3. Le politiche per gli anziani non autosufficienti

Rosemarie Tidoli, Marco Noli e Virginio Brivio

3.1. Introduzione

Come sono le cambiate le politiche e gli interventi regionali per gli anziani non autosufficienti dal 2018 a oggi? Il capitolo vuole rispondere a questo interrogativo, discutendo dapprima i diversi interventi autonomamente e proponendone poi una lettura trasversale.

Nel 2018, all'inizio dell'XI legislatura, la rete lombarda dei servizi agli anziani non autosufficienti – sostanzialmente in linea con quelle precedenti – si polarizzava su due versanti: 1) i servizi domiciliari, ADI e SAD, rispettivamente di natura socio-sanitaria e sociale, in entrambi i casi d'impatto residuale perché erogati a percentuali molto ridotte della popolazione anziana; 2) le RSA, Residenze sanitarie assistenziali, con percentuali di anziani in carico decisamente più elevate, indice del forte sbilanciamento verso le strutture residenziali tipico del sistema lombardo di sostegno alla non autosufficienza. Tra l'uno e l'altro estremo, alcune misure intermedie quali servizi diurni, RSA aperta, contributi economici, nuove forme di residenzialità e di abitare assistito, non ancora entrate pienamente a regime. In mezzo, tanti bisogni scoperti.

Gli anziani non sono oggetto di una particolare attenzione nel documento programmatico dell'XI legislatura, che li menziona in due Missioni ([1]) dell'area sociale e sanitaria in modo piuttosto generico, affrontando i temi che li coinvolgono nell'ambito di altri più vasti insiemi, ad esempio quelli dei pazienti cronici, fragili o disabili.

A febbraio 2020, in questa cornice di bassa priorità politica si è inserita la pandemia, nel corso della quale il maggior tributo in termini di vite umane è stato pagato proprio dagli anziani e dai soggetti fragili. Su questa

([1]) Missione 13 (Tutela della salute) e Missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali, pari opportunità e famiglia).

nutrita fascia di popolazione ha cominciato così a convergere un'inconsueta attenzione, partita dal livello nazionale e allargatasi poi ai territori e ai servizi (Gori, Trabucchi, 2020) ([2]). Nel post Covid lo Stato ha dato il via all'emanazione di una serie di atti e normative, diversi dei quali interessano da vicino gli anziani, prima tra tutti la legge delega di riforma a favore dei non autosufficienti (L. n. 33/2023). L'esame dell'odierna situazione dei servizi per anziani in Lombardia non può dunque non tener conto della legislazione licenziata dal 2021 in poi a livello statale – dal PNRR alle leggi nazionali correlate, tra cui quelle relative ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) – e delle relative ripercussioni sui territori.

La disamina esposta nei prossimi paragrafi parte dai servizi domiciliari (par. 3.2) per estendersi a quelli residenziali (par. 3.3) ([3]). Seguono poi l'analisi trasversale dei punti di forza e debolezza (par. 3.4) e l'agenda per il futuro (par. 3.5).

3.2. I servizi a domicilio

3.2.1. *L'assistenza domiciliare integrata*

Nell'XI legislatura continuano ad aumentare i finanziamenti destinati alla domiciliarità socio-sanitaria (per anziani, ma non solo), a conferma di una tendenza al rafforzamento registrata già nel 2016, consolidata dalla Giunta Maroni e proseguita da quella Fontana. La spesa investita dalla Regione sulle cure domiciliari nel 2021 è di 186,2 milioni di euro, corrispondente al 6,7% della spesa totale socio-sanitaria sull'anno; nel 2019 era di 152,6 milioni di euro ([4]). La crescita dell'ADI durante l'XI legislatura è avvenuta indipenden-

---

([2]) *Domiciliarità: più fondi non bastano senza una nuova progettualità. Taccuino sul mondo nuovo Cinque*, 15/5/2020, I Luoghi della Cura Rivista Online (*luoghicura.it*).

([3]) Non vengono qui presi in considerazione i percorsi per la Presa in carico della cronicità (PIC), iniziati alla fine della X legislatura e proseguiti anche nella XI, in quanto non sono specificamente rivolti agli anziani non autosufficienti ma a soggetti di tutte le età affetti da patologie croniche. Per un'analisi della PIC durante il quinquennio della prima legislatura Fontana, si veda: (Tidoli, 2023), *http://www.lombardiasociale.it/2023/07/11/morte-e-resurrezione-della-pic/*

([4]) Per il calcolo sono stati utilizzati i dati della banca dati BDAP (che permettono di rilevare la spesa delle Regioni per livello essenziale di riferimento, ADI compresa). In base a questi, nel comparto cure domiciliari si presume rientri anche la misura di RSA aperta mentre sono escluse le cure palliative. Per un approfondimento, si veda (Pelliccia, 2023),

temente dalla forte convergenza che, dopo la pandemia, si è creata a livello nazionale in merito alle necessità di sviluppare i servizi domiciliari, nell'ottica di fare diventare la casa "il luogo privilegiato di cura". Si prevedono quindi ulteriori investimenti nel breve futuro: il PNRR stesso si pone l'obiettivo ambizioso di raggiungere con l'ADI il 10% della popolazione anziana entro il 2026 ([5]). Per la Lombardia si tratterebbe di più del raddoppio degli anziani attualmente assistiti (Pelliccia, 2022b) ([6]). Essi, infatti, al 2019 rappresentavano meno del 5% della popolazione anziana residente, considerando sia le prese in carico di base (CIA base) che quelle più qualificate (CIA I-IV livello, ovvero le cure domiciliari integrate che assicurano almeno un accesso a settimana); concentrandosi solo su quest'ultima tipologia, la percentuale scende al 2,7% ([7]), tendenzialmente in linea con la media nazionale.

Tuttavia, né i crescenti investimenti regionali né il PNRR hanno previsto, o prevedono, il rafforzamento dell'ADI anche dal punto di vista dell'intensità assistenziale e del livello qualitativo, in particolare per quanto riguarda il superamento dell'attuale modello sanitario-prestazionale in favore di un'assistenza domiciliare davvero integrata. Il numero di ore per utente anziano in Lombardia, sempre nel 2019, corrisponde a 15 annuali (Annuario SSN, 2019), dato che di per sé raffigura un'impostazione altamente prestazionale, basata su un numero limitato di accessi di durata altrettanto ristretta.

Gli investimenti dell'XI legislatura nell'ADI – come avvenuto anche per altre Unità di Offerta – sono in gran parte stati motivati dall'intento di correggere gli squilibri territoriali più importanti ([8]), contrattualizzando nuovi vo-

---

http://www.lombardiasociale.it/2023/05/09/la-spesa-regionale-per-i-lea-i-piu-recenti-trend-evolutivi/.

([5]) Lo stanziamento previsto per il raggiungimento di tale obiettivo è di 2,7 miliardi a livello nazionale; i riparti per le Regioni sono però stati approvati solo in concomitanza della fine dell'XI legislatura: *https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111755*

([6]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/12/20/ladi-alla-prova-del-pnrr/*

([7]) Secondo i dati diffusi col Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2019. Si tratta degli ultimi dati disponibili in quanto il nuovo sistema di valutazione dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (NSG, Nuovo sistema garanzia) non permette più di distinguere la popolazione per fasce di età, e quindi la porzione di anziani trattati in ADI.

([8]) Per una ricostruzione dettagliata delle D.G.R. che hanno sostenuto maggiori investimenti sull'ADI al fine del riequilibrio dell'offerta territoriale, si veda (Pozzoli, 2022a), *http://www.lombardiasociale.it/2022/09/05/il-finanziamento-del-comparto-sociosanitario-nell-lxi-legislatura/*

lumi in ragione degli scostamenti negativi dalla media regionale delle diverse ASST della Regione. Lo stesso si può dire del PNRR e dei relativi fondi per l'ADI, la cui logica è stata fortemente improntata al superamento dei divari territoriali. Tali obiettivi, benché urgenti e importanti, non toccano tuttavia il modello organizzativo dell'ADI, che resta perlopiù immutato nonostante i limiti ormai ampiamente riconosciuti.

Anche la sperimentazione con la quale si è aperta l'XI legislatura ([9]) non ha modificato l'impostazione prestazionale dell'ADI dal momento che mira a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni previste attraverso l'introduzione di nuovi 'percorsi assistenziali domiciliari'. Questi diventeranno la base, nel 2022, per la ridefinizione del modello di cure domiciliari disposto dalla Regione con la D.G.R. 6867, inerente l'approvazione di nuovi requisiti di accesso e accreditamento delle cure domiciliari (denominate C-DOM) e la riclassificazione dei profili assistenziali ADI esistenti in nuovi percorsi, con nuove tariffe, di cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello (Noli, 2022) ([10]); il tutto nel contesto del quadro normativo (anche) nazionale di riferimento per lo sviluppo delle nuove articolazioni territoriali della sanità territoriale ([11]).

È interessante segnalare che la normativa statale prevede che le ASST diventino anch'esse gestori di ADI, accreditandosi e attivando il servizio entro il 30/9/2023. Non sfugge la criticità per Regione Lombardia di questa scelta, che implica per le ASST l'assunzione di un nuovo ruolo gestionale dell'ADI, in precedenza esercitato dalle ASL ma abbandonato ormai da tanti anni, con conseguente perdita del relativo know-how e necessità di ricostruirlo.

A oggi, siamo nella fase d'implementazione del nuovo sistema di cure domiciliari e del nuovo modello organizzativo e funzionale per la sanità territoriale. Per il momento, l'ADI continua a rimanere caratterizzata da un modello di cure domiciliari fortemente prestazionale e totalmente scollegato dal comparto sociale.

([9]) La sperimentazione è partita il primo semestre 2019 coinvolgendo tre ASST (Monza, Lecco, Vimercate) e 27 soggetti erogatori sui 38 operanti in quei territori, con 4 percorsi individuali standardizzati, ovvero protocolli di assistenza definiti in forma di raccomandazione, basati su indirizzi di buone pratiche utili a favorire un'uniforme erogazione delle prestazioni sul territorio regionale.

([10]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/09/27/riordino-delladi-in-lombardia-seconda-parte/*

([11]) A livello nazionale, si tratta di: Missione 6 (Salute) del PNRR e relativi D.M. n. 77 del 23/5/2022 sullo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e D.M. 29/4/2022 sul modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare.

3.2.2. *Il Servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD)*

Nonostante sia un caposaldo storico dei servizi lombardi ([12]), nel programma di legislatura il SAD, finanziato ed erogato dai Comuni, non viene nemmeno menzionato. Non sorprende quindi che la prima Giunta Fontana (analogamente alle precedenti) nel quinquennio non sia intervenuta su quest'Unità di Offerta che, pur essendo di competenza comunale, potrebbe beneficiare di attenzione regionale, ad esempio in termini di regia e coordinamento nell'ambito della rete dei servizi lombardi, se non altro nell'ottica di superare gli squilibri territoriali.

Anche nel corso dell'XI legislatura, dunque, il SAD rimanda l'immagine di un servizio guidato da un'ottica socio-assistenziale, che sconta vecchi problemi più volte segnalati ([13]); 1) impostazione prestazionale basata su interventi circoscritti di breve durata, non pensati per le esigenze di care dei non autosufficienti e dei loro caregiver. Sono rari i progetti personalizzati e, ancor più, quelli integrati con gli interventi socio-sanitari. In particolare, le risposte offerte dal SAD risultano pressoché irrilevanti per le persone affette da demenza, il cui numero è in continuo aumento ([14]); 2) spiccata disomogeneità territoriale in termini di regolamenti, iter di accesso, prestazioni erogate, costi di partecipazione, ecc., che impatta sia sugli enti erogatori del servizio che sugli utenti, soprattutto dal punto di vista dell'equità orizzontale; 3) frequente utilizzo del SAD come soluzione assistenziale/emergenziale, specie nei confronti di anziani soli e/o indigenti, in mancanza di interventi più consoni. Da qui nasce la sua diffusa connotazione come "servizio dei poveri", che lo rende poco attrattivo all'esterno.

Da vari anni il SAD registra – a partire dal 2016 – un generalizzato calo di utenti, benché la serie storica raccolta da ISTAT tra il 2014 e il 2020 (vedi tab. 3.1) dimostri che tale andamento non è lineare bensì altalenante; si va dai 25.362 utenti ultra65enni in carico nel 2014 ai 33.030 del 2016, per arrivare ai

---

([12]) Fin dalla metà degli anni '70 infatti, alcuni Comuni lombardi – tra cui quello di Milano – hanno istituito autonomamente i loro servizi di assistenza domiciliare, anticipando di molti anni le indicazioni regionali della L.R. n. 1/1986.

([13]) Per approfondimenti si rimanda al capitolo 4 del volume *Il welfare delle riforme?*, scaricabile al link *http://www.lombardiasociale.it/analisi-della-x-legislatura/*

([14]) Per approfondimenti si veda: Tidoli, 2021, *I servizi domiciliari in Italia*, allegato tecnico n. 1 al Piano Nazionale di domiciliarità integrata (Proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" per la legge di bilancio 2022), *Allegato-tecnico-1.pdf* (*pattononautosufficienza.it*).

30.931 del 2020 passando però per un importante calo con i 25.748 nel 2018, e così via.

Tabella 3.1 - Numero di ultra 65enni in carico all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, spesa totale e spesa dei Comuni in Lombardia, anni 2014-2020

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Utenti	25.362	25.576	33.030	26.946	25.748	27.239	30.931
Totale spesa (euro)	61.922.085	56.927.628	49.817.342	52.804.907	52.696.345	54.163.056	51.925.933
Spesa dei Comuni (euro)	53.777.307	48.875.047	41.893.868	44.795.403	45.332.198	46.967.390	44.975.445

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, anni vari.

Da queste cifre è facile cogliere la sostanziale residualità del servizio in rapporto ai potenziali utenti anziani ([15]). Negli ultimi anni, inoltre, si ravvisa da parte dei Comuni la tendenza a limitare l'impegno economico per l'assistenza domiciliare nei confronti di questa fascia di età, favorendo al contrario altre categorie d'utenza (Pelliccia, 2022a) ([16]). In particolare, gli interventi domiciliari tutelari per anziani hanno subito un freno nel 2020, un momento in cui – nel pieno della pandemia – ci si sarebbe aspettato un potenziamento invece che una riduzione ([17]). L'irruzione del Covid ha infatti chiamato i servizi domiciliari a cambiare repentinamente. Nonostante il prescritto distanziamento sociale, Comuni e gestori dei SAD si sono ingegnati a trovare nuovi

([15]) Altri dati, relativi al 2018, sono inoltre stati esposti dall'Assessore Bolognini alla fine del 2020. Il SAD anziani risultava erogato da 858 UO sociali, pari al 10,3% delle 8.292 autorizzate al momento (che, a loro volta, rappresentavano il 25% sul totale delle UO). Gli anziani presi in carico erano 24.545, con una lieve differenza rispetto ai dati indicati da ISTAT. Per approfondimenti si veda: *http://www.lombardiasociale.it/2020/11/24/domiciliarita-quale-direzione-per-la-lombardia/*

([16]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/10/04/levoluzione-della-spesa-per-il-sociale/*

([17]) Un'inversione di tendenza si registra solo dal 2019, quando la spesa per l'assistenza domiciliare anziani ha avuto una leggera ripresa, pur restando a valori nettamente inferiori al 2015 (Pelliccia, 2022a). Riguardo al calo del 2020, va sottolineato che in parte può dipendere dal fatto che molti Comuni hanno dovuto sospendere gli accessi domiciliari, spesso su richiesta dei parenti degli anziani, che vedevano l'entrata in casa di terze persone come fonte di possibile contagio.

modi per stare vicino ad anziani e soggetti fragili, calibrando flessibilmente la loro azione secondo le esigenze e l'evolversi della situazione, anche grazie a teleassistenza, supporto psicologico e monitoraggio telefonico (Tidoli, 2020) ([18]). In alcuni casi il SAD è riuscito a innescare processi di rete innovativi con le realtà locali (negozianti, piccole botteghe, ecc.), favorendo una maggior coesione nelle comunità (Tidoli, 2023 a) ([19]). Le circostanze hanno così fatto emergere le potenzialità del SAD non solo come erogatore di prestazioni ai singoli ma anche, e soprattutto, come regista di processi e collante tra anziani, servizi e attori locali, nell'ottica di coprogettazione tra enti pubblici e soggetti territoriali che da tempo molti auspicano (Tidoli, a cura di, 2020) ([20]).

Purtroppo, considerati i numeri estremamente marginali del SAD, queste positive iniziative rischiano di restare isolate e di non riuscire a espandersi in mancanza di investimenti, sia in termini economici che di attenzioni, da parte dei decisori regionali.

3.2.3. *Le assistenti familiari*

Nonostante in Lombardia viva oltre un milione e mezzo di anziani in vari gradi di non autosufficienza e almeno 160.000 badanti (numero stimato, tra regolari e irregolari), le tematiche inerenti il lavoro di cura hanno stentato a lungo a entrare nell'agenda politica.

Durante la X legislatura è stata emanata la L.R. n. 15/2015 sul lavoro di cura ([21]) che prevedeva di attuare sul territorio sportelli e registri degli assistenti familiari e di diffondere il Bonus Assistenti Familiari (il c.d. "bonus badanti"), un primo passo verso il sostegno del lavoro privato di cura, soprattutto in assenza di una normativa nazionale.

La legge ha tuttavia avuto false partenze (Tidoli, 2016) ([22]) e un avvio molto lento (Pasquinelli, 2018) ([23]): solo nel 2018, infatti, l'XI legislatura ([24])

([18]) *http://www.lombardiasociale.it/2020/05/13/gestire-un-servizio-di-assistenza-domiciliare-ai-tempi-del-covid/*

([19]) *http://www.lombardiasociale.it/2023/03/06/la-domiciliarita-dopo-la-pandemia-lat-di-melzo/*

([20]) *http://www.lombardiasociale.it/2020/11/21/una-nuova-assistenza-a-domicilio-in-lombardia-10-proposte/*

([21]) "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari".

([22]) *http://www.lombardiasociale.it/2016/10/13/la-falsa-partenza/*

([23]) *http://www.lombardiasociale.it/2018/01/23/le-badanti-lombardia-punto/*

([24]) In base a quanto previsto nel programma iniziale con la D.G.R. n. 914/2018 e il

ha stanziato le risorse e dato gli input operativi per partire con gli interventi. A gennaio 2020, però, solo sei Ambiti territoriali su dieci avevano attivato almeno uno sportello, prevalentemente gli stessi che avevano in corso iniziative simili già in precedenza; non tutti avevano attivato i registri e il 'bonus' ha incontrato uno scarso favore da parte delle famiglie (Ghetti, a cura di, 2020) ([25]). Al 2021 i beneficiari erano ancora meno di 200 ([26]) (Pasquinelli, 2021) mentre le assistenti familiari iscritte al registro rappresentavano meno del 3% delle circa 90.000 assistenti regolari che lavorano in Lombardia. A fine 2022 ecco arrivare qualche miglioramento: una ricognizione di Regione Lombardia indica che 82 Ambiti su 95 hanno uno sportello attivo, con una significativa crescita numerica rispetto a soli due anni prima. Inoltre la nuova edizione del "Bonus Assistenti Familiari" sembra riscuotere più successo, probabilmente anche grazie alla correzione di due precedenti penalizzanti vincoli (ora tolti): l'impossibilità di presentare domanda per famiglie con contratti in capo a enti terzi e l'incompatibilità con le misure B1 e B2 ([27]). L'XI legislatura chiude comunque a 5 mesi dall'apertura del bando (che prevede una procedura di selezione a sportello, in base all'ordine di presentazione delle domande e fino all'esaurimento delle risorse) con residui ancora attivi.

Quelle a sostegno del lavoro di cura si dimostrano dunque, nel quinquennio, misure che faticano molto ad attecchire perché difficili da ottenere (ad esempio, a causa di valori ISEE vincolanti), poco attrattive (con importi limitati, che possono coprire al massimo il 60% dei contributi previdenziali per la retribuzione dell'assistente familiare senza superare comunque i 2.400 euro annui) e poco pubblicizzate (Regione Lombardia non ha mai effettuato una mappatura degli sportelli, con dettagli e riferimenti, da rendere disponibile a potenziali utenti).

---

decreto n. 4597/2019. La Regione ha poi continuato a finanziare tali misure anche nel 2021 (D.G.R. n. 5756/2021). Si veda anche Tidoli, 2019, *http://www.lombardiasociale.it/2019/01/22/legge-sulle-badanti-qualcosa-si-muove/*

([25]) *http://www.lombardiasociale.it/2020/01/14/bonus-assistenti-famigliari-una-buona-misura-che-non-decolla/*

([26]) *https://www.welforum.it/ma-la-salute-di-territorio-e-anche-sociale/*

([27]) Per approfondimenti si veda: 2022, IRS e Fidaldo, Atlante Fidaldo. Il lavoro domestico negli interventi delle Regioni e delle città italiane. 2º report di ricerca. Scaricabile al link *https://www.fidaldo.it/atlante/lavoratori-domestici/il-lavoro-domestico-negli-interventi-delle-regioni-e-delle-citta-italiane/*

3.2.4. *I caregiver familiari*

Si stima che in Lombardia circa mezzo milione di persone si prendano cura di un congiunto, quasi sempre un anziano parzialmente o totalmente non autosufficiente.

L'XI legislatura interviene in questo campo solo a fine mandato, approvando a novembre 2022, anche grazie al processo partecipativo della cittadinanza e delle organizzazioni della società civile, una legge sul caregiver familiare ([28]) che per la prima volta – similmente a quanto già avvenuto in altre Regioni – ne riconosce la figura nel più ampio contesto dei servizi territoriali (Imbrogno, 2022) ([29]). Ovviamente la legge è troppo recente per poter esprimere qualunque valutazione circa il suo impatto, che potrà dispiegarsi solo nella XII legislatura. Sempre di fine mandato sono due D.G.R. con le quali la Lombardia espone i criteri per l'utilizzo del Fondo Caregiver, un fondo nazionale che a partire dal 2020 – in seguito alla pandemia – è stato ripartito tra le Regioni per permettere l'attivazione di interventi diretti di sollievo e di sostegno per i caregiver familiari, nell'ambito della più ampia programmazione di integrazione socio-sanitaria e della non autosufficienza. Tale utilizzo, poi proseguito dopo il periodo pandemico, ha portato all'emanazione delle sopraccitate delibere. Anche in questo caso qualsiasi giudizio è prematuro; segnaliamo solo che l'impianto degli interventi previsti da Regione Lombardia a valere su tale Fondo richiama e si collega ai criteri stabiliti per l'utilizzo del FNA ([30]), di cui al paragrafo successivo.

3.2.5. *Buoni e voucher*

Da anni Regione Lombardia supporta la permanenza a domicilio delle persone anziane anche attraverso contributi monetari di varia natura, tra i quali rientrano i buoni e i voucher del FNA rivolti alle persone con grave e gravissima disabilità che vivono presso il proprio domicilio ([31]). Ci riferia-

---

([28]) L.R. 30/11/2022, n. 23, *Caregiver familiare*.

([29]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/12/03/legge-regionale-caregiver-un-passo-importante-a-cui-ne-devono-seguire-altri/*

([30]) Sostegno ai caregiver familiari di persone con 'gravissima' e 'grave' disabilità e, in particolare, a chi non risulti in carico alle Misure B1, B2 o ad altri servizi territoriali. Per approfondimenti si rimanda a: *Programma FNA 2022: spinta sui voucher | Lombardia Sociale*

([31]) Per completezza tra i sostegni economici va citato anche il 'voucher anziani', finanziato con fondi POR-FSE, erogato per interventi volti a migliorare la qualità della vita di persone anziane fragili e di percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale delle persone disabili. Questa misura risulta però residuale.

mo, in particolare, alle misure B1 e B2, volte a sostenere la domiciliarità di soggetti non autosufficienti, anziani compresi, affetti da: 1) disabilità gravissime secondo l'art. 3 del D.M. 26/9/2018 (misura B1); 2) gravi limitazioni della capacità funzionale, tali da compromettere significativamente il grado di autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana e di relazione e sociale (misura B2). Istituite nel 2014 (D.G.R. n. 740/2013), da allora hanno subito diverse rimodulazioni in merito a destinatari, requisiti di accesso, strumenti, definizione di disabilità gravissima, di gravità, ecc. Entrambe vengono esaminate in maggior dettaglio nel capitolo 4 dedicato alle politiche per la disabilità, al quale si rimanda per approfondimenti.

Qui basti dire che gli anziani possono essere destinatari dell'una o dell'altra misura anche se, in maggioranza, sono beneficiari della B2: infatti nel 2022 la misura B2 è stata erogata a 6767 anziani contro 4747 adulti e 2480 minori. Per la B1, invece, in mancanza di dati precisi, possiamo dire che i destinatari più favoriti da questa misura in Lombardia sono stati i non autosufficienti con meno di 65 anni di età ([32]).

3.3. I servizi residenziali

3.3.1. *Le RSA*

Le RSA sono strutture residenziali accreditate nonché parte integrante del SSR (al di là delle estemporanee affermazioni di qualche assessore…) e, come tali, chiamate a erogare prestazioni vincolate dalla normativa statale e regionale, che ne segna i relativi limiti. Anche nell'area della residenzialità i temi che hanno caratterizzato l'XI legislatura sono in continuità con quelli delle precedenti, fermo restando l'impatto della pandemia che ha particolarmente stressato il settore. La residenzialità è il comparto che in Lombardia assorbe gran parte delle risorse socio-sanitarie regionali (58% nel 2021) e le RSA rappresentano l'Unità di Offerta con la maggior incidenza: 34,6% della spesa socio-sanitaria nel 2021 (il domiciliare, a confronto, ha un peso ben inferiore: 8,7% tra ADI – sia anziani che disabili – e cure palliative) (Pelliccia, 2023) ([33]).

([32]) Il totale dei beneficiari della misura B1 nel 2022 risulta essere di 9.267 (al mese di ottobre).

([33]) *http://www.lombardiasociale.it/2023/05/09/la-spesa-regionale-per-i-lea-i-piu-recenti-trend-evolutivi/*.

Da questo punto di vista, peraltro, la pandemia non ha modificato in modo sostanziale gli equilibri ([34]). Purtroppo, però, non si sono verificate differenze significative rispetto al passato neppure in relazione a alcune note criticità del sistema residenziale lombardo per gli anziani: l'insufficiente volume di risorse stanziato da Regione attraverso il fondo sanitario, la questione delle compartecipazioni ai costi e quella dell'inappropriatezza dei criteri utilizzati per la distribuzione dei fondi sanitari.

3.3.1.1. La pandemia

Durante la pandemia sulle residenze si sono concentrati i fari dell'attenzione mediatica e politica. Tra i temi di fondo ricorrenti ricordiamo: le RSA sono focolai di malattia e di morte; le RSA sono troppe: bisogna privilegiare gli interventi domiciliari rispetto a quelli residenziali. Alcune responsabilità nella gestione della situazione pandemica sono state impropriamente scaricate sugli enti gestori che – nel caotico quadro normativo, con la sovrapposizione di indicazioni nazionali e regionali, comprensibile di fronte all'emergenza – hanno fatto quanto in loro potere per garantire un'assistenza adeguata. Il susseguirsi dei mesi ha evidenziato che se nel settore residenziale (lasciato in solitudine) non sono sicuramente mancate le criticità, anche l'andamento della mortalità a domicilio è stato drammatico, a volte ancor di più perché i decessi sono spesso avvenuti nel totale isolamento e senza il supporto di cure adeguate.

Spinti dall'emergenza, gli interventi regionali sono andati incontro, solo in parte e tardivamente, alle difficoltà dei gestori; l'ottica che ha prevalso è stata quella di varare provvedimenti tampone di natura economica. Si è garantito il budget assegnato, anche se non totalmente consumato, si è riconosciuto ai gestori parte del costo aggiuntivo legato al fronteggiamento del Covid e, dopo tanti anni di inerzia, si sono ritoccate le tariffe riconosciute alle RSA. Sostanzialmente tutto questo è stato fatto per il timore d'incorrere nella non sostenibilità del sistema, agendo per ridurre i rischi di collasso; sfortunatamente, ciò non è bastato a impedire la chiusura di alcune Unità di Offerta. Da evidenziare infine che l'aumento dei costi energetici e un'inedita inflazione sopraggiunta dal 2022 hanno ulteriormente minacciato l'equilibrio economico dei servizi.

([34]) A livello nazionale l'incidenza del residenziale nella composizione della spesa socio-sanitaria è leggermente inferiore, mentre quella delle cure domiciliari è superiore al dato lombardo.

3.3.1.2. Rette e compartecipazioni

Un aspetto cruciale, costantemente presente nel dibattito regionale, è quello relativo alla compartecipazione delle famiglie al costo delle rette di ospitalità in RSA, strettamente correlato alle tariffe sanitarie riconosciute dal SSR alle UDO contrattualizzate. Per quanto riguarda queste ultime, al di là di un discutibile intervento nel 2017 e di ritocchi minimali delle tariffe tra il 2020 e il 2022, peraltro non finalizzati a produrre sgravi per l'utenza (Pozzoli, 2022b) ([35]), la problematica resta tuttora irrisolta ed è oggetto di continue e reiterate prese di posizione sia dei gestori che dei sindacati. La situazione ha riflessi economici importanti anche per i Comuni, chiamati sempre più spesso a integrare i costi a carico di utenti e famiglie. La tabella sottostante espone le quote sanitarie riconosciute per le diverse classi SOSIA tra il 2019 e il 2022 (Pozzoli, 2022c) ([36]).

Tabella 3.2 - Adeguamenti tariffari nelle RSA

Alzheimer e Classi SOSIA	Quota sanitaria pagata da Regione fino al 2019	Aumento delibera di Giunta n. XI/3782 del 3/11/2020	Aumento delibera di Giunta n. XI/5340 del 4/10/2021	Aumento delibera di Giunta n. XI/6991 del 22/9/2022	Totale quota sanitaria erogata Regione Lombardia
Alzheimer	€ 52,00	€ 1,30	€ 2,00	€ 1,40	€ 56,70
Classi SOSIA 1-2	€ 49,00	€ 1,20	€ 1,85	€ 1,30	€ 53,40
Classi SOSIA 3-4-5-6	€ 39,00	€ 1,00	€ 1,50	€ 1,00	€ 42,5
Classi SOSIA 7-8	€ 29,00	€ 0,70	€ 1,10	€ 0,80	€ 31,6

Fonte: elaborazione F. Pozzoli su dati CISL.

L'impatto delle rette a carico delle famiglie, costantemente aumentate nel corso della legislatura e attestatesi sui 72,31 €/die nel 2021 (retta media massima), consegue in buona misura al mancato riconoscimento ai gestori da parte di Regione Lombardia delle quote sanitarie previste dalla legislazione vigente in materia di LEA (50% del costo giornaliero pro capite). Dalle schede struttura (ultimi dati disponibili 2013) si evince che il costo/die per ospite in RSA in Lombardia è pari a 103,9 € ([37]); la Regione dovrebbe quindi riconoscere alle strutture

([35]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/10/18/aumentano-i-costi-e-regione-aumenta-ulteriormente-le-tariffe/?doing_wp_cron=1690188364.9842689037322998046875*

([36]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/12/19/rsa-un-bilancio-di-fine-legislatura/*

([37]) È necessario ricordare che nelle RSA presenti sono un case mix delle classi SO-

almeno 51,95 €/die (media per tutte le classi SOSIA) ([38]), un valore superiore a quanto effettivamente oggi paga (e comunque "al ribasso" poiché basato su importi che non vengono aggiornati da anni) ([39]). Il risultato è che i costi di produzione non coperti continuano a ricadere sulle famiglie e sugli ospiti delle RSA, per i quali le rette sono sempre più insostenibili. In questo scenario è ineludibile chiedersi quale assistenza sia necessario garantire oggi agli anziani nelle residenze. Dalla risposta discendono l'individuazione delle risorse per farlo e la suddivisione tra il contributo regionale sul FSR e la quota di compartecipazione delle famiglie. Ricordiamo peraltro che la Lombardia è una delle poche Regioni che non norma la cosiddetta 'quota sociale' o tariffa alberghiera che, in mancanza di parametri di riferimento uguali per tutti, viene decisa in autonomia dagli enti gestori delle strutture (Pesaresi, 2019) ([40]). Questo rappresenta un ulteriore motivo del crescente contenzioso tra famiglie e gestori, soprattutto nel caso dei nuclei Alzheimer dove le rette sono le più alte del settore ([41]).

Il tema della sostenibilità, che non riceve grande attenzione da Regione Lombardia, riguarda tutti gli attori del sistema socio-sanitario: di conseguenza, solo grazie a una visione complessiva si può sperare di giungere a soluzioni praticabili.

SIA, per cui la quota sanitaria effettivamente riconosciuta è la media delle quote definite per ciascun soggetto.

([38]) Vedi Dati Osservatorio RSA CISL *http://www.lombardiasociale.it/2022/04/28/non-autosufficienza-e-rsa-in-lombardia-anno-2021/*

([39]) SOSIA (Scheda di osservazione intermedia dell'assistenza) è il sistema di classificazione degli ospiti introdotto nel 2001 nelle RSA Lombarde. Classifica gli ospiti a partire dalla valutazione di mobilità, cognitività, comportamento e comorbilità in otto classi funzionali, per ognuna delle quali viene riconosciuta una determinata tariffa. Questo sistema – ormai datato – non è più in grado di rappresentare la reale fragilità degli anziani ricoverati in RSA. L'analisi è complessa: la Regione ragiona rifacendosi a costi che scaturiscono dalle norme di accreditamento delle RSA (che prevedono 901 minuti/settimanali/ospiti), mentre i gestori erogano in media più di 1.050 /1.100 minuti/settimanali/ospite, dato che la situazione degli attuali residenti richiede un'assistenza superiore.

([40]) *https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/*

([41]) Va inoltre considerato che molte famiglie con buone ragioni si rivolgono alla magistratura sostenendo che l'assistenza ai pazienti Alzheimer è prevalentemente sanitaria, per cui nessuna compartecipazione è dovuta. Sul tema ogni tribunale dà interpretazioni difformi, a volte dando ragione ai gestori, altre volte alla famiglia. È condivisibile che l'assistenza di un paziente affetto da Alzheimer in RSA sia a totale carico del FSR; tuttavia la normativa vigente non lo prevede. Occorre quindi un intervento legislativo che ponga fine a questo contenzioso oneroso, sia per gli enti gestori sia per le famiglie.

3.3.1.3. Modello organizzativo

È utile ricordare che il modello organizzativo delle attuali RSA è figlio dell'elaborazione culturale degli anni '70-'80, al cui centro c'è il modello ospedaliero a partire dalla stessa struttura architettonica: camere doppie, poche camere singole, piccoli nuclei (simili a reparti ospedalieri) "ingentiliti" da sale da pranzo e soggiorni più accoglienti. Lo stesso sistema di classificazione con cui la Regione remunera le strutture (il sopraccitato SOSIA) è prestazionale, rigido e ormai datato: risulta dunque inadeguato a leggere i bisogni odierni degli ospiti nonché incapace di riconoscere indicatori di qualità dell'assistenza erogata e di promuovere il miglioramento degli esiti.

L'assistenza ai residenti nelle RSA lombarde rimane quindi impostata, anche nell'XI legislatura, sul modello biomedico e su un'assistenza standardizzata. Il prevalere di una tecnica fatta di ripetitività, protocolli e piani di lavoro, affiancata dalla pervasiva ottica amministrativa (concentrata sui budget e sul rispetto di standard sempre più sofisticati) ha fatto perdere di vista, a volte, la vera finalità delle RSA: garantire il benessere esistenziale degli ospiti, nell'ottica della qualità della vita.

Durante le precedenti legislature hanno avuto luogo sperimentazioni innovative, riguardanti sia i modelli organizzativi che i sistemi di classificazione e remunerazione del bisogno assistenziale ([42]). L'XI legislatura non è intervenuta su nessuno di questi fronti, limitandosi a riconoscere ai gestori – come abbiamo visto – aggiornamenti tariffari conseguenti alla crescita del costo a giornata del personale e alla maggior complessità dei bisogni accuditi ([43]). Tali interventi sono stati parziali e, ancora una volta, slegati da qualsiasi logica incentivante la qualità e l'efficienza dei servizi erogati.

([42]) Sono del 2013, ad esempio, sia l'esperienza dell'InterRAI Vaor LTCF – uno strumento di valutazione multidimensionale del carico assistenziale degli ospiti delle RSA, potenzialmente più aderente dell'attuale ai bisogni degli anziani – sia le prime sperimentazioni di RSA aperta, poi tradottesi in Unità di Offerta stabile ma oggi poco diffuse sui territori.

([43]) Gli ospiti che oggi accedono alle RSA lombarde sono infatti portatori di problematiche sanitarie complesse: sono anziani in età avanzata (età media 85 anni), gravemente compromessi, che hanno sovente alle spalle 7-8 anni di dipendenza moderata-severa, gestita dalle famiglie con l'ausilio delle assistenti familiari e che spesso nell'anno precedente all'ingresso in struttura affrontano numerosi accessi al PS e ricoveri in ospedale.

3.3.1.4. Programmazione posti

Un altro aspetto che la prima Giunta Fontana ha affrontato senza imboccare significativi cambi di rotta è la programmazione dei posti delle RSA a contratto. Dal punto di vista meramente numerico, il potenziamento ([44]) ha riguardato un totale di 320 posti aggiuntivi a partire dal 1° maggio 2022. È anche stato determinato che le ATS con posti per soggetti affetti da demenza inferiori a 2 posti letto (PL) ogni 1.000 anziani over 65 potevano autorizzare la conversione di posti letto di nuclei ordinari di RSA, già accreditati e a contratto, in Nuclei Alzheimer, attraverso una procedura di evidenza pubblica ([45]). Al di là dei numeri, non si registra però una diversa direzione nell'orizzonte programmatorio. Anche la giurisprudenza amministrativa ha richiamato la Regione a programmare, secondo criteri di trasparenza, efficienza e imparzialità, tenendo conto di due aspetti: quello del costante adeguamento delle risposte al concreto bisogno espresso dai territori e la verifica della capacità dei soggetti accreditati di assicurare tali risposte secondo criteri di appropriatezza e adeguatezza qualitativa ([46]). Oggi, comunque, in Lombardia continua a mancare – come si evince anche dal capitolo 2 dedicato alle risorse per il welfare regionale – un vero piano programmatorio regionale di riequilibrio dei volumi delle Unità di Offerta, sulla base di indicatori di fabbisogno e qualità.

3.3.1.5. Personale

Infine, tra i problemi esplosi nel corso dell'XI legislatura citiamo la grave carenza di personale, riscontrabile in tutto il SSN ma che grava in modo particolare sulle RSA: infatti, dopo anni di mancate assunzioni le strutture pubbliche – spinte dapprima dalle necessità legate alle cure del COVID e poi

---

([44]) Con D.G.R. n. 6387 del 16/5/2022 recante "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022".

([45]) Questo ha comportato l'aumento di ulteriori 1.670 PL e, complessivamente, dopo questo ampliamento i PL a contratto per Alzheimer in Lombardia sono oggi 4.596.

([46]) Consiglio di Stato, sentenza n. 05295/2021 REG. PROV. COLL del 13/7/2021 e TAR Lombardia, sentenza n. 965 del 18/4/2023. Con quest'ultima, vengono annullate le regole di sistema 2022 (D.G.R. n. 6387) nella parte in cui prevedeva di attivare posti a contratto aggiuntivi, nelle aree in cui i posti già contrattualizzati sono risultati inferiori alla media regionale, in base a un fabbisogno determinato su indicatori di saturazione ricavato dalle sole strutture contrattualizzate, con conferme del relativo budget (storicizzazione).

dalla riorganizzazione dei servizi territoriali – per ingaggiare infermieri e OSS hanno riaperto vari concorsi, ai quali hanno partecipato con esito positivo molti operatori delle strutture residenziali. Le ragioni di questo "travaso" sono ben note e principalmente attengono alle significative differenze contrattuali, sia retributive che normative, esistenti tra i diversi comparti.

Per fidelizzare il proprio personale i gestori di RSA hanno elaborato strategie non sempre efficaci, incentrate soprattutto su incrementi salariali e benefit di welfare aziendale (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2023) ([47]). Purtroppo, però, in questo frangente la scarsa appetibilità del settore del long term care in Italia si è palesata in tutta la sua drammaticità, provocando alle RSA seri problemi di sostenibilità economica, ulteriormente aggravati da un lato dall'impennata dei costi energetici ([48]) e, dall'altro, dal ricorso a cooperative di liberi professionisti per sopperire alla mancanza di personale.

Per cercare di contrastare questa grave crisi, diffusa in vari comparti e Regioni, si sarebbero potuti prevedere piani di assunzioni regionali e aumenti tariffari finalizzati a una miglior remunerazione del lavoro. Altre Regioni hanno predisposto azioni specifiche su questi fronti, mentre in Lombardia le misure adottate dai decisori non sembrano essere state sufficientemente incisive in questa direzione. In un quadro di generale criticità per la copertura dei costi attraverso la quota del FSR, infatti, gli aumenti tariffari previsti non hanno consentito di andare a intervenire efficacemente sulla remunerazione del lavoro. Queste circostanze permettono di comprendere l'atteggiamento di tanti gestori, concentrato principalmente su dinamiche economiche e di sopravvivenza, e la loro tendenza a dedicarsi alla mission primaria. Ad esempio, diversi si sono ritirati dalle sperimentazioni innovative portate avanti negli ultimi anni per trasformare le RSA in centri di servizi (gestendo RSA aperta, ADI, Centri semiresidenziali, ecc.).

3.3.2. *RSA aperta*

Un discorso a parte va fatto per la RSA aperta, misura innovativa sperimentale introdotta nella precedente legislatura per offrire la possibilità di

---

([47]) G. Fosti, E. Notarnicola, E. Perobelli, *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, 5° Osservatorio Long Term Care, Egea 2023.

([48]) Senza dimenticare che ancor oggi nelle strutture rimane l'obbligo di usare la mascherina e i DPI, di evitare gli assembramenti, di procedere all'isolamento e di contingentare l'ingresso dei parenti.

usufruire di servizi sanitari e socio-sanitari a sostegno della domiciliarità dei soggetti fragili. Con la D.G.R. n. 7769/2018 si è proceduto a ridefinirla demandando ai soggetti gestori, oltre all'erogazione delle prestazioni, la responsabilità dell'iter di ammissione e della Valutazione multidimensionale (VMD); il tutto a partire da una dettagliata categorizzazione della platea di destinatari (ad esempio, con le persone affette da demenza suddivise in 4 gruppi per gravità) e da un'altrettanta dettagliata individuazione delle prestazioni erogabili per ciascun profilo di accesso. Sostanzialmente ciò ha portato a una riduzione dei soggetti presi in carico e a una maggior centralità degli interventi socio-sanitari rispetto a quelli assistenziali.

L'introduzione dell'incompatibilità tra la RSA aperta e l'ADI rappresenta una criticità di peso, che ha penalizzato i nuclei con bisogni complessi. L'incertezza del budget, definito a ogni cambio di annualità, ha reso inoltre problematico l'orizzonte gestionale dei gestori.

Per contro, è innegabile che la RSA aperta abbia invogliato le strutture residenziali ad aprirsi al territorio per portare il loro know-how negli interventi domiciliari, soprattutto quelli rivolti ad anziani con demenza, garantendo anche un collegamento utile per programmare i ricoveri di sollievo.

3.4. Punti di forza e di debolezza

L'analisi dei punti di forza e di debolezza, dopo una premessa di ordine generale, non si rivolge alle singole Unità di Offerta ma punta a evidenziare delle costanti e degli elementi trasversali al sistema di interventi per gli anziani non autosufficienti. Gli aspetti presi in considerazione sono: la programmazione, la sostenibilità, il modello di cura e il personale.

3.4.1. *Immobilismo e frammentazione delle politiche regionali dopo il Covid*

Dopo che il Covid ha fatto irruzione nelle vite di tutti, accanendosi in particolare sugli anziani, i servizi – come abbiamo visto nei paragrafi precedenti – sono stati costretti a mettere in atto rapidi cambiamenti e rimodulazioni varie per fronteggiare la situazione. Ciò si è verificato sia sul versante della domiciliarità che su quello della residenzialità; nel primo caso è avvenuto sostanzialmente per iniziativa dei Comuni e, nel secondo caso, per iniziativa dei gestori delle RSA (anche se, in seguito, le strutture sono state soggette a tutta una serie di modifiche e restrizioni imposte dalle norme regionali).

La pandemia, però, oltre a essere uno stress test per il sistema ha portato con sé un forte potenziale di apprendimento, rivelandosi un'inaspettata occasione per imparare. Rendendosene conto, alcuni Ambiti territoriali l'hanno colta mettendo a frutto nella gestione dei servizi alcuni utili insegnamenti scaturiti dall'emergenza e apportando modifiche rivelatesi funzionali anche dopo il Covid (Tidoli, 2023, a e b) ([49]). In questo frangente anche le strutture residenziali hanno sperimentato modalità operative e gestionali più flessibili, volte a superare la mera visione tecnicistica per concentrarsi sul benessere complessivo dell'anziano. Si era quindi comprensibilmente diffusa l'aspettativa che, superata la fase pandemica, anche i decisori regionali si comportassero in modo analogo, cogliendo l'opportunità (non ultimo grazie alle possibilità connesse alle normative nazionali post Covid) di mettere mano ad alcuni aspetti critici nella rete di offerta e nei modelli di presa in carico per gli anziani, acuiti dall'emergenza ma riscontrabili da anni. Ricollegandoci a quanto esposto fin qui, a titolo di esempio ricordiamo la revisione del modello di assistenza, sulla scorta delle esperienze vissute nelle residenze; oppure l'adozione di consone politiche per il personale dell'area del long term care e di un congruo adeguamento delle tariffe riconosciute ai gestori delle RSA; o, ancora, l'assunzione di un ruolo di regia teso a omogeneizzare e migliorare i SAD, Unità di Offerta che continua a restare fuori del raggio d'azione di Regione Lombardia.

Invece, nelle politiche regionali lombarde dell'XI legislatura post Covid, dal 2021 in avanti, non si ravvisano né significativi cambiamenti di direzione né azioni o previsioni in grado di andare a fondo dei vari problemi preesistenti: al di là di alcuni aggiustamenti e adempimenti conseguenti alla legislazione nazionale, in Lombardia sembra prevalere un immobilismo di fondo, che tende a lasciare pressoché immutato il sistema. Sorge il timore che la pandemia – almeno fino a oggi – per Regione Lombardia sia stata un'occasione di apprendimento sprecata.

3.4.2. *Programmazione*

Negli ultimi decenni Regione Lombardia, nella logica del quasi mercato amministrato, ha declinato la programmazione in un'ottica di negoziazione con i soggetti erogatori pubblici e privati. La delibera annuale fondamenta-

---

([49]) *http://www.lombardiasociale.it/2023/05/08/la-domiciliarita-dopo-la-pandemia-il-comune-di-lecco/;*

http://www.lombardiasociale.it/2023/03/06/la-domiciliarita-dopo-la-pandemia-lat-di-melzo/

le, denominata "Delibera delle Regole" fino al 2021 e approvata alla fine di ogni anno, regolava il sistema socio-sanitario lombardo definendo le quote di budget delle diverse aree d'intervento, le tariffe e le condizioni contrattuali che regolavano i rapporti con gli enti gestori. L'impostazione regolatoria annuale, breve e principalmente contrattuale, non permette però di programmare attività, servizi e investimenti, soprattutto perché miope sulle linee di sviluppo del sistema. Lo stesso Piano socio-sanitario lombardo è stato approvato nel novembre 2010 e non ha avuto nessun aggiornamento.

Con la L.R. n. 22/2021, nata anche dall'interlocuzione con il Ministero della salute e AGENAS alla fine della sperimentazione quinquennale della L.R. n. 23/2015, la Regione sostituisce così la Delibera delle Regole con la delibera di approvazione degli Indirizzi di programmazione (art. 17 L.R. n. 22/2021), per quanto in realtà le delibere annuali del 2022 e del 2023 abbiano mantenuto una sostanziale funzione regolatoria.

Sarebbe necessario e auspicabile che la Regione riprendesse pienamente il suo ruolo programmatorio adottando una prospettiva temporale adeguata, e che a partire dall'analisi dei bisogni programmasse l'organizzazione dei servizi e le relative risorse. La svolta sarebbe importante sia per gli anziani lombardi, che potrebbero avvicinarsi al mondo dei servizi, che per i soggetti erogatori pubblici e privati. Non più visti come semplici erogatori di prestazioni, essi potrebbero partecipare attivamente all'elaborazione di risposte sempre più adeguate ai bisogni emergenti.

3.4.3. *Sostenibilità economica*

Il tema della sostenibilità è centrale sotto diversi punti di vista. L'esperienza del Covid ha contribuito a metterlo chiaramente in rilievo, sia dal punto di vista dei gestori sia da quello delle famiglie. Ad esempio, per quanto riguarda le RSA, le Unità di Offerta al di sotto di certe dimensioni oggi risultano economicamente poco sostenibili; tuttavia non si può ignorare che le strutture più vicine al territorio – spesso proprio le più piccole – siano portatrici di valori di prossimità espressi dalle comunità locali a favore dei propri anziani, come si è visto bene durante la pandemia. Emblematico è poi il tema della compartecipazione delle famiglie alle rette delle residenze, in costante aumento anche nel corso dell'XI legislatura: eppure, questo è un nodo che sembra non trovare soluzione.

La risposta rispetto alla sostenibilità deve valere per tutti i soggetti implicati: famiglie, soggetti gestori e Regione. Fino a oggi si è scelto di scaricar-

ne l'onere prevalentemente alle famiglie: è possibile trovare un'altra strada? Probabilmente sì, purché i decisori lombardi prendano coscienza del fatto che gli ospiti delle residenze sono molto cambiati negli ultimi 20 anni e che le indicazioni regionali che regolano il settore non sono più attuali.

3.4.4. *Modello di cura*

Il modello di cura che caratterizza l'area della non autosufficienza, sia nella residenzialità che negli interventi domiciliari, è di tipo biomedico. Concentrato sulle prestazioni tecnico-specialistiche, interviene sulle patologie dell'anziano: ogni problema di salute trova la soluzione coordinata nel Progetto assistenziale, frutto prevalente del pensiero dei professionisti. Le stesse cure domiciliari, al di là della definizione di un PAI, in maggioranza sono focalizzate sul modello biomedico, che prevede principalmente l'assistenza infermieristica e riabilitativa. In questo tipo di interventi l'attenzione è diretta al processo di cura, guidato perlopiù da criteri di efficienza che lasciano sottotraccia la valutazione degli esiti degli interventi ([50]).

Benché non si possa misconoscere l'apporto positivo che questo modello d'intervento ha prodotto e produce sulle condizioni di salute degli anziani, la sua parzialità emerge sempre più. La vecchiaia non è (soprattutto e soltanto) una condizione di malattia, bensì un tempo da vivere nonostante i deficit che possono contraddistinguerlo. Lo sforzo assistenziale, quindi, deve aiutare l'anziano a dare senso alla condizione che vive, garantendo il più possibile la sua identità personale e la sua dignità.

3.4.5. *Personale*

Nel par. 3.1.5. si è sottolineato come, da qualche anno, quello del personale rappresenti uno dei maggiori problemi dell'area del long term care, in particolare per la grave carenza di alcune figure professionali, emersa in modo esplosivo nelle residenze (ma non solo).

Vale la pena rimarcare che, tra le altre cose, la scarsità di professionalità sanitarie e assistenziali, essenziale per garantire la presa in carico dei

---

([50]) Quanto alle cure domiciliari, considerando anche il ventennale periodo di sperimentazione dell'ADI, è indispensabile anche risolvere l'eccessiva frammentazione degli interventi forniti da SAD, ADI, assistenti familiari e cure informali, che non s'incontrano in un progetto condiviso.

fragili, rischia anche di mettere in discussione la concreta operatività delle nuove strutture territoriali previste dal D.M. n. 77/2022 e dalla D.G.R. n. 6867/2022 ([51]) (Degani, Lopez, 2022).

Come soluzione tampone, il Governo ha semplificato temporaneamente l'ingresso nel mondo del lavoro italiano di medici, infermieri e OSS provenienti dall'estero. Alcune Regioni si sono avvalse organicamente di questa possibilità (con tutti i suoi pro e i suoi contro); tuttavia la Lombardia non è stata fra loro né – come illustrato nel citato paragrafo – è intervenuta su questo versante ricorrendo ad altre opzioni sul tavolo.

Sul modello del Veneto, i decisori lombardi hanno invece dato il via a un percorso sperimentale per costituire la figura dell'OSS con formazione complementare (il cosiddetto "super OSS", vedi D.G.R. n. 6724/2022) per le strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili.

La questione più complessiva del riordino professionale si è poi arenata perché il tema, data la sua importanza, è diventato oggetto di un tavolo nazionale.

3.5. Agenda per il futuro

Dopo aver analizzato l'esistente evidenziandone punti di forza e di debolezza, sembra ora interessante indicare alcune aree di attenzione, correlate tra di loro. Si tratta di vere e proprie sfide che la rete lombarda dei servizi per i non autosufficienti dovrà affrontare per favorire un miglioramento complessivo del sistema di risposte agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

3.5.1. *La programmazione delle politiche regionali del long term care*

La sfida principale è quella di riprendere una programmazione regionale e conseguente attuazione territoriale, che superino la pura negoziazione dei budget; è necessario prevedere un orizzonte temporale almeno triennale, che ridisegni e integri tutte le politiche regionali rivolte agli anziani. È maturo il tempo di ragionare su un continuum di interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, volti ad accompagnare il ciclo di vita delle persone anziane non autosufficienti abbandonando l'attuale modello, estremamente rigido, focalizzato su ADI e RSA. Se la separazione tra diverse Unità di Offerta

([51]) *http://www.lombardiasociale.it/2022/11/04/tutela-della-salute-e-presa-in-carico-con-quale-personale-garantirle/*

non è mai stata funzionale, questo oggi è ancora più vero: le diverse tipologie di assistenza domiciliare (SAD, ADI, RSA aperta) e di residenzialità devono trovare collocazione e integrazione nella nuova organizzazione territoriale lombarda, al cui centro sta il Distretto (Noli, 2022) ([52]). Questo obiettivo va perseguito anche tramite la promozione di accordi programmatori stringenti a livello territoriale tra i piani di zona dei Comuni e la programmazione delle ATS/ASST, considerandoli non solo occasioni di ricomposizione tra i diversi canali di finanziamento dei servizi, ma anche concreti ambiti di scelte e sostegno di modelli operativi coerenti con i bisogni e le variabili territoriali.

La programmazione deve puntare a rilevare i bisogni, anche quelli che oggi non trovano risposta, a potenziare e mettere a regime gli interventi, ponendo attenzione a coinvolgere l'enorme patrimonio rappresentato dalle realtà operanti nei settori del long term care lombarda (in particolare i soggetti no profit) nella co-programmazione e coprogettazione delle risposte.

3.5.2. *La revisione del modello di cura e di presa in carico degli anziani non autosufficienti*

L'altra sfida del sistema assistenziale lombardo dedicato agli anziani è quella di ragionare su un nuovo modello di cura, basato sulla centralità dell'anziano e delle sue relazioni, valorizzando anche i soggetti erogatori.

Bisogna infatti recuperare la visione relazionale della cura interrogandosi sul benessere ([53]) (Crippa, Mauri, Spreafico, 2021) e sulla qualità di vita desiderati dagli anziani non autosufficienti, consapevoli del loro timore (molto diffuso, anche se raramente esplicitato a parole) di perdere la propria identità personale e di essere espropriati della libertà di autogovernarsi. È importante sottolineare che questo stato di cose ha ricadute assai concrete perché spesso porta persone in situazioni di grave rischio a rifiutare gli interventi e l'assistenza proposti loro dai familiari e/o dai Servizi.

Il nuovo modello di cura deve integrare l'attuale visione biomedica nell'ambito di questo orientamento, soprattutto nell'assistenza agli anziani con demenze (Guaita, Colombo, 2023) ([54]).

([52]) *http://www.lombardiasociale.it/2023/01/16/prime-indicazioni-di-programmazione-dellassistenza-territoriale/* parte 1 e 2°

([53]) A. Crippa, R. Mauri, G. Spreafico, *Il futuro delle RSA in Lombardia – Una proposta per il sistema di welfare regionale*, Maggioli 2021.

([54]) A. Guaita, M. Colombo, *Le RSA Luoghi di cura psicogeriatrica. Le proposte di AIP Fondazione Serpero*, Maggioli 2023.

Occorre inoltre riflettere sul fatto che spesso si usa la definizione "anziano non autosufficiente" dando per scontato che questa tassonomia identifichi una categoria omogene di persone. In realtà, ognuno invecchia secondo un proprio percorso e quindi le "non autosufficienze" possono avere caratteristiche e manifestazioni diverse. Ne discende la necessità di affrontare meglio le necessità dei singoli anziani in una filiera di risposte integrate, sia residenziali che domiciliari. Queste ultime, inoltre, devono adottare modalità di cura in grado di valorizzare tutte le risorse presenti al domicilio dell'anziano (pubbliche e private, formali e informali) coinvolgendole nell'elaborazione di un progetto incentrato sulla dignità della sua vita.

3.5.3. *La sostenibilità del sistema*

Infine, la sfida più importante per il futuro è quella di giungere a una sostenibilità del sistema che tenga insieme gli interessi di tutti gli stakeholder coinvolti (famiglie, Regioni, enti gestori) per affrontare complessivamente il nodo delle rette residenziali e la relativa compartecipazione delle famiglie. La questione, estremamente complessa, finora è stata affrontata con provvedimenti frammentati, mentre per intervenire a fondo è imprescindibile una visione d'insieme che coinvolga tutte le parti in causa.

Pur essendo indubbio che la Regione debba ottemperare ai LEA, si potrebbe delineare un quadro che preveda una diversificata definizione dei profili di gravità degli anziani ospiti nelle RSA, superando il criterio SOSIA. Questo permetterebbe di precisare con maggior dettaglio il consumo delle risorse assistenziali, individuando più efficacemente la quota a carico del SSR e quella a carico delle famiglie.

Le altre sfide della sostenibilità si intrecciano fortemente con le politiche centrali; ad esempio, sul versante del personale si possono menzionare la revisione dei criteri di accesso alle professioni, l'individuazione di nuove figure e la necessità di un contratto di settore. E, ancora, il recente riavvio a livello nazionale dell'accesso di cittadini stranieri in Italia per ragioni di lavoro (secondo la logica dei flussi predefiniti), che potrebbe aprire interessanti orizzonti di qualificazione anche nei settori della cura alle persone.

Tutte queste prospettive, però, andrebbero colte e adeguatamente preparate dalla Regione: in definitiva, all'interno dello scenario che sarà tratteggiato a livello nazionale, è necessario che Regione Lombardia faccia attivamente la sua parte.