o sospetti COVID – 19, al rientro degli ospiti al domicilio e al piano di emergenza e di evacuazione per cause riconducibili a COVID – 19, ecc.

La Regione ribadisce l'indispensabilità di un **comitato multidisciplinare** di supporto nell'ambito delle ICA, più in generale, del risk management.

Regolamentazione degli accessi degli esterni, del personale, dei famigliari e degli utenti

La Regione prevede che il gestore implementi specifiche procedure differenziate per tipologia di soggetti che accedono alle strutture. Dando seguito alle indicazioni ministeriali e regionali, la Regione fornisce indicazioni distinte per l'ingresso / uscita di categorie di utenti: utenti provenienti dal domicilio vero le U.d.O sociosanitari, utenti che ritornano a domicilio e utenti che accedono ai servizi semiresidenziali e ambulatoriali sulla base dei risultati degli accertamenti di laboratorio (si prevede esecuzione del tampone naso – faringeo prioritariamente in presenza di sintomi; esecuzione dei test sierologici come screening rivolti a soggetti asintomatici, ma

particolarmente vulnerabili). Al riguardo, nel dettaglio della regolamentazione si veda **l'allegato 1.**

I costi degli accertamenti di laboratorio sono a carico del SSN.

U.d.O Sociosanitarie residenziali

Sono ricomprese: RSA; RSD; CSS; SRM; Cure intermedie; Hospice; Strutture residenziali NPIA; Strutture residenziali pediatriche, nonché le sperimentazioni sociosanitarie di carattere residenziali quali Residenze per Minori gravemente disabili; Minori in Comunità, Residenzialità assistista per anziani.

L'ingresso di nuovi ospiti avverrà **secondo una procedura stabilita da ogni erogatore** che dovrà almeno esplicitare:

1. **i criteri di priorità** a favore dei casi urgenti e improcrastinabili;
2. **le modalità e i locali per la raccolta anamnestica e la visita medica** prima dell'accesso in struttura allo scopo di escludere condizioni di "caso sospetto", "caso probabile" o "caso confermato" di COVID- 19 così come definiti da Ministero della Salute;
3. **allestimento di un modulo di accoglienza o l'adozione di misure idonee per il distanziamento sociale** fra gli ospiti/pazienti,).

Gli ingressi per la Fase 2, soprattutto in RSA e RSD, sono limitati:

- **nei primi 14 gg**: non > a 1/3 dei posti letto liberi (a contratto o meno, conteggiati separatamente) quotidianamente disponibili;
- **nei successivi 14 gg**, incremento a 2/3 fino al rispristino delle regolari modalità d'ingresso.

Le U.d.O. residenziali **devono essere comunque in grado di effettuare un isolamento temporaneo** (anche funzionale) dei sospetti e degli esposti e in caso di **impossibilità per limiti**:

- **strutturali e impiantistici**: assenza di padiglione / struttura con percorsi separati per livello di rischio, assenza di impianto di ossigenoterapia;
- **organizzativi**; impossibilità di destinare personale esclusivamente dedicato a pazienti a rischio, assistenza infermieristica non presente;

effettuare trasferimento presso altra struttura più idonea.

Specifiche procedure devono esser previste per il rischio COVID – 19 per utenza atipica (stati vegetativi, SLA, nuclei Alzheimer ecc.). Nell'intento di favorire, ove possibile, una presa in carico più orientata al setting domiciliare, oppure orientata ad una progressiva ricerca di nuovi luoghi di cura e alla deistituzionalizzazione degli ospiti delle strutture

residenziali, potranno essere sviluppati **modelli innovativi di assistenza**, alternativi a quelli già in essere.

Per le RSA e RSD si dovranno prevedere **procedure per il rientro anche temporaneo a domicilio** in base a:

- **criteri di igiene e sanità pubblica:** il Dipartimento Prevenzione ATS deve valutare i rischi per l'ospite e per la comunità (famigliari);
- **criteri clinico/assistenziali:** il medico di RSA/RSD insieme al MMG, che verrà eventualmente attivato, esprimono un parere circa sulla dimissibilità del paziente, ovvero un parere sulla sicurezza e appropriatezza clinica/assistenziale che verrà fornita a domicilio (es. profili ADI o, se possibile, anche direttamente del personale RSA/RSD, secondo modalità che verranno definiti in atti successivi) nonché sul trasporto sanitario programmato o con un mezzo privato da RSA / RSAD a domicilio;
- **criteri di spostamento** come da eventuali indicazioni nazionali e regionali;
- **criteri di libero arbitrio:** dopo una adeguata informazione sui rischi e benefici del rientro a domicilio, deve essere accolto il parere dell'utente (o del suo legale rappresentante) meglio per iscritto e prevedendo sempre il coinvolgimento del familiare/caregiver.

Devono essere implementate altresì **procedure relative all'invio in ospedale per eventi acuti non correlati al COVID-19, centrati su valutazioni multidimensionali e multi professionali, ispirate ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure** oppure in base alle condizioni complessive (cliniche, funzionali e cognitive e pre-morbose), alla prognosi, ai realistici benefici attesi di un intervento intensivo.

La decisione deve essere condivisa con il paziente (o legale rappresentante), quando possibile con i familiari e in conformità con le eventuali Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) [2]del paziente.

L'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative deve essere sempre assicurato nei casi necessari.

U.d.O Sociosanitarie semiresidenziali e ambulatoriali

Nelle U.d.O semiresidenziali sono ricomprese: i CDI, i CDD, i CDC, i Servizi semiresidenziali per dipendenza, le strutture semiresidenziali NPIA e di psichiatria.

Nelle U.d.O ambulatoriali sono ricompresi: i consultori, i SERT/SMI; la riabilitazione, i servizi ambulatoriali di NPI e di psichiatria. Inoltre, sono ricomprese tutte le sperimentazioni sociosanitarie di carattere semiresidenziale e ambulatoriale.
Si prevede:

- ove possibile **il ricorso ad attività a distanza**, mediante telemonitoraggio o attività via telematiche o a domicilio, nel rispetto della libera scelta dell'utenza in ottemperanza alle norme nazionali e regionali in materia;
- **la ripresa** delle attività in sede, se non altrimenti erogabili, **gradualmente** (secondo procedure stabilite che indichino priorità a favore di casi urgenti e improcrastinabili) e **su appuntamento**, previa misurazione della temperatura e l'esclusione di sintomi sospetti per COVID 19, assicurando il distanziamento e/o l'uso dei DPI. Se possibile queste attività andranno offerte in locali più ampi o all'aperto;
- la predisposizione delle **modalità di gestione di sintomi** di febbre durante l'erogazione delle prestazioni e per l'avvio della sorveglianza con le misure di isolamento verso gli esposti in accordo con il medico competente;
- **gruppi stabili con proporzionalità tra operatori e assistiti** per agevolare la tracciabilità dei contatti e deve tenere conto delle specificità di rischio;
- **l'esitamento di assembramenti** disponendo **distanziamento minimo di 2** metri nelle prime settimane di riavvio;
- l'attività con rapporto 1:1 tra utente e operatore nei casi più complessi, con possibilità di riduzione del distanziamento sociale, nei casi previsti dall'art 9, comma 2 DPCM 17.5.2020;
- **la riprogrammazione dei servizi** in nuovi turni, commisurata alle problematiche sociali/organizzative del nucleo familiare.

Per le U.d.O sociali sociosanitarie semiresidenziali per disabili si rimanda alla d.g.r 3183 del 26.05.2020 recante *"Art. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'art.9 del DPCM del 17 maggio 2020: Avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità (di concerto con l'Assessore Galera)".*

U.d.O Sociosanitarie domiciliari

Nelle U.d.O sociosanitarie domiciliari sono ricomprese: ADI e ADI-COVID; UCPDom e CCF.Dom; RSA aperta e Assistenza ai religiosi in strutture residenziali.

Le ATS dovranno promuovere maggiormente la collaborazione con MMG/PLS, anche con i medici dell'USCA, favorendo il ricorso a sistemi di telemonitoraggio (vedi allegato 5 della d.g.r 2986/2020) evitando la sovrapposizione dei servizi.

Gli Enti gestori:

- dovranno prevedere percorsi di attività domiciliare con l'obiettivo di contenere il rischio di COVID-19;

- dovranno introdurre una procedura di **triage telefonico**, prima di ogni accesso, per escludere una sintomatologia sospetta di COVID -19 (si potrà dare indicazione affinché l'utente informi prima dell'acceso degli operatori lo sviluppo di sintomi sospetti COVID – 19);
- dovranno comunque adottare procedure standard e l'uso dei necessari DPI (se possibile anche gli utenti e familiari devono indossare mascherine o mantenere distanza di 1 metro);
- dovranno essere implementate **procedure di valutazione clinica/monitoraggio propedeutiche all'invio in ospedale, specificatamente per pazienti COVID -19, in accordo con MMG, ispirati al principio di proporzionalità e appropriatezza delle cure,** condividendo con il paziente, famigliari o legale rappresentante, in conformità alle DAT del paziente.

Per le **cure palliative verrà predisposto** dall'Organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative **un documento tecnico programmatico specifico**. Per il consultorio si prevede le dimissioni precoci e la presa in carico domiciliare di puerpere e neonato da parte delle ostetriche, previsione estesa anche in gravidanza, in presenza di fragilità che rendono difficoltoso l'accesso al consultorio.

Dovrà esser sviluppata l'offerta dell'infermerie di famiglia e di comunità già indicata nella d.g.r 2672 del 16.12.2019.

Revisione delle modalità rendicontative e relativi flussi

La Regione precisa che fornirà indicazioni in merito alle rendicontazioni alle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate, in considerazione dei maggior sforzi sostenuti dagli Enti gestori nell'affrontare l'emergenza COVD 19. La Regione poi annuncia che si rivedranno i percorsi di accreditamento, controllo e di remunerazione delle UO della rete territoriale, si opererà per il superamento della frammentazione delle risposte ai bisogni a garanzia della continuità degli interventi per le attività erogate in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Si prevede un percorso sperimentale di revisione delle rendicontazioni e relativi flussi applicando un "sistema di codifica a DRG modificato" con superamento delle valorizzazioni per intensità di cura, classificazioni o profili di fragilità (CIA, Sosia, SIDI, ecc.).

Allegato B

Fase 2 Servizi dell'area della salute mentale (Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazioni RIA Minori e Case Management, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria.

L'allegato B riporta il testo dell'art 8 del DPCM 26 aprile 2020 che recita specificatamente per la disabilità che la riattivazione dei servizi avvenga attraversi *"Piani Territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori"*

Specificatamente si dichiara che allegato B da attuazione a tale indicazione nei servizi che operano nella sperimentazione RIA minori e Case Management, ma anche estendendole ai servizi della Salute mentale delle Dipendenze.

L'allegato è composto da una parte generale e da quattro sub allegati:

- **Sub – allegato B1 – Fase 2: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e riabilitazione;**
- **Sub – allegato B2 – Fase 2: Sperimentazione RIA Minori e Case Management**
- **Sub – allegato B3 – Fase 2: Psichiatria**
- **Sub – allegato B4 – Fase 2: Dipendenze**

Infine, c'è allegato un **Sub allegato B5 Fase 2: Sanità penitenziaria.**

Nell'economia di questo articolo si evidenziano alcuni aspetti significativi della parte generale mentre nell'allegato 2 all'articolo si rubrica sinteticamente i richiami comuni dei 4 sub allegati, specificando solo alcune differenziazioni significative. Si rinvia ad una lettura integrale degli allegati in particolare il sub allegato 5 sulla Sanità penitenziaria, attesa la specificità del tema.

La Regione precisa che i servizi dall'area della salute mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'infanzia, e dell'adolescenza) della disabilità e delle dipendenze, **costituiscono livelli Essenziali di Assistenza** e quindi si ribadisce che la continuità terapeutica è stata garantita anche nell'emergenza pandemica per ragioni etiche (popolazione con particolare fragilità), per non interrompere cure essenziali per i pazienti e per la rilevanza che i servizi svolgono in un'ottica di sanità pubblica. La fase 2 è definita come periodo di transizione, ma essendo difficilmente definibile a priori la sua durata, le modalità operative che dovranno essere predisposte, sebbene temporanee, costituiscono **modalità di stabilità di funzionamento per operare in sicurezza nel tempo**.

Obiettivo di questo periodo è quello di rimodulare l'attività ordinaria dell'offerta sulla base di quattro presupposti fondamentali: **sicurezza, appropriatezza** (esecuzione dei

trattamenti completi e appropriati che intervengano anche nell'ordinario e non solo nell'urgenza) , **innovazione** (capacità di riformulare l'organizzazione del lavoro e le modalità di offerta dei servizi) , **flessibilità** (capacità di modulare nel tempo, in relazione all'evolversi della situazione, l'organizzazione del lavoro, gli spazi disponibili, gli orari di apertura ecc.).

Alcune considerazioni finali

Di seguito si presentano alcune considerazioni che appaiono particolarmente significative, rinviando ad altri articoli eventuali approfondimenti.

Positivo è che la Regione preveda **il riconoscimento dei maggiori sforzi degli Enti erogatori** nell'affrontare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19. Non è dato di capire con quali modalità ma è importante rilevare che c'è attenzione a quanto il COVID – 19 ha "messo in ginocchio" le U.d.O sociosanitarie.

Pur riconoscendo lo sforzo regionale di formulare indicazioni operative utili all'avvio della fase 2 si può rilevare che la forma degli allegati alla delibera presentano numerose ridondanze a scapito di una lettura più efficace: è mancato un lavoro di sistematizzazione e di razionalizzazione degli elaborati probabilmente provenienti da diversi gruppi di lavoro.

Un'ulteriore differenziazione relativa alla forma, ma che incide sulla sostanza, è costituita dal fatto che l'allegato A assume la denominazione di atto di indirizzo, richiamando la titolazione della delibera, mentre l'allegato B, come esplicitamente dichiarato nella formula " in ottemperanza a tale indicazione", cioè l'art. 8 del DPCM 26 aprile 2020, assume, nella sostanza, la forma di "Piano Territoriale, adottato dalla regione" per l'avvio delle U.d.O dedicati alla disabilità, ma estese anche alla Psichiatria, Dipendenze e Sanità Penitenziaria.

Credo che non sfugga la differenza: **l'allegato A fornisce indirizzi agli Enti gestori, sui quali grava la completa responsabilità di interpretare e applicare le indicazioni** dell'atto d'indirizzo e di tutte le normative nazionali e regionali nello stesso continuamente richiamate. N**ell'allegato B, invece, la responsabilità dei Piani territoriali è della Regione.**

Questa sostanziale lettura del ruolo delle U.d.O sociosanitarie attraversa tutto l'allegato A e sinteticamente si precisa che:

1. **non viene riconosciuto pienamente alle U.d.O sociosanitarie regionali di essere parte integrante del sistema dell'offerta del SSR.** Lo sono infatti in forza dell'autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione previste dalla Regione e in quanto erogatori di prestazioni sociosanitarie a persone non autosufficienti previste dai LEA (art. 20, 21, 22, 29, 30 e 31);

2. si mette “sottotraccia” che **tutti gli interventi di prevenzione, sorveglianza e monitoraggio dell’infezione da SARS CoV 2, sono interventi di sanità pubblica**, afferenti all’art. 2, allegati 1 e art 7 dei LEA, e come tali **di competenza delle ATS, in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione.** Gli Enti gestori sono responsabili dell’erogazione gli interventi sociosanitari in conformità alle indicazioni di accreditamento e di contrattualizzazione che non ricomprendono attività di sanità pubblica. Conseguentemente, non posso essere responsabili dell’implementazione di tali interventi che competono al Dipartimento di prevenzione, il quale, in accordo con gli Enti gestori, è chiamato a dare precise indicazioni operative di sanità pubblica da rispettare e attuare nelle U.d.O sociosanitarie. In sintesi, **non può essere demandata agli Enti gestori la responsabilità di interpretare,** a seguito delle indicazioni generali di prevenzione, sorveglianza e monitoraggio dell’infezione da SARS CoV 2 fornite, quali iniziative specifiche mettere in atto nelle proprie strutture assumendone in toto la responsabilità;

3. un’ultima annotazione riguarda la previsione di procedure di valutazione clinica / monitoraggio propedeutica dell’invio in ospedale previsto per le strutture residenziali e domiciliari. Chi scrive sa bene che l’invio di un ospite anziano particolarmente compromesso in ospedale è una tematica che ha sempre impegnato le strutture in ordine alla possibilità di configurare “un accanimento terapeutico”. Ma il **dispositivo della delibera, previsto per eventi acuti non correlabili al COVID 19, va ben oltre alla valutazione di accanimento terapeutico: si prevede una valutazione di proporzionalità e appropriatezza che tenga conto delle DAT del paziente**. Si tratta di una valutazione squisitamente sanitaria che **chiama in causa aspetti etici non demandabili alla determinazione della singola struttura**. È chiaro che si tratta di ragionare sul fine vita, previsto nei LEA a totale carico della sanità, e ci si chiede: per l’attivazione delle garanzie dei LEA è la condizione del paziente che deve essere considerata o il luogo dove tale condizione si realizza? **A parere dello scrivente è la condizione del paziente, ovunque si trovi, ad attivare la garanzia dei LEA** perché il trasferimento in un hospice per la gestione del fine vita di un anziano che in RSA ha costruito relazioni sociali non avrebbe alcun senso. Quindi **è ora di riconoscere alle RSA, per il tempo rapportato al fine vita, l’assistenza a totale carico della sanità, con tutte le implicazioni del caso.**

In conclusione, richiamando anche le indicazioni contenute nel paragrafo di Revisione delle modalità di rendicontazione e relativi flussi, i tempi erano maturi (e oggi dopo la pandemia la questione è ancora più urgente) per **definire che cosa debba essere una RSA e conseguentemente per declinarne la sua collocazione nella rete dei servizi** sanitari e sociosanitari del Servizio sanitario regionale.

[1] Se è presente, o comunque abbia uno specifico profilo di competenze per il coordinamento degli interventi di pianificazione e. monitoraggio delle soluzioni organizzative più appropriate e sensibili per la prevenzione e controllo di COVID-19). Interessante la previsione del possibile ricorso a consulente esterno in condivisione con differenti Enti gestori

[2] Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento sono comunemente definite "testamento biologico" o "biotestamento", e sono regolamentate dall'art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

Allegati

- Allegato 1
- Allegato 2

I servizi sociali di fronte alla crisi

Atti e normative

Buoni spesa: come ci si organizza in Lombardia?

di Valentina Ghetti

2 Luglio 2019

Temi > Povertà, Emergenza COVID-19

Una ricognizione sui primi avvisi pubblicati dai Comuni a seguito dell'Ordinanza 658 della Protezione Civile che ha stanziato, a livello nazionale, 400 milioni per il sostegno alimentare. Come si distribuiscono le risorse, a quanto ammontano i buoni, quali modalità per richiederli e a chi sono rivolti? La rassegna prende in considerazione i primi avvisi pubblicati sui siti istituzionali dei comuni e prova a segnare le principali linee di tendenza in regione.

L'Ordinanza

Come noto, per affrontare le conseguenze economiche generate dall'attuale emergenza sanitaria, al fine di sostenere le famiglie nell'acquisto di beni di prima necessità e contenere episodi di disordine pubblico, il Ministero dell'Interno, per il tramite della Protezione Civile, ha stanziato risorse aggiuntive destinate ai Comuni e finalizzate all'emanazione di misure urgenti di solidarietà alimentare. L'Ordinanza 658 del 29 marzo 2020, stanzia 400 milioni il cui riparto è basato per l'80% sulla base della popolazione residente, mentre il 20% in relazione alla distanza tra il valore del reddito pro-capite di ciascun comune e il valore medio nazionale, ponderato sulla popolazione (dati reddituali 2017).

Le risorse sono destinate nello specifico all'erogazione di buoni spesa utilizzabili presso gli esercizi commerciali contenuti nell'elenco pubblicato da ciascun comune nel proprio sito istituzionale o anche per l'acquisito diretto di generi alimentari o prodotti di prima necessità. I Comuni possono avvalersi della collaborazione degli enti del Terzo settore, per l'acquisizione e la distribuzione dei beni, e possono coordinarsi con i gli enti già attivi nel programma operativo FEAD.

L'ordinanza richiama il ruolo dei servizi sociali dei Comuni nell'identificazione della platea e del beneficio, indicando quale priorità i nuclei più esposti agli effetti dell'emergenza e che non percepiscono altre misure di sostegno pubblico.

Quanto stanziato in Lombardia

Alla Lombardia sono stati assegnati 55,9 milioni. Milano ovviamente è la provincia che riceve di più, 17,3 milioni di cui però 7,3 alla sola città di Milano. Seguono le province di Brescia, Bergamo e Varese, tra i 7 e 5 milioni di euro. Sondrio è quella con il contributo inferiore, pari a poco più del milione.

Oltre la metà dei comuni lombardi riceve anche la quota b) del contributo, quella riferita ai redditi pro-capite, ma con grande variabilità interna. Ci sono province come Mantova e Sondrio in cui tale percentuale sale a oltre l'80%, mentre a Milano e Monza Brianza è sotto il 10%.

Tab. Distribuzione risorse Ordinanza per provincia

Provincia	Contributo spettante	% di comuni con quota b)
BERGAMO	6.265.901,8	71,5
BRESCIA	7.352.180,5	78,5
COMO	3.414.255,8	53,4
CREMONA	1.976.437,6	72,6
LECCO	1.810.385,7	20,0
LODI	1.531.812,5	53,3
MANTOVA	2.353.311,4	85,9
MONZA E BRIANZA	4.611.918,8	5,6
MILANO	17.336.690,7	6,0
PAVIA	3.004.207,0	66,7
SONDRIO	1.097.183,6	84,4
VARESE	5.113.244,3	47,8
TOTALE REGIONALE	**55.867.529,71**	**57,4**

Come si stanno organizzando i Comuni?

All'uscita dell'ordinanza, Anci Lombardia ha prodotto Linee guida a supporto dell'attuazione e specifica modulistica in merito agli atti amministrativi da produrre (fac simile delibera di giunta, modello di domanda…).

In questi giorni le Amministrazioni comunali sono state impegnate a produrre gli avvisi e organizzare le modalità operative per distribuire i buoni. Diversi comuni, ad una

settimana dall'uscita dell'ordinanza, sono pronti a partire. Abbiamo raccolto alcune delle prime esperienze rese pubbliche dai siti web delle amministrazioni e ne abbiamo fatto una lettura comparativa, per evidenziare le principali tendenze.

Cosa si finanzia e quanto

Sembra **prevalere l'orientamento all'acquisto di buoni spesa**, anche nella forma di card elettroniche prepagate, di diverso taglio, acquistate direttamente dagli esercizi commerciali (spesso soggetti della grande distribuzione) ma talvolta anche nella forma di buoni cartacei autoprodotti dal Comune (Concorezzo).

Decisamente raro, sino ad ora, pare il ricorso ad acquisto diretto di derrate, tranne che per le amministrazioni che hanno scelto la modalità del potenziamento pacchi viveri, rafforzando la collaborazione con gli enti che già operano sul territorio in tal senso (Paderno D.).

L'ammontare dei buoni è generalmente calibrato sul numero di componenti e, per quanto osservato, **varia da un minimo di 150 euro per famiglie con un solo componente sino ad un massimo di 600 euro per famiglie numerose**. Qualcuno prevede quote aggiuntive in relazione alla presenza di particolari condizioni, come ad esempio minori nella fascia 0-3 anni o la presenza nel nucleo di persone con disabilità/non autosufficienza.

Considerando un importo medio di 300 euro, in considerazione della composizione media delle famiglie in regione, il contributo una tantum per **il sostegno alla spesa potrebbe raggiungere il 4% circa delle famiglie lombarde**.

Platea e modalità di erogazione

Ovunque il riferimento per l'accesso al buono è la **condizione di peggioramento della situazione economica in relazione alla situazione di emergenza, più o meno dettagliata, a seconda degli avvisi**.

Il dettaglio talvolta è riferito alla specifica della condizione (es. perdita del posto di lavoro; sospensione o riduzione dell'orario di lavoro; cessazione o riduzione delle entrate dell'attività professionale autonoma; riduzione entrate derivante da altre forme di lavoro poco garantite); in altri casi è riferito alla quantificazione stessa del valore della riduzione delle entrate familiari, a causa dell'emergenza (Canegrate). In molti casi condizione di accesso è il **patrimonio mobiliare liquido disponibile, le cui soglie sono variabilmente fissate, dai 3.000 ai 10.000 euro, con soglia prevalente a 5.000 euro**.

Ci sono poi casi specifici che pongono condizioni particolari come ad esempio il fatto di non possedere abitazioni diverse dalla prima casa e poste in locazione (Brescia) o altre che assumono l'indicazione prioritaria dell'ordinanza come elemento di vincolo all'accesso ponendo come requisito il fatto di non aver percepito contributi economici pubblici nel corso del 2020 o essere destinatari di ammortizzatori sociali (Erba). Talvolta è fatta però eccezione per i beneficiari di misure di sostegno, come ad esempio il Reddito di cittadinanza, per cui la misura è decaduta o sospesa, oppure il cui importo è esiguo (Brescia).

Poi ci sono le **condizioni di priorità per l'accesso al buono, che spesso sono riferite alla presenza di particolari fragilità: nuclei con figli, nuclei numerosi, monoparentali, monoreddito, con disabilità o non autosufficienza**.

Data l'urgenza dell'erogazione di queste risorse, la modalità prevalente sembra essere l'**erogazione a sportello, mediante domanda con autocertificazione dei requisiti e dunque con possibilità di invio continuo**. L'invio privilegiato è quello telematico (e-mail), senza escludere la consegna diretta o anche la richiesta per sola via telefonica (Bergamo) o mediante whatsapp (Lissone). Interessante notare che ci sono realtà per cui la consegna della domanda non avviene solo presso il comune ma anche in altri punti, come ad esempio le parrocchie, a testimoniare un lavoro di raccordo sul sostegno alimentare che deriva da consolidate collaborazioni pregresse (Paderno D.). Così come è da segnalare la valorizzazione di realtà di distribuzione della spesa nate in questi anni, anche in connessione a progetti di welfare comunitario, come gli Empori solidali e che sono stati considerati tra gli "esercenti" selezionati, con particolare attenzione per nuclei particolarmente fragili.

Prime impressioni

Le prime evidenze che ci arrivano dai Comuni è che, anche in Lombardia, a seguito dell'emanazione dell'ordinanza, gli uffici dei servizi sociali hanno ricevuto numerosissimi contatti da parte dei cittadini (è notizia della stampa che Bergamo, al primo giorno di emissione dell'avviso, ha contato 500 telefonate) a testimonianza che il bisogno è presente e significativo.

La necessità di fare in fretta ha orientato i comuni a prevedere procedure snelle, basate su autodichiarazioni, e **sarà molto importante presidiare ciascun contatto con almeno un colloquio telefonico da parte degli assistenti sociali, non tanto e non solo per verificare la veridicità di quanto dichiarato – a cui risponderanno prevalentemente i successivi controlli – ma quanto piuttosto per rilevare la presenza di situazioni di bisogno e di necessità ulteriori**.

Notiamo poi che l'urgenza data dalla condizione di emergenza pare aver orientato i Comuni a muoversi in autonomia, senza coordinare più che tanto le scelte a livello di

ambito. **Sono rari infatti i casi per cui emerge chiaramente un coordinamento sovracomunale nella definizione e nei requisiti posti dagli avvisi o addirittura nella gestione d'ambito nell'erogazione dei buoni** (Sondrio). Anche in contesti "avanzati", in cui l'integrazione sovracomunale, soprattutto in tema di regolazione del sistema di interventi e servizi sociali, è una prassi assodata, si sono riscontrate difficoltà nel coordinamento. Con tutta probabilità hanno influito sia il carattere di urgenza del momento come anche la particolare esposizione politica.

E per rimanere in tema di coordinamento è da segnalare come, in queste settimane, ancor prima dell'emanazione dell'ordinanza, sono state molte le mobilitazioni locali che hanno riguardato forme di sostegno alimentare. In tanti territori si è visto il potenziamento dell'intervento degli enti caritativi per la distribuzione dei pacchi viveri o anche l'emergere di iniziative spontanee come la "spesa sospesa" in collaborazione con gli esercenti locali. I buoni spesa dunque si inseriscono in questo tipo di contesto, su cui è certamente auspicabile, a livello locale, un lavoro di raccordo.

Nel territorio

L’impegno degli ambiti territoriali nell’emergenza

L’esperienza delle Unità Territoriali per la gestione dell’Emergenza Sociale della bergamasca

di Valentina Ghetti

9 Aprile 2020

Temi > Programmazione e governance, Emergenza COVID-19, Piani di zona

L’articolo espone l’esperienza degli ambiti della bergamasca che hanno organizzato 14 Unità Territoriali per la gestione dell’emergenza, in collaborazione con ATS e Protezione civile. Un’importante supporto ai servizi sociali dei Comuni, nella gestione dell’informazione, nel potenziamento dell’assistenza ai cittadini fragili e nella logistica.

La provincia di Bergamo è una delle aree maggiormente colpite dall’emergenza sanitaria che stiamo vivendo a causa della diffusione del COVID-19. Un’emergenza sanitaria che porta con sé inevitabili risvolti sociali, legati all’assistenza della popolazione isolata, a partire da quella in condizioni di maggior fragilità.

In questo territorio il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, l’organo di rappresentanza di tutti i Sindaci dei 243 comuni della bergamasca, in accordo con ATS e Protezione civile, ha dato vita alle UTES – Unità territoriali per la gestione dell’emergenza sociale. **Si tratta di 14 Unità sovra comunali, in ognuno degli Ambiti distrettuali, gestite dalle Assemblee dei Sindaci degli Ambiti Territoriali/distrettuali e dai loro Uffici di Piano, coordinate da Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e da ATS Bergamo, per il tramite dell’Ufficio Sindaci**. Nel progetto si esplicita chiaramente che si è pensato agli Uffici di Piano in quanto *“strutture istituzionali e tecniche già da vent’anni strutturate in dimensione sovra comunale, in virtù della Legge 328/00 e della Legge regionale 3/2008, per la programmazione sociale in forma associata nei Piani di Zona”.*

Si tratta dunque di **realtà sovra comunali a supporto dei servizi sociali comunali nella gestione dell'attuale situazione di emergenza, che offrono sostegni concreti ai Comuni, soprattutto in riferimento al flusso consistente di pazienti dimessi dagli ospedali e ai servizi domiciliari.**

Il punto di partenza è stata infatti l'osservazione che il passaggio dei malati Covid-19 in dimissione dagli ospedali, e il loro ritorno sul territorio, avrebbero esposto al rischio di mettere sotto stress il sistema dell'assistenza sociale territoriale. Come ha dichiarato Iorio Riva, Sociologo Dirigente dell'Ufficio Sindaci di ATS Bergamo, incaricato di coordinare le nascenti Unità Territoriali *"i numeri sono seri e questo ci impone di ragionare su quale sia la strategia migliore da adottare per arrivare preparati a quel momento. Servono canali robusti per quando questa diga di protezione verrà aperta, altrimenti il rischio è che anche il nostro sistema sociale venga messo in seria difficoltà come è accaduto al servizio sociosanitario".*

Da qui, l'istituzione delle UTES per garantire sostegno a chi ha necessità di ricevere assistenza al proprio domicilio o presso Servizi del territorio.

Come operano nel concreto le UTES

Le UTES forniscono un supporto di tipo sociale ai C.O.C., i Centri Operativi Comunali che i Comuni hanno attivato su indicazioni della Prefettura per gestire l'emergenza sanitaria, in particolare su tre fronti.

Il primo è quello dell'**attività di informazione ai cittadini**, per veicolare messaggi corretti e mettere in rete i contatti dei singoli comuni. Questo è stato fatto in alcuni casi prevendendo l'attivazione di un call center centralizzato a livello d'ambito, dedicato all'emergenza (es. Bergamo); in altri rafforzando la condivisione dei contatti dei singoli Comuni e predisponendo FAQ d'ambito per uniformare le risposte degli operatori ai cittadini sui diversi aspetti legati all'emergenza. In questa direzione, alcune UTES stanno offrendo anche servizi telefonici dedicati all'ascolto e sostegno (anche in lingua straniera e durante il week end), alcuni di questi, in collaborazione con il terzo settore, dedicati a specifici target (adolescenti/giovani, famiglie con persone con disabilità…).

Complessivamente ad inizio aprile si contavano già più di 10.000 contatti telefonici.

Il secondo, il **sostegno alla fragilità** con particolare riferimento alla presa in carico e gestione dei bisogni sociali delle persone Covid-19 dimesse dagli ospedali e gestione di un servizio domiciliare sociale di supporto per la persona e la sua famiglia, in particolare per le situazioni di estrema fragilità. Si tratta in questo caso innanzitutto del potenziamento dell'assistenza domiciliare territoriale (SAD/SADH) ma anche del rafforzamento nella gestione dell'integrazione con l'area socio-sanitaria (aziende

ospedaliere, ADI Covid, ADI Hotel per la residenzialità protetta). In diversi casi tale sostegno sta comportando anche il rafforzamento dei servizi di consegna pasti, spesa e farmaci a domicilio, acquisto di generi alimentari per le persone in difficoltà economica, trasporto sociale. Su questo fronte si contano nel primo mese più di 3.500 interventi domiciliari (SAD, pasti, spesa, ritiro farmaci e commissioni, trasporto, assistenza educativa…)

Infine il **supporto alla logistica**, principalmente per la distribuzione dei Dispositivi di Protezione individuale (DPI) alle persone in isolamento domiciliare obbligatorio, agli operatori sociali e di volontariato impegnati nell'assistenza sociale alle persone. Le UTES sono state però coinvolte anche in altre delicate attività come ad esempio l'allocazione logistica e consegna di bombole d'ossigeno a domicilio, per garantire una presenza di bombole omogenea sul territorio da utilizzare in situazioni di emergenza, in accordo con ATS, Protezione Civile, Carabinieri e Federfarma. Si contano più di 100.000 DPI distribuiti alla rete dei Comuni (di cui 70.000 mascherine).

Come tipico degli Uffici di piano, le UTES sono anche **uno snodo importante rispetto al lavoro di rete sul territorio**:

- la rete comunale, del Terzo settore e del volontariato per la co-progettazione e l'erogazione dei servizi di assistenza
- la rete della medicina di territorio (MMG) per disponibilità ad attivazione UTES sul bisogno sociale rilevato;
- la rete della residenzialità protetta (HOTEL) per condivisione del bisogno di sorveglianza sociale a bassa intensità assistenziale prima del rientro al domicilio;
- la rete domiciliare (ADI COVID) per integrazione tra le attività di "cura" sociale (igiene casa, personale…) e quelle di assistenza domiciliare integrata;
- la rete digitale (Programma Informatico) per interoperabilità dei dati tra i diversi sistemi e la CSI – Cartella Sociale Informatizzata – già in uso ai servizi sociali comunali.

Un aspetto interessante di questa "operazione" è anche il modo con cui si è data sostenibilità economica al progetto. Il progetto delle UTES è sostenuto infatti con risorse pubbliche, della Conferenza dei Sindaci, ma anche private, raccolte grazie all'impegno della Fondazione della Comunità Bergamasca con il lancio della campagna di fundraising, di un fondo specifico #sosteniAMObergamo, che ad oggi ha raccolto una disponibilità pari a circa 500.000 Euro.

A questo proposito Enrico Fusi, vicepresidente della Fondazione Comunitaria, sottolinea come l'impegno della Fondazione derivi dalla volontà di avviare *"un'azione di sostegno a tutto il sistema per garantire la continuità dei livelli essenziali di*

assistenza. Con #sosteniamobergamo vogliamo dare un concreto segnale di vicinanza e di supporto al lavoro straordinario dei sindaci e di tutti gli amministratori. Oggi più che mai possiamo cogliere l'importanza del lavoro delle nostre istituzioni locali, direttamente chiamate ad affrontare situazioni di emergenza personali e familiari dei loro cittadini".

Un'esperienza importante

La mobilitazione degli ambiti della bergamasca è un segnale importante. In queste prime settimane di gestione dell'emergenza, la grande urgenza che ha travolto i territori, alcuni più di altri, ha spesso portato in secondo piano il tema del raccordo sovracomunale. Lo abbiamo per esempio evidenziato sul fronte della gestione della partita dei buoni spesa legata alla solidarietà alimentare, con evidenti ricadute in termini di equità territoriale. I passi avanti in termini di regolazione omogenea a livello d'ambito nell'urgenza del momento rischiano di saltare. Bergamo, con la sua storica e solida esperienza di coordinamento a livello sovracomunale, mostra una strada diversa, utile e possibile da perseguire.

Nel territorio

Di fronte alla crisi: #diamo metodo al fare

Intervista a Licia Tassinari, Dirigente Area Sviluppo di Comunità Comune di San Donato Milanese

a cura di Alice Melzi

12 Giugno 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, Disabili, Emergenza COVID-19, Famiglia e minori, Povertà, Servizio sociale, Terzo settore, Volontariato

Come i servizi sociali stanno rispondendo alla crisi? In questo contributo, l'esperienza del servizio sociale territoriale del comune di San Donato Milanese. Fatiche, scoperte e apprendimenti. La scommessa di questa pandemia? Fare con metodo.

Rispondere all'emergenza. Cosa ha comportato per il servizio sociale territoriale?

Questo periodo di emergenza ha messo il servizio sociale di fronte ad importanti e repentini cambiamenti su tutti i fronti: dalla riorganizzazione del personale, degli spazi e delle sedi di lavoro, alla rimodulazione di attività, azioni e interventi professionali in risposta ai bisogni, al modo di lavorare con le singole persone, la comunità e con gli altri attori del territorio.

Il venir meno di uno dei pilastri principali su cui si è sempre tradizionalmente basato il servizio sociale, "la relazione diretta e in presenza" unitamente alla moltitudine di provvedimenti e nuove disposizioni cui stare al passo sono sicuramente tra le principali sfide.

"Diamo metodo al fare" è il motto collegato in particolare a "ViVo" (Vicino Volontario), un nuovo progetto che è stato avviato con alcune realtà associative del nostro territorio per rispondere alla crisi, ma che rappresenta molto bene, secondo me, la scommessa cui è stato chiamato non solo il servizio sociale territoriale, ma l'intero sistema di welfare e la comunità tutta.

Come sono stati riorganizzati i servizi e le attività?

Tutti i servizi sono stati rimodulati, nessuno è stato sospeso. Non potendo parlare di tutti, mi soffermo su alcuni.

L'attività di segretariato sociale è stata tra le prime ad essere riorganizzata – considerato che rientra tra i servizi essenziali da garantire ai cittadini – in modalità "a distanza", modalità di relazione che fino ad oggi sono sempre state scarsamente considerate dagli assistenti sociali. Prima dell'emergenza, alle telefonate o mail con richieste di informazioni o segnalazioni, seguiva la prassi di invitare la persona a presentarsi negli orari e nei giorni stabiliti. Lo sportello di segretariato sociale aperto 6 ore la settimana, è stato rimodulato in sportello telefonico 3 ore al giorno per 15 ore la settimana. All'inizio anche i cittadini hanno mostrato disorientamento rispetto alla situazione generale e al cambiamento richiesto che ha stravolto le abitudini quotidiane e di accesso ai servizi; nelle settimane a venire, con il consolidamento e la diffusione della nuova modalità di gestione del servizio gli accessi sono aumentati.

Un'altra area di cambiamento molto calzante a proposito di "diamo metodo al fare" riguarda gli anziani. Il centro diurno assistenziale e il centro diurno Alzheimer, gestiti a livello comunale sono stati chiusi in questo periodo. Il personale ha continuato a garantire gli interventi domiciliari a favore delle persone anziane accolte negli appartamenti protetti comunali collegati a tali centri. Fin da subito è stato avviato anche un monitoraggio telefonico costante con le famiglie degli anziani frequentanti i centri – che si sono trovate da un giorno all'altro, senza preavviso, ad un aumento importante del carico di cura sulle proprie spalle – da cui è emersa la necessità di attivare un supporto psicologico, di realizzare delle attività occupazionali e di stimolazione cognitiva a distanza per mantenere attivi relazioni e legami. Lo stesso personale, inoltre, è stato coinvolto nell'attivazione e gestione di numeri di pubblica utilità assieme a Croce Rossa e Protezione Civile per consegna spesa, farmaci e pasto caldo al domicilio. Inizialmente il servizio è stato pensato per gli over 65 soli cui era richiesto di non uscire di casa; successivamente il servizio è diventato un riferimento anche per le persone in isolamento domiciliare fiduciario o perché Covid positivi. Questo frangente ha voluto dire confrontarsi, attraverso l'ascolto e il dialogo, con una dimensione di vita "nuova" sia per i cittadini che per gli operatori, densa di tanti interrogativi, preoccupazioni e anche paura. L'assistente sociale svolge un ruolo molto importante di orientamento e di valutazione. All'inizio le telefonate erano molto numerose e varie. Per gestire le richieste, oltre a Croce Rossa e Protezione Civile con cui siamo parte del Comitato Operativo Comunale, le attività di consegna spese sono state realizzate anche da un nutrito gruppo di giovani volontari (50) che hanno aderito ad una call per la sottoscrizione di patti di collaborazione promossa dall'Infogiovani assieme con i servizi Politiche Giovanili e Partecipazione.

Tra le attività dell'area adulti, quella che ha richiesto maggior impegno è stata la gestione dei buoni spesa a seguito dell'ordinanza n. 658 della Protezione Civile. Nel giro di 14 giorni si è resa operativa la misura: approvazione delle linee guida, implementazione della piattaforma digitale per le richieste, raccolta e valutazione delle domande, definizione accordi con rete commerciale anche con eventuale ulteriore scontistica, stampa e distribuzione dei buoni. L'amministrazione ha deciso criteri e requisiti ampi e questo, a mio avviso, è servito per rispondere al bisogno economico alimentare presente in molte famiglie in modo tempestivo e ad intercettare molte situazioni nuove fragili, target diverso da quello tradizionale del servizio sociale. Abbiamo rilevato che le famiglie più in difficoltà per la diminuzione di reddito sono quelle con minori, con membri che lavorano nel campo della cura sia in regola che in nero, nel settore della ristorazione (es. mense aziendali, abbiamo diverse realtà sul nostro territorio) e nel commercio.

Volontariato e associazionismo. Parliamo del progetto "ViVo" che ha accennato all'inizio e che ha dato vita a "#diamo metodo al fare"…

Tutto è partito dalla manifestazione di disponibilità da parte di alcune associazioni del territorio di rendersi utili per la comunità, in particolare quelle che non hanno più potuto svolgere le attività di volontariato legate alla propria "mission". Ad es. AVO (associazione volontari ospedalieri), Caritas e Banco di Solidarietà, AICCA (associazione italiana cardiopatici congeniti adulti) che hanno dovuto chiudere le proprie sedi e gli sportelli di ascolto, e Croce Rossa

Dalla domanda "che cosa possiamo fare assieme?", che all'inizio ci ha un po' colto alla sprovvista, **è nato un percorso di coprogettazione tra comune e 6 associazioni del territorio, che ha dato origine al progetto "ViVo" (Vicino Volontario):** diventare antenne e ripetitori di messaggi di solidarietà in modo diffuso su tutto il territorio, svolgendo la propria attività dove si vive (nel condominio, nel proprio quartiere, nella sua via,…). Ad es. è stato creato un telefono amico per l'ascolto, ci si è attivati sul bisogno alimentare con la consegna dei pacchi alimentari al domicilio, sul bisogno dei bambini di avere internet per fare la didattica a distanza, con i giovani è stato avviato un progetto di coach informatico…

L'amministrazione comunale ha deciso di investire su questo progetto e ha deciso di avvalersi di un supporto esterno per formazione e supervisione, chiedendo alla cooperativa sociale Dialogica di **accompagnare gli operatori del servizio sociale professionale e il volontariato a dialogare e cooperare mettendosi a disposizione della comunità in modo diverso da prima della crisi contribuendo all'incremento della coesione della comunità stessa**.

E’ un progetto molto interessante che sta impegnando il servizio sociale e il volontariato con modalità nuove. Si stanno sviluppando molto le relazioni anche tra i diversi settori del comune (servizi sociali, politiche giovanili e settore partecipazione e comunicazione).

Utenza del servizio sociale: chi ha risentito di più della crisi?

Penso che l’utenza più penalizzata e “meno vista” in questa emergenza sanitaria siano i bambini e i ragazzi. Se questo vale in linea generale, certamente le situazioni inserite in percorsi di tutela hanno ancor più risentito del venir meno della “relazione diretta e in presenza”. Solo un accenno, ma il tema richiederebbe un approfondimento, è relativo agli effetti della chiusura delle scuole e della didattica a distanza su alcune situazioni di fragilità o di fatica delle famiglie, nonché di difficoltà relazionali.

Anche le persone disabili hanno risentito molto assieme alle proprie famiglie che si sono ritrovate ad assumere su di sé un importante carico di cura. Da una parte, a seguito delle chiusure dei centri, diversi enti gestori del nostro territorio, secondo il nostro punto di vista, hanno avuto molta difficoltà a ripensare la rimodulazione dei servizi. L’art 48 del Decreto Cura Italia ha fatto emergere un atteggiamento spesso “attendista” da parte di alcuni enti gestori, comprensibile da un certo punto di vista considerando l’incertezza data dalle spesso confuse indicazioni per la sicurezza, ma che ha contribuito a far luce su un sistema troppo improntato, a mio parere, sulla standardizzazione dell’erogazione. Dall’altra parte le famiglie hanno manifestato molta paura per il rischio di contagio a far uscire i propri figli sul territorio e a far riattivare qualche contatto. Con alcune associazioni a favore dell’autismo abbiamo iniziato ad avviare dei ragionamenti per attivare degli interventi educativi domiciliari finalizzati a far uscire i ragazzi da casa, ma il fattore “tempo” e la poca chiarezza delle disposizioni ed indicazioni riguardo a come svolgere tali attività garantendo la tutela dei ragazzi e dei lavoratori, sono stati determinanti ostacoli.

Sempre pensando all’utenza, ci sono “scoperte” positive?

Si, pensando sempre ai minori e alle persone con disabilità, accanto a grosse fatiche abbiamo anche riscontrato importanti ricchezze.

Nel Comune di San Donato, il servizio Minori e Famiglia, inserito nell’ambito delle Politiche Giovanili e gestito mediante un appalto di servizi con la Coop. Arti e Mestieri Sociali, è articolato in team tutela e team comunità, che si occupa – in modo molto sintetico – di prevenzione, di promozione della salute ed emancipazione dalla tutela. **Questo secondo team ha lavorato moltissimo in questo periodo per mantenere attivi i legami e le relazioni con i ragazzi e la comunità attraverso i propri**

progetti rimodulati in digitale, come ad es. una radio con i ragazzi, il sostegno ai compiti sempre a distanza, lo sportello pedagogico per i genitori, lo sportello psicologico, gli incontri organizzati a distanza per l'orientamento scolastico. Tutte azioni che hanno riscontrato una forte adesione, partecipazione e attivazione sia da parte dei ragazzi che delle proprie famiglie.

Nell'area disabili, si è rilevata molto positiva la didattica a distanza con gli educatori dell'assistenza educativa scolastica (AES) proposta da AIAS Milano onlus. Su 141 ragazzini, hanno aderito 139 con grande soddisfazione da parte di tutti. **Famiglie, scuola e ragazzi si sono mostrati aperti alla nuova modalità di rimodulazione del servizio a distanza e a "ridisegnare" la relazione.** Non è affatto scontato aprire virtualmente le porte di casa propria entrando in una relazione di maggior prossimità e "intimità" riguardo dinamiche, abitudini, propri spazi. Spero che il rovescio della medaglia di questo dato molto positivo non sia la scelta, a settembre, quando le scuole riapriranno con presenza contingentata, di lasciare a casa questi ragazzi proseguendo con modalità a distanza, considerata la difficoltà di gestione a scuola già in tempi ordinari. Sento forte questo rischio, ma spero sia solo un brutto presentimento.

E' partita la Fase 2 dell'emergenza. Come vi state riorganizzando? Quali servizi restano ancora sottodimensionati?

La priorità massima in questi giorni riguarda l'organizzazione delle attività estive per bambini e ragazzi. Su questo fronte l'amministrazione comunale sta investendo molto anche mettendo a disposizione risorse aggiuntive per creare un patto territoriale con le realtà del territorio: servizi sociali, servizi educativi, servizi di istruzione, oratori, associazioni sportive, associazioni culturali…

Pian piano ci si sta organizzando anche per far ripartire con gradualità i servizi per gli anziani. Il centro diurno Alzheimer è ancora chiuso. Per il momento abbiamo riattivato il servizio di ristorazione collettiva, in modo da favorire, pur mantenendo il distanziamento sociale, l'incontro e l'uscita delle persone anziane dallo stato di isolamento. Stiamo valutando anche di riaprire alcune attività all'aperto per i disabili. Lo sportello di segretariato sociale per tutto il mese di giugno resterà in modalità telefonica, con possibilità di colloquio di approfondimento su appuntamento per le situazioni più fragili. Le richieste per consegna spesa, farmaci e pasto caldo al domicilio, si sono ridotte molto.

Prosegue il progetto "ViVo" con le associazioni del territorio.

Stiamo mantenendo alta anche l'attenzione sul tema del bisogno alimentare. L'amministrazione ha intenzione in questa fase 2 di attivare diverse iniziative a favore della ripresa e del sostegno alla comunità. Due misure in particolare coinvolgono i servizi sociali: l'attivazione, con risorse proprie, di buoni spesa fino ad

agosto/settembre 2020 e la destinazione dei proventi della raccolta fondi solidale promossa dall'Amministrazione Comunale a contributi alle attività produttive locali finalizzati all'assunzione di persone che hanno perso il lavoro a causa dell'emergenza sanitaria.

Quali sono state le principali fatiche incontrate?

"Stare al passo" con tutti i provvedimenti e le disposizioni che quasi quotidianamente sono state adottate, spesso poco chiare e richiestive di un grosso investimento da parte del servizio per potervi adempiere. Questa situazione di emergenza ha fatto emergere in modo molto evidente criticità del nostro sistema di servizi già note: rigidità, complessità e burocrazia… che non consentono di essere tempestivi. **Il nostro sistema di servizi è talmente articolato, complesso, spesso farraginoso, che quando ci si è attivati, il bisogno è finito.** Per citare un es., le linee guida per riaprire i giardini pubblici dispongono la pulizia almeno una volta al giorno dei giochi per bambini. La nostra amministrazione è riuscita ad adempiere solo attivando una ditta esterna, non siamo riusciti ad attivare i PUC o altri progetti legati al reddito. A volte abbiamo un sistema estremamente rigido con risorse rigide che a volte non riusciamo ad utilizzare.

Un'altra criticità riguarda l'imposizione di misure e interventi dall'alto che rischiano di essere poco efficaci a rispondere a bisogni che assumono connotazioni peculiari in ogni territorio. A mio parere, manca la territorializzazione. Capisco l'esigenza di emanare misure universalistiche (es. reddito di emergenza,…) ma, ritengo nello stesso tempo importante, che vengano destinare risorse ad hoc ai territori per rispondere alle caratteristiche peculiari di ciascuno.

Altra grossa fatica che abbiamo riscontrato è stato garantire i servizi indifferibili a contatto diretto con le persone per l'assenza dei DPI e lunghi tempi di definizione di linee guida e protocolli. Ne hanno risentito molto di questa situazione in particolare i servizi SAD, ADI e anche ADI-COVID (la nuova tipologia di prestazioni introdotta proprio per rispondere ai bisogni sociosanitari di questa emergenza). La fatica deriva anche dalla difficoltà di orientamento tra tutte le disposizioni e di costruire delle prassi utili ed efficaci fra tutti gli attori coinvolti. **L'emergenza ha messo in luce il critico aspetto dell'integrazione sociosanitaria nei territori.** La gestione domiciliare dei pazienti covid ne è un esempio lampante. La nostra amministrazione ha promosso un tavolo di confronto quindicinale tra MMG e PLS con finalità di monitoraggio sui dati Covid e di confronto sulla situazione. Un'iniziativa interessante e innovativa promossa dal territorio. I MMG rappresentano infatti uno snodo fondamentale del sistema dell'integrazione socio sanitaria, non solo in questo periodo.

In questi giorni la fatica che ci sta mettendo a dura prova dopo tre mesi di cambiamenti e riorganizzazioni **è la stanchezza** e ci stiamo chiedendo quanto durerà ancora questa emergenza. Si vedono sicuramente miglioramenti ma la strada è ancora lunga.

Quali apprendimenti per il futuro pensa di poter trarre da questo difficile periodo?

Il paradosso che per certi aspetti abbiamo sperimentato in questo periodo è che **il distanziamento forzato, ha spinto tutti ad uscire dal proprio isolamento e dalla propria autoreferenzialità**. Siamo stati privati della nostra ordinaria attività e nella straordinarietà della situazione, caratterizzata anche da confusività delle norme e delle indicazioni, siamo stati costretti ad uscire dalle nostre prassi tradizionali e consolidate che ci davano garanzia e sicurezza e abbiamo costruito prassi innovative, nuove soluzioni e sperimentato un nuovo modo di lavorare. Credo che da questa situazione non si tornerà più indietro. Nelle prime settimane dicevamo "quando torneremo alla normalità" inteso come "tornare allo stato precedente della pandemia", ora stiamo andando alla ricerca di un nuovo assetto di normalità.

Stiamo vivendo una fase di grande stimolo e di grande ripensamento professionale, dalla quale, mi auguro, possiamo cogliere l'occasione anche di ripensare in modo complessivo il sistema di servizi. **"#diamo metodo al fare", coglie a pieno, secondo me, la scommessa di questo periodo che richiede molto fare, "fare con metodo". Il pensiero è molto importante, ma questa situazione ci ha insegnato che il pensiero si costruisce anche con l'azione**. La pandemia non ci ha dato possibilità di "analizzare – pensare – fare". Ci siamo trovati a dover "fare subito", a prendere decisioni anche sbagliando, a gestire in modo repentino la realtà e il cambiamento … l'esperienza crea il metodo che diventa un apprendimento continuo. Penso che questo sia il principale insegnamento di questa crisi che tutti dobbiamo fare nostro. Continuare a ricercare il metodo per fare che forma il nostro modo di lavorare.

Apprendimenti e priorità per il welfare

Punti di vista

Il territorio abbandonato. Covid, politiche regionali e cure primarie

Un contributo di Giuseppe Belleri, MMG a Flero (BS) e animatore di formazione SIMG

a cura di Rosemarie Tidoli

24 Aprile 2020

Temi > Programmazione e governance, Emergenza COVID-19, Presa in carico

L'Autore, medico di medicina generale nel bresciano, propone alcune riflessioni sulla sanità territoriale di fronte all'emergenza Covid inquadrandole nel contesto di quasi mercato e concorrenza vigente in Lombardia.

Una riflessione critica sull'emergenza Covid 19

La pandemia di Covid-19 che ha investito l'Italia con epicentro in Lombardia verrà ricordata nei prossimi decenni per il suo carattere improvviso e travolgente ed è stata descritta con una varietà di espressioni forti: battaglia campale, tsunami, tempesta perfetta, cigno nero, terremoto sanitario, bomba atomica etc.

Passata la fase più acuta dell'emergenza, è tempo di riflettere sugli eventi e sulle modalità utilizzate per fronteggiare una pandemia che, va detto, non ha precedenti nell'ultimo secolo per contagiosità. virulenza, intensità clinica e concentrazione spazio-temporale, tanto da **mettere in crisi tutto il sistema per un picco di domanda e un deficit di offerta difficile da fronteggiare a tutte le latitudini.**

Due sono i peggiori modi per portare avanti il dibattito pubblico sul dopo covid-19: la ricerca di capri espiatori da offrire alla riprovazione sociale, con inevitabili risvolti polemici a livello politico, e la soluzione giudiziaria a base di inchieste per individuare responsabilità e colpevoli della presunta mala gestione emergenziale. In entrambi i casi prevarrebbe quella **cultura della personalizzazione e della colpa che è il principale ostacolo per una riflessione critica indispensabile per apprendere dagli errori**, proporre soluzioni per migliorare la risposta e prevenire situazioni analoghe in futuro.

Per impostare il dibattito senza cadere nelle due trappole sopra descritte bisognerebbe affrontare perlomeno due livelli di analisi, tra loro intrecciati:

- temporale: quali scelte strategiche remote e quali decisioni contingenti possono avere influenzato la risposta e gli esiti dell'epidemia?
- spaziale: è possibile un confronto tra le politiche pubbliche adottate nelle diverse realtà sanitarie regionali?

Per intuibili limiti di spazio in questa sede tratterò solo **le cause remote nella dimensione locale**, con particolare riferimento al territorio e alle cure primarie lombarde, onde evitare di cadere nella polemica spicciola sulla gestione emergenziale.

Nel dibattito lombardo sono intervenuti i colleghi del basso lodigiano, che si sono trovati nell'occhio del ciclone pandemico (si veda l'Appendice) ,i presidenti degli ordini provinciali dei medici della Lombardia, con un documento pubblico che individua alcune criticità, e l'avvocato Angelo Capelli, uno degli estensori della riforma sanitaria del 2015. I presidenti degli ordini lamentano *"la pressoché totale assenza delle attività di igiene pubblica (isolamenti dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti, ecc…) e il "mancato governo del territorio che ha determinato la saturazione dei posti letto ospedalieri".*

Gli fa eco l'avvocato Capelli a proposito dei *"Presidi socio-sanitari territoriali che dovevano assistere i malati cronici collegando la prevenzione ai ricoveri ospedalieri, l'assistenza domiciliare integrata e i servizi sociali, per seguire meglio i pazienti che non necessitavano dell'ospedale. Purtroppo, devo dire oggi, questa parte della legge è rimasta lettera morta e il territorio 'scoperto'"* tant'è che ***"tocchiamo drammaticamente con mano le conseguenze di quella scelta. Il territorio lombardo è rimasto completamente scoperto*** *e gli ospedali lombardi hanno fronteggiato da soli l'epidemia a differenza del Veneto, non potendo beneficiare della funzione di filtro che la Rete territoriale doveva garantire…Un evidente errore".*

Altri osservatori hanno rimarcato questi stessi temi, come l'infettivologo milanese prof. Galli che in più occasioni pubbliche ha sottolineato la mancanza di coordinamento degli interventi sul territorio – con *"molti medici di base mandati allo sbaraglio senza protezioni"* – anello debole della risposta emergenziale del SSR lombardo.

Le scelte strategiche remote

In base a quali decisioni operative, modelli organizzativi e piani d'azione è stata gestita la pandemia sul territorio lombardo? Per rispondere a questa domanda, attinente alle cause remote di cui sopra, bisogna ricostruire a ritroso le opzioni strategiche che hanno ispirato le policies regionali verso le cure primarie. La politica sanitaria lombarda degli ultimi 20 anni è stata influenzata dalle **teorie del New Public Management (NPM) di matrice anglosassone,** imperniate su alcuni principi di fondo: promozione del

quasi mercato sanitario regolato dall'ente pubblico, separazione tra erogatori accreditati ed ASL/ATS acquirente e controllore, empowerment e libera scelta del cittadino, pagamento a prestazione, parità tra pubblico-privato e soprattutto competizione tra erogatori per conquistare consistenti "fette di mercato" a sé.

Se con i DRG ospedalieri il quasi mercato ha dimostrato di migliorare l'efficienza del sistema, pur con rischi distorsivi e comportamenti opportunistici, non si può dire la stessa cosa sul versante delle cure primarie. Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio con la Presa in Carico della cronicità e fragilità (PiC), ha dimostrato **i limiti del quasi mercato in sede extra-ospedaliera**. Infatti con la PiC si è proposta la concorrenza verticale, vale a dire tra cure primarie e cure ospedaliere, come soluzione per migliorare la gestione delle patologie croniche sul territorio. In sostanza il NPM ha anteposto la logica competitiva a somma zero e il paradigma del quasi mercato in sanità a una gestione orientata a favorire l'integrazione sociosanitaria delle cure primarie e del territorio in generale.

Le scelte prossime verso il territorio

Per comprendere la portata delle teorie del NPM sulle scelte di politica sanitaria verso le cure primarie, è utile il confronto con quanto si è fatto in regioni limitrofe alla Lombardia, come il **Veneto e l'Emilia Romagna, dove la promozione del territorio è stata perseguita con scelte di lungo periodo,** come la diffusione delle Medicine di gruppo, le case della salute e strutture simili. **Amministrazioni regionali rette dagli stessi schieramenti politici, come Lombardia e Veneto, hanno adottato logiche e strumenti gestionali difformi**. In Lombardia la scelta strategica del quasi mercato si è tradotta in scelte di policies in negativo verso le cure primarie, nel segno della sottovalutazione delle risorse del territorio. Tra i nodi critici ricordiamo:

- la mancata attuazione della riforma Balduzzi [1] per quanto riguarda le forme associative, specie le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)
- la chiusura dei presidi distrettuali sociosanitari, il sottodimensionamento dei servizi di igiene ambientale e un'incerta suddivisione delle funzioni tra ATS e ASST;
- la mancata dematerializzazione delle prescrizioni, rinviata per anni rispetto alle altre regioni, e completata in fretta solo dopo l'epidemia di Covid-19 per evitare l'affollamento delle sale d'attesa;
- l'esclusione del MMG (medico di medicina generale) dalla delibera regionale sulle cure palliative;

- l'attribuzione alle ASST del coordinamento territoriale e la proposta del *Clinical manager* ospedaliero come competitor del MMG nella presa in carico dei cronici;
- investimenti tardivi e insufficienti nei Presidi Socio Sanitari Territoriali, mentre da anni in altre regioni si sono diffuse strutture analoghe.

Alla prova dei fatti le policies verso il territorio hanno dimostrato un' intrinseca fragilità e debolezza: ad esempio il tentativo di favorire il passaggio dei cronici dal MMG allo specialista ospedaliero è naufragato in quanto giudicato inappropriato dai diretti interessati, dai medici ospedalieri e dalle stesse strutture private, che dovevano cavalcare la riforma e che di fatto hanno snobbato.

Cosa si sarebbe potuto fare

Così un sistema già di per sé sottodimensionato, sovraccaricato e costretto a mobilitare tutte le risorse disponibili per mantenere un equilibrio nella routine quotidiana, come accade nel paziente fragile, con l'irrompere del Covid 19 **ha dovuto far fronte con affanno ad una sfida gigantesca, con il rischio di scompensarsi** per l'impossibilità di mobilitare ulteriori risorse al fine di ristabilire l'equilibrio perturbato.

Il risultato è stato che **i MMG sono rimasti soli in prima linea perchè tra loro e l'ospedale è mancata una struttura intermedia di collegamento** per coordinare e gestire l'emergenza sul territorio; una buona organizzazione dev' essere governata secondo il principio della ridondanza a rete, per favorire l'adattamento alle situazioni di sovraccarico in quanto altri comparti sono in grado di supportare un servizio in difficoltà.

La vicenda delle AFT previste dalla sopraccitata legge Balduzzi è emblematica degli effetti attuali delle (non) scelte remote: secondo la riforma del 2012 le AFT dovevano promuovere e rafforzare la comunità di pratica dei professionisti del territorio, in quanto strumenti organizzativi per condividere "in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi". Le AFT infatti prevedevano l'integrazione funzionale tra MMG e MCA (medici di continuità assistenziale) della stessa zona, al fine di migliorare l'efficienza dei servizi, favorire conoscenza reciproca, coordinamento delle iniziative, continuità assistenziale, ricerca di base, valutazione della qualità, Formazione sul Campo etc…

Proprio **le AFT avrebbero potuto diventare il braccio organizzativo dell'intervento emergenziale sul territorio nel caso dell'epidemia di Covid-19,** coordinando gli interventi dei diversi professionisti dell'assistenza primaria; invece MMG e MCA hanno affrontato il virus in modo isolato, senza un valido coordinamento, chiare direttive,

senza adeguate protezioni e sostanzialmente a mani nude, pagando un prezzo altissimo in termini di vite umane. Una radicata e ben organizzata rete di AFT avrebbe potuto mobilitarsi in tempi rapidi per rispondere all'emergenza pandemica con maggiore prontezza rispetto alle tardive USCA (unità speciale di continuità assistenziale).

Nella LR 23/2015 era prevista la creazione sul territorio dei PRESST, cioè l'equivalente delle case della salute, che sono rimasti sulla carta, tranne una manciata di casi aperti simbolicamente. Assieme alle AFT , i PRESST avrebbero potuto fronteggiare efficacemente l'emergenza pandemica sul territorio, venendo in aiuto alle strutture ospedaliere, ed ora potrebbero gestire in modo appropriato il post-emergenza.

Conclusioni

L'epidemia di COVID-19 **ha fatto venire al pettine i nodi problematici delle policies regionali che hanno relegato ai margini il territorio,** come testimonia la lettera dei colleghi di Codogno (vedi allegato), in conseguenza di scelte strategiche compiute in precedenza:

- non si è investito nelle forme organizzative, nell'innovazione tecnologica e nella dematerializzazione delle procedure burocratiche, attuate da anni in altre regioni;
- si è puntato sul principio della libera scelta del "cliente" e sulla concorrenza al ribasso tra medici
- si è creduto di poter governare un sistema organizzativo complesso senza strutture di integrazione e governance sul territorio;
- di conseguenza le ATS sono state relegate al ruolo di mero controllore burocratico-finanziario delle prestazioni.

Questa drammatica esperienza ha posto in primo piano **l'esigenza di riconsiderare le politiche sanitarie rivolte alla sanità territoriale, che passa attraverso un ruolo attivo dell'ente pubblico nella governance dei servizi sul territorio**, di fatto dismesso negli ultimi decenni. L'ipotesi di affidare al quasi mercato e alla concorrenza, a scapito della dimensione territoriale e socio organizzativa dal basso, la gestione della sanità territoriale ha mostrato evidenti limiti, rafforzando di riflesso la necessità di un'articolazione distrettuale che supporti la continuità dell'assistenza e il coordinamento per fronteggiare sia le situazioni emergenziali sia la cronicità. La gestione delle cure primarie non richiede competizione tra comparti del SSN ma cooperazione e integrazione tra i diversi livelli sistemici ed attori professionali.[2]

[1] Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. La normativa ha riguardato in particolare la riorganizzazione dei servizi sanitari e la regolamentazione dell'attività medica e scientifica.

[2] Per approfondimenti si veda anche:

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=83632
http://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=83667
http://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=83627

Allegati

- Appendice

Punti di vista

RSA e Covid-19, una drammatica realtà

Le narrazioni di questo periodo di emergenza

di Marco Noli

23 Aprile 2020

Temi > Anziani, Emergenza COVID-19, RSA

In attesa di interpretare la complessità che ci pone la nuova situazione cerchiamo di attraversarla con le narrazioni, soprattutto quelle degli operatori impegnati a contrastare il Covid-19.

Questo articolo è stato pubblicato anche su I luoghi della cura online

È passato oltre un mese dall'ingresso del virus SARS – COV2 nelle nostre comunità. Siamo stati inondati di dati e informazioni quotidiani, all'inizio un po' sfilacciati, poi sempre più coordinati, dal Bollettino giornaliero della Protezione civile.

Dalle narrazioni abbiamo capito che poco si sa su questo virus, che la scienza, come è normale che sia, ha una "verità relativa" che si affina giorno per giorno sulla base di quello che succede. Ci siamo resi conto che gli stessi dati ufficiali sono incompleti e presentano un range di scostamento elevato, legato alla difficoltà della raccolta degli stessi e alla variabilità di diversi fattori (es. il numero dei tamponi effettuati, la non conoscenza del "sommerso"degli infettati asintomatici ecc.).

Di fronte ad un'epidemia, diventata poi pandemia, è normale arrivare impreparati[1] assistere al susseguirsi di decisioni in continuo aggiustamento in tempi rapidissimi. Anche se bisogna ricordare il vecchio proverbio "del senno del poi sono piene le fosse", questo non toglie che da quanto sta emergendo, dalle situazioni degli ospedali e di diverse RSA, si rilevano perplessità e possibili omissioni, anche da parte della Regione, tutte da accertare, non solo per identificare eventuali responsabilità, ma soprattutto perché da essi si può imparare.

Quanto riportano i giornali su alcune RSA già si poteva registrare dallo storytelling degli operatori dei servizi sociosanitari e in particolare delle RSA. Pur nell'inevitabile frammentazione dei loro racconti, emergeva un quadro dell'infezione molto problematico. Si registrava soprattutto la situazione di un totale abbandono delle strutture e dei servizi sociosanitarie da parte della Regione e delle ATS, a fronte di un grande impegno e sacrificio degli operatori di queste strutture nell'affrontare l'emergenza con i pochi mezzi disponibili.

Criticità nelle RSA

Una codificazione strutturata delle criticità riscontrate nelle RSA è stata rilevata dall'Istituto Superiore di Sanità nel suo Report "Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie", frutto di una raccolta dati iniziata il 24 marzo, giunta oggi alla sua seconda edizione.

Il Report del 6 aprile 2020 presenta i dati emersi dal del 27% del campione delle RSA censite (577), di cui il 24% situate della Lombardia. Le principali criticità riscontrate dagli operatori delle RSA sono:

- mancanza di Dispostivi di Protezione Individuale (85,9%);
- assenza di personale sanitario (35,1%);
- difficoltà nell'isolamento (24,9%);
- scarsità di informazioni sulle procedure da attuare per contenere le infezioni (17,7%);
- carenza di farmaci (11,9%);
- difficoltà di trasferire i pazienti Covid-19 in strutture ospedaliere (11,3%);
- altro (6,8%).Alla voce "altro" sono stati segnalati in particolare le difficoltà a reperire i DPI e l'impossibilità ad eseguire i tamponi.

Al di là dell'asetticità dei dati della ricerca, i racconti drammatici degli operatori riferiscono che le RSA hanno vissuto con una sostanziale mancanza di presidi di protezione individuale. Anche le strutture che hanno provato ad approvvigionarsi hanno avuto il blocco delle forniture perché tutte erano precettate dalla Protezione civile per gli ospedali. Alla richiesta di poter fare i tamponi alle persone sospette Covid-19, le ATS rispondevano che non era prevista per queste strutture l'effettuazione dei tamponi. Il 112 si rifiutava di trasferire i pazienti sospetti Covid-19 con sintomatologia grave nelle rianimazioni ospedaliere, come da indicazione regionale, per evitare di congestionare ulteriormente le terapie intensive. Purtroppo, nella realtà hanno trovato applicazione le *"Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e*

risorse disponibili" secondo le quali nella sostanza, come denuncia Luca Degani, responsabile UNEBA Lombardia, gli anziani ospiti in RSA non venivano e non vengono ricoverati in rianimazione.

Le scelte di Regione Lombardia

Dentro questo quadro occorre leggere la scelta della Regione Lombardia che con Dgr XI/2906 del 8.3.2020 determinava sostanzialmente il blocco dell'accettazioni dei pazienti in RSA provenienti dal territorio e istituiva la Centrale Unica Regionale Dimissioni Post Ospedaliere, che aveva il compito di ricevere le richieste di dimissioni da parte degli ospedali e di individuare un'appropriata struttura sociosanitaria di destinazione,tra cui le RSA. Molte direzioni delle RSA si sono opposte a queste indicazioni, puntualmente eseguite dalle ATS che settimanalmente, verificando l'esistenza di posti letto vuoti, chiedevano alle RSA di accogliere i pazienti "guariti" dimessi dagli ospedali. Le verifiche in corso diranno se le strutture che hanno aderito a questa richiesta hanno avuto più ospiti malati di Covid-19. Intanto la citata Survey dell'ISS (vers. 6 aprile) disegna questa sintetica fotografia della situazione delle RSA Lombarde:

- su un campione di 572 strutture per complessivi 44.457 ospiti dal febbraio 2020 al 6 aprile 2020 sono deceduti 3859 ospiti, di cui il 47% (1822) in Lombardia (nel Veneto, la seconda regione dopo la Lombardia, i decessi sono il 19,7%). Di questi decessi lombardi il 51,3% è deceduto per Covid-19 (60) o sintomi simil-influenzali (874);
- Il rapporto tra ospedalizzati / numero di strutture in Lombardia è pari a 1.6 mentre il dato medio complessivo del campione è 3.4, a conferma che gli anziani lombardi in RSA affetti da Covid-19 hanno potuto usufruire delle cure ospedaliere in modo limitato;
- La frequenza più alta di strutture con operatori risultati positivi al tampone è in Lombardia (34,6%.).

La ricerca è ancora in corso e quando sarà completata potrà dare un'idea di quanto sia realmente successo nelle strutture per anziani del paese in generale e della Lombardia in particolare.

Il contrasto dell'infezione nelle strutture

Il contrasto all'infezione nelle RSA, al di là delle scarse indicazioni regionali, **si è articolato su due filoni**, come in tutti i servizi sociali e sociosanitari.

Il primo filone era finalizzato a colmare **il "distanziamento sociale" che, è bene non dimenticarlo, mina il fondamento dei servizi alla persona, ovvero la relazione**.

Attraverso videochiamate, calendarizzate ad una prestabilita ora del giorno, o con modalità più flessibili si è tentato in tutti modi di garantire un rapporto tra l'anziano e i suoi familiari. Per chi non aveva un proprio telefonino si sono utilizzati tablet, con l'accortezza di evitare che potessero diventare diffusori del virus.

Gli ospiti, che si sentivano dire continuamente "state a casa", inevitabilmente hanno ancora di più percepito la mancanza della propria casa. La loro vita è cambiata: vivono lo spaesamento e la paura, non possono più uscire dai loro nuclei, vedono gli operatori dietro le mascherine e le visiere che indossano per proteggersi, vedono i propri amici ammalarsi e morire. Le loro giornate sono diventate terribilmente lunghe, scandite dalle attese telefonate con i propri cari o della disponibilità giornaliera dell'operatore a chiamare il parente.

Il secondo filone ha riguardato tutte quelle **modifiche organizzative finalizzate a contrastare la diffusione** del virus e a curare chi si ammala di Covid-19. Il contrasto della diffusione si è basato sulla costruzione di procedure da attuare e sulla relativa formazione degli operatori,. Contemporaneamente si è proceduto a informare gli ospiti sui comportamenti da tenere, con ripetizione periodica delle informazioni per favorire la memorizzazione di comportamenti corretti. La problematica più grave è quella relativa alla **cura degli anziani con Covid-19** perché alle indicazioni di non trasferire gli ospiti dalle RSA in Ospedale non è seguita coerentemente la possibilità per le RSA di avvalersi di adeguate consulenze specialistiche di infettivologi, di virologi, di pneumologici nonché la possibilità di reperire farmaci necessari per la cura.

Entrando più nel dettaglio, da una ricognizione, sia pur incompleta, emerge che i cambiamenti organizzativi più diffusi sono stati i seguenti:

- si è attuato il distanziamento sociale anche all'interno delle RSA per quanto possibile evitando l'utilizzo di luoghi comuni condivisi. Gli anziani sono rimasti nei propri nuclei di assegnazione e si è cercato, con tutte le difficoltà del caso, di fare delle attività all'interno di essi per evitare la solitudine;
- si sono attivate procedure molto puntuali sull'utilizzo dei dispostivi di protezione (utilizzando creativamente quello che era disponibile) e sull'attività di sanificazione specifica e ripetuta degli ambienti. In accordo con il Servizio di Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro si è cercato di formare sul campo i lavoratori su come proteggersi dell'infezione;
- in caso di infezione di qualche ospite si è proceduto a isolare l'intero nucleo o la coorte coinvolta, considerando tutti potenzialmente infetti, anche perché **la maggior parte delle RSA non sono strutture idonee a garantire un adeguato isolamento**. **Questa situazione è fonte di molto stress** ed è tuttora in atto. I percorsi del cibo, della lavanderia, della pulizia ecc. hanno dovuto essere separati. Gli stessi operatori dedicati al nucleo in isolamento non possono

prestare servizio in altri nuclei e quindi si è reso problematico garantire il personale nei diversi turni. Tutto ciò si accentua ulteriormente quando il virus si diffonde in tutta la struttura. Le testimonianze raccolte da chi scrive raccontano di turni massacranti aggravati dalla mancanza di operatori, soprattutto infermieri, perché molti si sono ammalati e sono in quarantena a casa, altri con patologie pregresse si sono messi in malattia e diversi altri ancora sono stati reclutati dagli ospedali. In varie RSA in questo momento sta succedendo, come nelle terapie intensive, che non si ha tempo di bere, di mangiare, si corre da un paziente all'altro, senza riuscire a dare l'assistenza dovuta, con grande affanno e **lavorando fino allo stremo delle forze;**

- ulteriori difficoltà si sono dovute affrontare per garantire il **distanziamento di anziani con disturbi del comportamento** che vagano nei nuclei e ai quali è arduo far indossare e tenere le mascherine protettive. Il citato Rapporto dell'ISS rileva le contenzioni fisiche e l'aumento dell'uso di psicofarmaci dal 1° febbraio, ma i dati riportati non appaiono ancora significativi, anche se evidenziano una attenzione a questa tematica.

Un enorme stress aggiuntivo per gli operatori è **l'attenzione da tenere per non contagiarsi e per non contagiare**,tenendo conto il carico di lavoro affidato a ognuno. La citata ricerca Survey dell'ISS segnala che, nel campione analizzato, mediamente ogni operatore sanitario – medico e infermiere – sovraintende 7 posti letto, ma la situazione che si rileva dai racconti è molto diversificata perché **in alcune realtà il carico di lavoro è molto più alto per la mancanza personale**. La possibilità di infettarsi e di infettare ha portato alcuni operatori a "chiudersi" con gli anziani nella struttura per evitare un possibile contagio. Si riferisce anche di operatori che dormono in struttura o in camere di albergo per evitare di mettere a rischio propri familiari. Tutte le strutture hanno introdotto la misurazione della temperatura degli ospiti e degli operatori a inizio e a fine turno, per monitorare il sorgere di eventuali sintomi dell'infezione.

In queste settimane le strutture sociosanitarie sono state oggetto dell'attenzione dei media per il numero dei morti che ci sono stati, ma abbastanza poco si è scritto dell'enorme lavoro, dedizione e spirito di sacrificio del personale, ancor più gravoso perché spesso accompagnato dalla mancanza dei mezzi adeguati.

Le narrazioni dei servizi territoriali

Sta emergendo dai giornali anche un'altra situazione, che da giorni i racconti degli operatori dei servizi territoriali delineano. L'isolamento domiciliare, obbligatorio e fiduciario, per molti anziani a casa si è tradotto prevalentemente in un **contatto telefonico con la centrale operativa e in una mancanza di cure**, salvo l'encomiabile

impegno di alcuni MMG. Spesso si è assistito al rifiuto del ricovero ospedaliero, previsto solo in caso di grave peggioramento delle condizioni di salute,,in alcuni casi per scelta volontaria di anziani preoccupati di morire soli in una stanza di ospedale. I dati dei morti elaborati dall'ISTAT sembrano confermare questo scenario, che andrà verificato e compreso. Anche nel contesto territoriale i MMG e gli operatori ADI Covid non avevano sistemi di protezioni individuale e molti sono morti.

Occorrerà fare tesoro di queste esperienze, delle modalità messe in campo per contrastare la diffusione del virus e introdurre ulteriori azioni con creatività e responsabilità, per continuare a tutelare le persone anziane o fragili da un possibile contagio futuro, visto che con il virus SARS-COV2 bisognerà convivere.

La fragilità del servizio sanitario lombardo

"I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti attorno al concetto di assistenza centrata sul paziente, ma un'epidemia richiede un cambiamento di prospettiva verso un concetto di assistenza centrata sulla comunità." Questo dicono i medici dell'ospedale di Bergamo nel loro articolo scritto per Catalyst, il media di approfondimento del New Enlgand Journal of Medicine.

Questo è ancora più vero per il **modello sociosanitario delle Lombardia, prevalentemente ospedale-centrico, che ha dimostrato le sue drammatiche fragilità**. Se si riflette sulle indicazioni date dalla Regione emerge come **il sociosanitario (RSA) e il territorio siano stati letti esclusivamente in funzione di "supporto" all'ospedale.** L'obiettivo era inevitabilmente quello di non congestionare le terapie intensive, ma nessuna riflessione è stata fatta su quanto succedeva nel frattempo sul territorio. Una sanità interpretata come prestazione da acquistare e non come bene pubblico da garantire ha, di fatto, creato un'organizzazione monca in cui il sociosanitario, l'igiene, la sanità pubblica e la medicina territoriale hanno sofferto drammaticamente. Sarà necessario anche capire se la suddivisione delle competenze e delle risorse tra ATS – dove sono collocati i Dipartimento di igiene e prevenzione, delle cure primarie e di Programmazione per l'Integrazione Sociosanitaria con quella Sanitarie con quelle Sociali (PIPSS) – e le ASST sia funzionale, considerata anche la vastità delle aree territoriali che sovraintendono, che probabilmente non ha favorito un monitoraggio puntuale della situazione pandemica.

Al di là della doverosa ricerca di eventuali responsabilità di questa situazione, doverosa per le migliaia di persone che sono morte, abbiamo tutti tanto su cui riflettere e tanto su cui lavorare per mettere al più presto in sicurezza le strutture sociosanitarie, per non trovarci più impreparati a questi eventi e per ripensare il modello sociosanitario lombardo, facendo tesoro di ciò che il virus SARS – COV2 ci ha insegnato.

Gratitudine è dovuta a tutti gli operatori sociosanitari, a partire da chi fa le pulizie, i cuochi, i manutentori e gli operai, gli ASA, gli OSS, gli infermieri, gli animatori, gli educatori, i terapisti occupazionali, i medici, gli amministrativi, i religiosi, i coordinatori di struttura e di nucleo, i responsabili sanitari e i direttori che in questa emergenza hanno messo al centro la persona, la persona più fragile.

---

[1] Ai tempi dell'infezione aviaria (2005) si era aggiornato il "Piano di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" e i relativi Piani regionali. In Lombardia, in particolare la Dgr. n. 1046/2010 recante "Valutazione del Piano Pandemico regionale e attività realizzate durante le fasi 3-4-5-6 della Pandemia influenzale A/H1N1" rilevava puntualmente le criticità del piano ai fini di una "manutenzione" del piano stesso. Non è dato di conoscere se i piani nazionali e regionali siano stati poi effettivamente aggiornati.

Infine, in un recente rapporto, A word a risk del 2018, l'organismo internazionale indipendente, "Global Preparedness Monitoring Board", prevedeva proprio una pandemia dovuta ad un "patogeno respiratorio altamente contagioso". Quindi riflessioni, avvertimenti, segnali su quanto sarebbe potuto succedere rispetto ad una pandemia influenzale erano presenti sia nel dibattito scientifico, sia in provvedimenti amministrativi ma, come spesso accade, superata l'emergenza della pandemia del momento, essi sono stati lasciati cadere, complici anche, dobbiamo ricordarlo, i tagli di risorse consistenti che ha subito ogni anno il servizio sanitario nazionale e regionale.

Punti di vista

Fase 2 Covid-19: una delibera che non piace

Intervista a Valeria Negrini – Portavoce Forum Terzo Settore

a cura di Valentina Ghetti

6 Luglio 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, CDD, Disabili, Emergenza COVID-19, RSA, RSD, Terzo settore

All'indomani dell'approvazione della delibera n.3226 che definisce gli indirizzi per il sistema dei servizi socio-sanitari per affrontare la cosiddetta Fase 2, il Forum ha espresso un parere sostanzialmente negativo sull'atto deliberato dalla Regione.

Partiamo dal metodo. In chiusura del comunicato si fa riferimento al percorso che ha portato alla DGR 3183 sui servizi diurni e semiresidenziali per le persone con disabilità, antecedente di sole due settimane. Un percorso molto diverso che viene identificato come "un'esperienza positiva" e "un modello cui guardare", che però non si è ripetuto. Cosa in particolare giudicate di positivo del processo della DGR 3183 che qui è saltato?

Molti dei servizi sociosanitari diurni e semiresidenziali in realtà non si sono mai fermati, hanno proceduto nei mesi di lockdown con modalità alternative (a domicilio, a distanza) come indicato dal D.L. Cura Italia, e qualcuno – nei casi valutati opportuni – ha garantito comunque l'attività in presenza. Quando è uscito il D.L. Rilancio, abbiamo interloquito dapprima con il livello politico e avviato successivamente un confronto tecnico che ha portato poi all'approvazione della delibera 3138 sulla graduale riapertura dei servizi diurni e semiresidenziali per la disabilità. Tre, quattro incontri in cui si è potuto lavorare insieme sulle prime bozze che la DG ha anticipato e fare presente gli aspetti critici riscontrati da chi opera sul campo – es. illogicità, ma anche inapplicabilità, di alcune figure come il referente covid con profilo sanitario. Alcune delle nostre osservazioni sono state recepite, altre no, ma non è questo il punto,

perché il compito e la responsabilità conseguente degli atti normativi e deliberatori non è certo del Terzo Settore; il punto fondamentale è la capacità dimostrata da questo assessorato, quantomeno su questo tema, di sapere e volere ascoltare e rispettare i pensieri e le competenze di chi si occupa di gestione, di chi ha esperienza pluridecennale nei servizi, di che vive quotidianamente con le persone interessate da questi atti. Bene, l'esito di questo confronto è stato una delibera che ci soddisfa molto.

Lo abbiamo sottolineato perché ci auguravamo, e ci auguriamo ancora, che non finisca qui. Non è solo il metodo ad essere apprezzato, ma anche il contenuto. La delibera considera non solo la graduale apertura dei centri diurni e altre tipologie di risposta, ma anche la possibilità di mantenere alcune iniziative sperimentate in questo tempo di emergenza come gli interventi a domicilio, le attività via web…in sostanza consente di considerare "attività legittime" anche ciò che si realizza fuori dalle mura del servizio. A nostro avviso questo potrebbe essere un primo atto che, in un tempo ragionevole, e sempre attraverso un serrato confronto, potrebbe anche consentire di rivedere il sistema di accreditamento di queste unità d'offerta e i suoi sistemi di vigilanza e controllo. Sarebbe un modo molto sensato di procedere per ridisegnare un meccanismo così complesso quale l'accreditamento sociosanitario: **invece di revisionare dall'alto senza rendere chiare le logiche e le finalità, si tratterebbe di mettere a valore delle sperimentazioni concrete per poi regolare di conseguenza.** Potrebbe essere per esempio l'occasione di avviare il percorso a noi caro del budget unico: mettere insieme, realmente, tutte le risorse disponibili, da usare con flessibilità, **declinandole sulle esigenze delle singole persone e focalizzando l'attenzione sulla qualità dell'intervento e sui risultati raggiunti per la persona.**

Ad ogni buon conto sappiamo anche che, fatta la delibera, il percorso non finisce qui, serve continuare il lavoro di confronto anche in fase attuativa ed è per questo che adesso stiamo seguendo da vicino i piani territoriali delle singole ATS. Sappiamo che gli organi territoriali della Regione non sempre agiscono in modo coerente tra loro, così come sappiamo che alcune famiglie sono ancora "restie" a ri-affidare i figli o parenti alle strutture e anche, e qui una critica anche al nostro mondo, che alcuni enti stanno facendo molta fatica a destreggiarsi e ad interpretare e applicare in modo corretto la mole di delibere, ordinanze, norme regionali e nazionali emanate in questi mesi.

Invece, tornando alla DGR 3226, perché qui non si è riusciti a replicare quanto meno il metodo?

Beh, in generale possiamo dire che nella articolazione del sistema sanitario generato dalla l.r.23/2015, il sociosanitario in realtà non è mai stato molto presente nell'attenzione dell'assessorato al Welfare, o meglio, ha subito approcci e strategie derivanti da una visione clinico/ospedaliera (volta quindi a curare al meglio la malattia)

piuttosto che acquisire una propria legittimazione e quindi forza nel ruolo di prevenzione della salute da un lato e di riabilitazione, inclusione, promozione della persona dall'altro. Anche dal punto di vista delle risorse economiche non ci sono stati adeguamenti significativi, con rette per i servizi in alcuni casi ferme agli importi di oltre dieci anni fa. Inoltre il sociale, di fatto, è il grande assente, basti pensare a come la LR 23 ha "falcidiato" la Legge 3/2008 o a come il ruolo e il peso dei Comuni nella Cabine di Regia o nelle Assemblee distrettuali si sia indebolito. Detto questo credo che l'emergenza Covid, e quanto accaduto in particolare elle RSA, nonché la dialettica che si è innescata a seguito di queste tragiche vicende, abbia influito significativamente sulla reale apertura e disponibilità al dialogo da parte della Regione.

Dunque non avete partecipato attivamente alla costruzione di questa delibera, l'avete però vista preliminarmente e avete avanzato richieste che dite essere state inascoltate. Cosa in particolare non è stato recepito, per voi invece fondamentale?

Dopo aver visionato le bozze della delibera, abbiamo inviato alla Regione diverse comunicazioni, sottoscritte dalle maggiori organizzazioni che operano nei servizi socio-sanitari (ACI Welfare Lombardia, Arlea, Uneba, Ceal, Anffas, Cnca) e in tutte queste lettere sottolineavamo alcuni punti.

Innanzitutto l**a necessità di una chiara distinzione tra gli interventi richiesti alle UdO** residenziali, semiresidenziali e domiciliari per le persone anziane non autosufficienti e le molteplici UdO per le persone con disabilità e per tutte le altre fragilità (es. CSS, Consultori, dipendenze, Salute Mentale). Si tratta di profili di rischio sociale, clinico e infettivo che hanno ineludibile bisogno di linee guida differenti tra loro. La delibera sembra risentire di uno sguardo rivolto principalmente, se non esclusivamente alle RSA. Per noi invece era necessario distinguere ed elaborare specifici atti di indirizzo per UdO residenziali che per standard strutturali, gestionali, organizzativi sono molto diverse dalle RSA; es. alle CSS o alle comunità per le dipendenze (che non hanno un Direttore Sanitario e un medico di riferimento, ma fanno riferimento ai MMG degli ospiti) ma anche alle strutture residenziali per la salute mentale, che, ricordiamo, possono ospitare al massimo 20 persone e che, pur rispettando in pieno i requisiti strutturali previsti dall'accreditamento, non hanno tutte la possibilità di prevedere locali destinati in via esclusiva a persone COVID-19+. Contestiamo in sostanza che sia un'unica delibera, uguale per tutti, a regolare la delicata fase 2.

Poi che il ruolo di ATS e ASST configurato, non ci pareva coerente con la legge 23/2015. Non possono infatti essere gli Enti gestori, pur nella ferma volontà di riapertura dei servizi al territorio, ad, es. ad effettuare azioni straordinarie di sanità pubblica quali i **tamponi ed eventuali altri accertamenti al domicilio o l'isolamento fiduciario** delle persone che chiedono di essere ammesse nelle Comunità. Tale ruolo

non può che essere in capo alle ATS in collaborazione con le ASST, eventualmente anche attraverso servizi di cure domiciliari con specifica tariffa. Anche dal confronto emerso con le linee guida pubblicate da altre regioni, emerge come siano il MMG o le USCA o ADI ad occuparsi delle incombenze ante ingresso.

Abbiamo chiesto la revisione del referente covid, non coerente con quella prevista dalla 3183 perché, per come delineato da questa delibera, si presenta decisamente più complesso e oneroso.

Ed infine, ma non meno importante, abbiamo sottolineato il fatto che mancassero, e manchino tutt'ora, parametri operativi e procedurali oltreché gli indispensabili **contenuti economici**. Non è pensabile chiedere agli Enti gestori di servizi sociosanitari di accettare oneri importanti senza dettagliarli quantitativamente e qualitativamente e soprattutto senza indicarne i corrispettivi economici. Varare un impegno così complesso e impegnativo, per i gestori comporta oneri economici di non lieve entità, per cui è indispensabile un allegato sincronico con enucleazione delle tariffe riconosciute.

Circola sulla stampa la notizia della volontà di rivedere la l.r.23 di riforma istituzionale del sistema sociosanitario lombardo. Secondo voi è una buona idea partire da lì e come, nel caso, dovrebbe essere riformata, verso quali direttrici?

Come dicevo prima la l.r. 23 ha dimenticato o comunque "marginalizzato" un pezzo del sistema, che però è un pezzo importante e altrettanto strategico quanto lo sono gli ospedali. Nonostante nel testo della Legge si ponga come obiettivo imprescindibile quello dell'integrazione (sanitaria, socio-sanitaria, sociale), l'impianto costruito ha reso, di fatto, tale obiettivo irraggiungibile. E' il fatto stesso di aver demandato al sanitario questo settore, a renderlo impossibile; aver demandato alle ASST la funzione di garantire e presidiare sia il Polo Ospedaliero che la Rete Territoriale ha mostrato tutti suoi limiti sia nei tempi lunghissimi di ri-organizzazione interna delle ex-aziende ospedaliere, che nella estrema difficoltà di strutture fino a prima vocate a garantire alti e specialistici livelli di risposta "ai pazienti malati" a inventarsi una nuova funzione che richiede però competenze, ma anche approcci culturali prima ancora che professionali molto diversi. Le Asst hanno dovuto rivoluzionare la loro impostazione, il loro modo di guardare alle persone (non ai pazienti) e ai servizi (non strutture di ricovero). Lo stesso linguaggio ancora oggi usato mi fa dire che non ci siano riuscite appieno, ma forse è stato chiesto loro un compito troppo complicato, o per meglio dire, non appropriato.

Come cambiare? Io credo che mettersi oggi a pensare ad una nuova legge, vorrebbe dire aprire un interregno molto faticoso. A partire anche da limiti o dalle mancanze che la pandemia ci ha drammaticamente costretto a vedere, sarebbe più utile agire da subito negli spazi già previsti dalla norma, ma inattuati, e intervenire ad esempio per

potenziare e far funzionare davvero i dipartimenti di prevenzione delle ATS, per lavorare ad una vera attuazione di Presst e POT, non solo come restyling di vecchi servizi ma ripensando la loro funzione territoriale; favorire l'iniezione di nuovo personale nelle Usca, lavorare per diffondere gli infermieri di comunità, rivedere i luoghi di governance e confronto territoriali che consentano maggiore protagonismo ai Comuni, ma anche alle rappresentanze degli enti gestori e del terzo settore. Le basi potrebbero esserci già, si tratta di attuarle. Aggiungo un'ultima riflessione: la pandemia ha messo in risalto anche la necessità di procedere ad una revisione o meglio ad una riscrittura del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari territoriali; un pensiero già presente anche nelle ultime Regole di Sistema. E' un tema complesso e delicato che vorremmo fosse affrontato con lo spirito, l'atteggiamento, le modalità che hanno portato alla DGR 3183 e non con un disegno calato dall'alto; ne va della sostenibilità di un sistema parte integrante del servizio pubblico e del benessere dei cittadini e cittadine lombardi, soprattutto dei più fragili.

Punti di vista

Appunti per il welfare che ci aspetta

Contributo a cura dell'Area politiche e servizi sociali e sanitari dell'IRS: Marcello Balestrieri, Ariela Casartelli, Claudio Castegnaro, Glenda Cinotti, Chiara Crepaldi, Ugo De Ambrogio, Carla Dessi, Francesco Di Ciò, Eleonora Gnan, Cecilia Guidetti, Daniela Mesini, Sergio Pasquinelli, Francesca Pepè, Federica Picozzi, Riccardo Sartori, Francesca Susani

a cura di Lombardia Sociale

29 Giugno 2020

Temi > Programmazione e governance, Anziani, Disabili, Emergenza COVID-19, Famiglia e minori, Immigrazione, Politiche per l'abitare, Povertà, Servizio sociale, Welfare

L'emergenza sanitaria degli ultimi mesi che ci ha travolto interroga anche noi ricercatori, formatori, analisti e valutatori di politiche. Sentiamo l'urgenza di dare anche il nostro contributo di analisi e proposte di lavoro con e per i servizi di welfare, profondamente convinti che le fatiche e le difficoltà di questa congiuntura possano aprire la strada a nuove possibilità ed opportunità di cambiamento. Vorremo che questi primi 'appunti' si arricchissero anche del contributo di chi a diverso titolo è interessato alle politiche ed agli interventi del sociale. Questo per arrivare ad un'agenda condivisa di priorità per il welfare che ci aspetta.

Questo articolo è stato pubblicato anche su welforum.it

Il contesto

L'emergenza sanitaria interroga anche noi ricercatori, formatori, analisti e valutatori dell'Area politiche sociali e sanitarie dell'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale). Un'emergenza che ha investito frontalmente il nostro lavoro, i nostri progetti di ricerca, formazione, accompagnamento che da più di tre mesi attraversano riconfigurazioni radicali.

Sentiamo l'urgenza di dire la nostra, di dare il nostro contributo. Di analisi e di proposta. Lo facciamo da un punto di vista particolare, quello di un osservatorio agito da sguardi e professionalità diverse sul *welfare* sociale e territoriale. Una realtà vasta e multiforme, quella dei servizi sociali e sociosanitari, che sta mostrando una straordinaria resilienza e con cui quotidianamente ci interfacciamo, a livello di comunità locali, di regioni, a livello nazionale e anche europeo.

Sguardi diversi che mettiamo insieme in queste pagine. Sguardi che vedono una realtà segnata da molte e drammatiche difficoltà. Ma anche una realtà che si sta ora aprendo a nuove possibilità e opportunità di cambiamento. O che almeno vuole farlo, aspira fortemente in questa direzione. Per anni abbiamo cercato di "Disegnare il welfare di domani" attraverso sintesi progressive[1], e con noi ci hanno accompagnato in tanti. Da molto tempo dedichiamo uno sguardo attento ai cambiamenti in atto nel Paese (www.welforum.it e "Prospettive Sociali e Sanitarie") e in Lombardia (www.lombardiasociale.it). **Oggi questa crisi enorme porta con sé nuove possibilità**: non possiamo sprecare questa occasione. Nella consapevolezza che a nuove opportunità si accompagnano anche nuovi rischi: primo fra tutti quello di non osare il cambiamento possibile, di non cercare di superare i limiti del passato, di non capire che possiamo aprire una nuova stagione.

Un documento scritto dunque a molte mani, che vuole essere aperto ad ulteriori contributi. Questo è il nostro provvisorio, ma convinto, punto di vista sulla situazione attuale e il futuro che ci attende. Un *work in progress* che desideriamo venga via via precisato, arricchito.

Il documento è diviso in due parti. Nella prima proponiamo una analisi di scenari che oggi vediamo configurarsi davanti a noi per cinque grandi aree di bisogno, i nodi critici cui dobbiamo prestare attenzione nel prossimo futuro. Nella seconda parte identifichiamo alcune priorità di *policy* che questa analisi sollecita e alcune prime possibili azioni più specifiche, declinate in proposte. Priorità e proposte che non sono esaustive e che potranno essere approfondite: qui vogliamo tratteggiare un primo quadro d'insieme su alcuni ambiti del *welfare* sociale, che sono le nostre principali linee di lavoro.

Seguiamo una suddivisione per grandi gruppi di popolazione e bisogni emergenti, ma siamo consapevoli della necessità di interventi complessivi, che travalicano singole aree o categorie. Crediamo infatti indispensabile, trattando di *welfare,* utilizzare una visione ampia, che generi benefici di sistema e superi quei contrasti che a volte affiorano tra gruppi diversi, che contrappongono per esempio i giovani agli anziani, gli italiani agli stranieri.

Sono allora cinque i temi comuni che vogliamo sottolineare in apertura. Primo, **l'Europa**. Il punto di riferimento è oggi l'Agenda 2030 per lo sviluppo

sostenibile, una sostenibilità ambientale, economica e sociale che significa non compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni. Le sfide future richiedono risposte integrate che dobbiamo iniziare a immaginare in vista del prossimo ciclo dei Fondi europei 2021-27.

Secondo, l'emergenza rende indispensabile il rilancio di **una nuova rete di servizi sul territorio,** sul lato sanitario (cure primarie, medicina di comunità) e su lato sociale (servizi sociali e sociosanitari). Con l'emergenza si sono introdotte misure che rischiano, se diventano nuova consuetudine, di rendere passive le persone, semplici utenti di prestazioni. Anche l'ultimo decreto Rilancio contiene misure risarcitorie che aiutano a "stare a galla", ma non a ripartire dopo: il rischio di un assistenzialismo di ritorno va contrastato riportando al centro relazioni aperte, emancipative, promozionali.

Terzo, l'emergenza ha rivelato, ovunque, **l'utilità di alleanze tra terzo settore e istituzioni**: facciamo tesoro di queste esperienze. La co-progettazione e il *welfare* collaborativo, la crescita di ecosistemi connessi sono strade su cui investire guardando al futuro post virus, con i relativi meccanismi virtuosi ma senza dimenticarne le vulnerabilità.

Quarto, i **giovani**. La ripartenza deve vederli protagonisti anche nei ruoli professionali dei servizi, dal *front line* fino ai livelli di coordinamento e di direzione. **Occorre potenziare e qualificare meglio la formazione** per una nuova generazione di operatori, funzionari, dirigenti, unendo al rialzo conoscenze tecniche e competenze di ruolo, abilità digitali e intelligenza emotiva, propensione all'innovazione e valore dell'esperienza.

Quinto, **si stanno moltiplicando le risorse**, le linee di finanziamento, le fonti possibili a seguito dell'emergenza. Dobbiamo evitare il rischio di inseguire queste diverse possibilità, creando pezzi di intervento che si giustappongono senza coordinamento. **Dobbiamo viceversa partire da un pensiero complessivo**, anche per ciascuna delle aree di bisogno che qui trattiamo, per poi utilizzare le risorse dentro tale disegno. Queste pagine vogliono avere anche questa funzione.

Cinque Scenari di Futuro

Nuove diseguaglianze e povertà

L'emergenza Covid-19 ha ampliato la povertà in termini di allargamento della platea ed acuirsi dei bisogni. Le prime analisi e stime evidenziano una marcata diminuzione degli occupati a fronte di un considerevole aumento degli inattivi, una preoccupante contrazione dei consumi ed un considerevole incremento delle richieste per bisogni primari, sostegno alimentare *in primis.*

Di seguito gli scenari che è possibile tratteggiare:

- **Aumenteranno le diseguaglianze** – le conseguenze della pandemia porteranno ad un acuirsi delle differenze:
  - tra gruppi di popolazione,
  - tra territori più e meno deprivati,
  - tra *skills* e competenze professionali,
  - in termini di facilità di accesso ai servizi.
- **I poveri saranno sempre più poveri:** se già prima dell'emergenza sanitaria i redditi della popolazione più economicamente deprivata crescevano poco, la situazione si acuirà in questa fase, portando ad una polarizzazione della ricchezza decisamente maggiore.
- **Nuovi poveri allargheranno la platea:** basti pensare ai numerosi lavoratori che hanno già perso il lavoro o con buona probabilità lo perderanno in considerazione dell'impossibilità per le aziende di riaprire; ma anche ai giovani *neet,* ai minori di famiglie di lavoratori monoreddito, ecc.

I bambini e gli adolescenti

L'unico ruolo per cui bambini e ragazzi hanno ricevuto riconoscimento in questi mesi è stato quello di studenti. Ma le lezioni a distanza di fatto hanno incrementato la dispersione scolastica: una recente indagine Censis ci dice che "nel 40% delle scuole la **dispersione** è superiore al 5% della popolazione studentesca, con maggiori criticità nelle scuole del Mezzogiorno".

E i bambini in età prescolare? Si è di nuovo tornati a parlare dei nidi come servizi per mamme che lavorano e non come diritto alla socialità e all'educazione dei bambini in tenera età. Il sistema educativo per i bambini fino ai 6 anni, pur gemmando soluzioni innovative finora impensate, ha funzionato ancor meno della scuola a distanza e su questa fascia d'età c'è stata scarsissima osservazione e sostegno a livello governativo. Ci immaginiamo quindi che alcune situazioni possano essersi aggravate e possano continuare a farlo nei mesi a venire, in particolare quelle dei minorenni:

- Appartenenti a **famiglie a scarso capitale culturale**, poco connesse e poco digitalizzate, per i quali la scuola non è più stata un diritto ma un nuovo elemento di esclusione e disuguaglianza;
- Che hanno faticosamente tenuto i rapporti con i **genitori a distanza**: perché allontanati, detenuti o separati;

- Che vivono in **nuclei familiari conflittuali**, o in contesti caratterizzati da violenza verbale, fisica, psicologica, senza più la presenza di educatori domiciliari o la frequenza di centri diurni per minori;
- **Con disabilità** che non riescono ad accedere alle terapie specialistiche, ai centri riabilitativi, a spazi di socialità.

La casa e la qualità dell'abitare

In stretta connessione con gli scenari relativi a disuguaglianze e povertà sopra citati, nei contesti abitativi possiamo prevedere le seguenti dinamiche:

- **Nei contesti privati** si verificherà un aumento delle difficoltà a sostenere le spese legate all'abitazione (affitto, mutuo e spese di condominio), anche da parte di chi fino ad ora ha potuto farvi fronte. Da qui il rischio che, superate le misure di garanzia che bloccano gli sfratti, si verifichi un aumento degli stessi e dei decreti ingiuntivi legati alla morosità, e dunque l'aumento di persone che si rivolgeranno ai servizi sociali per richiedere forme di supporto.
- **Nei contesti di Edilizia Residenziale Pubblica** aumenterà la morosità e rischiano di essere ancora più trascurate le necessità manutentive degli immobili.
- **Persone già vulnerabili e beneficiari *di housing* sociale** non saranno più in grado neanche di sostenere canoni concordati con il conseguente rischio di aumento di situazioni di morosità anche negli alloggi sociali.
- Vediamo il rischio concreto di un aumento di **conflitti di vicinato** già presenti o di nuovi conflitti, anche intrafamiliari, a causa della permanenza forzata nell'abitazione e dello stato di stress emotivo delle persone.

La popolazione migrante

- La popolazione migrante è stata **particolarmente colpita dall'emergenza sanitaria**. Intanto perché maggiormente concentrata su tipologie di lavori che richiedono una attività in presenza e l'impossibilità di lavorare da remoto: si pensi, per esempio, al settore delle pulizie, dell'assistenza domestica e familiare o della manodopera in agricoltura.
- Il tema del sovraffollamento abitativo e la difficoltà a mantenere il rispetto delle distanze ha riguardato da vicino i **centri di accoglienza,** in particolare quelli di medie-grandi dimensioni, luoghi già critici in una fase pre-Covid e che rischiano di essere ancora più esposti, oltre che poco presidiati da visite di

monitoraggio da parte delle Prefetture vista in molti casi la sospensione delle attività ordinarie.

- Il Decreto Rilancio, pur facendo un passo avanti con le regolarizzazioni dei migranti nei settori dell'agricoltura e del lavoro domestico, genererà **ulteriori disuguaglianze**, escludendo ampi settori di popolazione straniera dall'esigibilità dei propri diritti. Questo lascerà spazio alle già diffuse pratiche di sfruttamento, **sacche di povertà e di microcriminalità** invece di generare circuiti positivi di valore sociale ed economico.

Disabilità e non autosufficienza

- La pandemia ha isolato e reso via via **più fragili le persone con disabilità**, giovani e adulte, **e le persone anziane non autosufficienti**. L'isolamento ha portato solitudine, fragilità, per gli anziani e per le persone con disabilità che hanno visto chiudere i centri diurni e l'educativa scolastica. La tragedia delle Rsa e Rsd impone un ripensamento sul modello su cui sono state costruite queste strutture.
- Il progetto di **Codice in materia di disabilità** non si è spinto oltre gli annunci da parte del Governo. **La legge 68** del 1999 sugli inserimenti lavorativi rimane una grande opera incompiuta e presenta profonde e durature criticità. La legge sul "**Dopo di noi**" procede con significative lentezze e con dimensione di presa in carico risibili rispetto alla domanda potenziale.
- Relativamente agli anziani, la demografia e il calo lento ma inesorabile dei caregiver familiari **terranno alta la domanda di assistenza,** nei confronti dei servizi pubblici e del lavoro privato di cura, mentre con la regolarizzazione ora avviata la realtà delle badanti potrà almeno in parte uscire dal mercato sommerso.

Priorità e Proposte

Nuove diseguaglianze e povertà

Una crisi economica di così ampie proporzioni renderà necessario intervenire con riforme strutturali e di sistema di medio-lungo periodo. Potrà essere finalmente l'occasione per **riformare il sistema di protezione sociale**, estremamente frammentato e caratterizzato da misure piccole e grandi stratificatesi nel tempo, categoriali e che lasciano tradizionalmente scoperte ampie porzioni di popolazione. Si dovrà provvedere ad una **riconfigurazione del Reddito di Cittadinanza**, rendendolo più inclusivo ed ampio rispetto alla platea intercettata, ad esempio agendo sulla scala di equivalenza e

rendendola più favorevole alle famiglie numerose con figli, o abolendo il vincolo dei dieci anni di residenza che lo ha inibito a molti nuclei di stranieri, o anche abbassando le soglie economiche di accesso, in modo tale da rendere eleggibili anche i lavoratori non protetti dagli attuali ammortizzatori sociali.

Di seguito quattro proposte concrete di lavoro con i servizi per il contrasto delle povertà e dell'esclusione sociale:

1. **Ripensare le modalità di presa in carico ed attivazione** delle persone e delle famiglie fragili, scongiurando un ritorno all'assistenzialismo, ma tenendo conto dell'effettiva praticabilità degli interventi;
2. Rafforzare l'integrazione e la collaborazione, sia istituzionale che operativa tra servizi, finalizzata al **superamento delle modalità di lavoro a compartimenti stagni** (tra sociale, sanità, lavoro, politiche educative, della casa, ecc.), nell'accompagnamento delle fragilità.
3. Promuovere **nuove e durature alleanze tra pubblico e privato sociale** nel sostegno delle povertà, dando piena attuazione all'art. 55 del Codice del Terzo settore.
4. Lavorare sulla ricomposizione degli interventi e delle risorse (PON, PO FEAD, Quota Servizi Fondo Povertà, ecc.) nella prospettiva di una più ampia **programmazione di sistema** degli interventi di contrasto alla povertà ed inclusione sociale sui territori.

I bambini e gli adolescenti

Va **ripensata l'alleanza sociale-educativa**, attraverso la stretta relazione tra scuole e servizi sociali, per rilevare situazioni di esclusione e di bisogno ed intervenire efficacemente in tempi rapidi per contrastare la dispersione scolastica.

Occorre **potenziare la funzione di *advocacy*** riportando nei tavoli politici a tutti i livelli (locale, regionale, nazionale) il tema dell'infanzia e dell'adolescenza, in sinergia con il terzo settore che si è fatto carico di insieme al pubblico di far fronte ai bisogni nuovi e generalizzati.
Occorre promuovere la definizione di livelli **essenziali delle prestazioni per i minori**, che costituiscano un riferimento a livello nazionale e siano accompagnati da precise indicazioni di attuazione, che ne assicurino l'esercizio.

Di seguito quattro proposte concrete di lavoro:

1. Occorre **ripensare i servizi per i minori** e le loro famiglie in termini di risorse, metodi, tecniche, strumenti e finalità anche in direzione di garantire

la **continuità dei progetti domiciliari** utilizzando nuove modalità, nuove metodologie e nuovi strumenti;

2. **Costruire reti e relazioni significative tra servizi sociali e scuole**, a partire dal sistema educativo 0-6 per continuare con le scuole dell'obbligo e contrastare povertà educativa e diseguaglianze;
3. È urgente ricostruire il sistema dell'integrazione socio-sanitaria attraverso il **raccordo tra i servizi sociali e quelli sanitari territoriali**, in particolare le NPI, i CPS, i SerT, i pediatri e i medici di base
4. **Sostenere con formazione e supervisione** tutti i professionisti che lavorano con i bambini, gli adolescenti e i loro genitori per mantenere alta la qualità di servizi e interventi.

La casa e la qualità dell'abitare

Occorre **ripensare le misure di sostegno all'accesso e al mantenimento dell'alloggio** in relazione all'allargamento della platea dei soggetti che necessitano di supporto, aumentando l'offerta abitativa sociale per offrire soluzioni abitative stabili e temporanee.
Occorre **promuovere spazi di co-progettazione delle politiche abitative** tra pubblico e privato, coinvolgendo anche soggetti diversi rispetto ai tradizionali attori del welfare (es. enti proprietari di immobili, agenzie immobiliari, ecc.) che possono incrementare le risorse a disposizione e contribuire a dare risposte diversificate ai problemi abitativi. Anche attraverso la co-programmazione tra pubblico e privato prevista dall'articolo 55 del Codice del terzo settore.

Di seguito quattro proposte concrete di lavoro:

1. Promuovere una **riorganizzazione dei tradizionali strumenti di analisi e gestione dei dati** per ricostruire informazioni dettagliate sullo stato del patrimonio immobiliare pubblico e reperire informazioni sul patrimonio privato sfitto e inutilizzato, quale risorsa strategica per costruire risposte differenziate rivolte alle diverse fasce di bisogno abitativo.
2. Accompagnare i territori a **consolidare nuovi dispositivi di** GOVERNANCE (es. Agenzie per l'abitare) in grado di favorire l'incontro tra domanda e offerta abitativa sociale e diversificare i propri servizi individuando strategie che consentano di contenere le nuove vulnerabilità e impedire che queste si trasformino in nuove situazioni di marginalità.

3. **Ripensare i servizi dedicati alla qualità dell'abitare**, con particolare attenzione alle relazioni di vicinato, alle relazioni intra familiari e allo sviluppo di pratiche solidali all'interno delle comunità condominiali.

La popolazione migrante

Occorre un **ripensamento e una riorganizzazione del sistema di accoglienza** per richiedenti asilo, particolarmente fragile nella prima accoglienza sul versante dell'integrazione degli ospiti e di un loro inserimento nella comunità. In assenza di un modello teorico-politico di integrazione condiviso, occorre **sistematizzare e divulgare le buone pratiche** che le istituzioni e le diverse comunità locali italiane hanno accompagnato e promosso attraverso un processo territoriale e "spontaneo" nelle località e nei contesti produttivi di insediamento dei migranti.

Occorre un **ripensamento delle logiche di gestione dei flussi migratori** e della tutela dei diritti della popolazione migrante, a partire dalle reali esigenze in quanto cittadini e non da mere logiche di mercato.

Di seguito quattro proposte concrete di lavoro:

1. In attesa di una riforma del sistema di accoglienza, a partire dalla revisione degli schemi di capitolato introdotti dal "Decreto Sicurezza", **occorre introdurre disposizioni attuative in grado di incentivare il ricorso ad un modello di accoglienza diffusa** che sia effettivamente in grado di promuovere l'autonomia degli ospiti, l'integrazione e la partecipazione attiva nelle comunità. Occorre, altresì, **facilitare gli scambi e le connessioni tra i modelli esistenti** (ex CAS e SIPROIMI) al fine di ridurre la frammentazione e ottimizzare le risorse presenti.
2. Occorre stimolare la **creazione di luoghi e spazi di riflessione e condivisione delle buone pratiche** di integrazione esistenti al fine di promuoverne la diffusione e trasferibilità nei territori.
3. Occorre **un pensiero strategico complessivo** in merito ai temi della regolarizzazione e della cittadinanza, a partire da un confronto sia nelle sedi istituzionali deputate (vedi ad es. sedi europee) ma anche dal riconoscimento effettivo dei diritti esigibili dei migranti, spesso dimenticati.

Disabilità e non autosufficienza

Per quanto riguarda le **persone con disabilità occorre uscire dallo stallo delle politiche**. Appare urgente discutere la riforma nel campo della valutazione/certificazione, come suggerito nel *"Programma di Azione Biennale"* del 2017. Occorre mettere in relazione le problematiche legate alla autonomia e alla vita

indipendente ai cicli di vita delle persone e non allo spartiacque anagrafico dei 65 anni di età, soglia che determina discontinuità e forte disuguaglianza di trattamento.

Occorre **ripensare alle residenze per disabili (Rsd) e per anziani (Rsa)**, dando un forte impulso a strutture nuove e diverse, il cosiddetto "abitare leggero", strutture medio-piccole rivolte a persone con capacità almeno parziali di autonomia. Per gli anziani nelle Rsa si tratta di una quota che oscilla tra il 10 e il 20% degli ospiti.

Relativamente agli anziani, occorre **riformulare, prima ancora che potenziare, un sistema di aiuti domiciliari pubblici** sostanzialmente residuale (in particolare per i Sad, i servizi gestiti dai Comuni) e a vasi non o raramente comunicanti tra interventi dei Comuni e delle Asl (Adi). Leggermente più diffusi, questi ultimi, ma limitati per durata delle prestazioni e circoscritti generalmente a attività di tipo infermieristico. Di seguito quattro proposte concrete di lavoro:

- Il decreto Rilancio stanzia 734 milioni per il rafforzamento dell'Adi, ma parla anche di una integrazione con la componente sociale delle domiciliarità. Sulla scia di questa iniziativa occorre **definire una strategia di rilancio dei servizi domiciliari**, per superare i limiti esistenti, dare la massima efficacia ai nuovi stanziamenti e creare una sinergia tra gli sforzi degli enti pubblici e delle famiglie. In questa direzione si inserisce, fra gli altri, il ruolo **dell'infermiere di comunità,** anch'esso introdotto dal decreto Rilancio e che prevede l'assunzione di 9.600 infermieri.
- Occorre dare avvio a piani di **sviluppo di Comunità residenziali e di Housing sociale,** che offrono un sostegno alternativo alle Rsa orientato a favorire l'autonomia, con l'obiettivo di "restituire la persona alla comunità" e dove la persona con disabilità o con limitata autosufficienza gestisce la propria quotidianità condividendo però una serie di servizi.
- Occorre far crescere a livello territoriale degli **sportelli "**ONE STOP SHOP", dove si giochi veramente una integrazione tra sociale e sanitario, che accompagni le persone giovani e adulte con disabilità e le loro famiglie a elaborare un progetto individuale di vita (art. 14 l. 328/2000).
- Occorre fare uscire i **Progetti di vita indipendente** e i **Budget di salute** dalle sperimentazioni infinite, per valutarne la sostenibilità nel tempo e la replicabilità a livello territoriale.

Per partecipare alla consultazione, che ha l'obiettivo di arrivare ad un'agenda condivisa di priorità per il welfare che ci aspetta, vai a questo link.

---

[1] Si vedano i numeri speciali di "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 20-22 del 2011, n. 8-10 del 2013 e n. 2 del 2016.

LombardiaSociale.it è un sito indipendente che si occupa di analisi e valutazione del sistema lombardo dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e socio educativi, ampiamente intesi come welfare sociale. É un progetto ideato da Cristiano Gori, che lo dirige, realizzato da un'équipe di ricerca collocata presso l'Istituto per la Ricerca Sociale e finanziato e promosso dai principali soggetti che si occupano di welfare sociale in Lombardia.

Il principale obiettivo che persegue è la costruzione di uno spazio di confronto sul welfare lombardo, attraverso la pubblicazione online di materiali di analisi delle misure regionali, l'aggiornamento e la raccolta di punti di vista ed esperienze territoriali e l'organizzazione di seminari ed eventi di discussione e confronto con quanti operano nell'area del welfare sociale in Lombardia.

PROGETTO REALIZZATO DA

Associazione per la Ricerca Sociale

PROMOTORE ISTITUZIONALE

fondazione cariplo

PROMOTORI PRINCIPALI

KORIAN

caritas Caritas Ambrosiana

CGIL SPI Lombardia

UILPENSIONATI Milano e Lombardia

FNP CISL PENSIONATI LOMBARDIA

ALTRI PROMOTORI

AGeSPI Lombardia
LegaCoop
Confcooperative
AGCI

IN COLLABORAZIONE CON

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs