I VADEMECUM DI
LombardiaSociale.it

ANZIANI FRAGILI TRA ATTESA DI SERVIZI E RIFORME INCOMPIUTE

A cura di Rosemarie Tidoli,
Marco Noli e Virginio Brivio

PREFAZIONE DI CRISTIANO GORI

2024

Indice

Prefazione di Cristiano Gori 2

Introduzione 3

La Lombardia e gli interventi domiciliari

Piano operativo Regionale ADI e Progetto di sorveglianza domiciliare 7

UDO C-DOM: a che punto siamo? 14

Lavorare con gli anziani soli non collaboranti 19

Il ruolo dell'assistente sociale per gli anziani in Ospedale 25

La presa in carico integrata Ospedale -Territorio 32

La residenzialità

Il "blocco" delle rette: la DGR n. 1513 del 13/12/2023 40

DGR 1513/23: il punto di vista dei Sindacati dei pensionati 45

Non autosufficienza e RSA in Lombardia. Anno 2023 49

Le politiche a favore degli anziani

Le politiche per gli anziani non autosufficienti 57

Gli anziani nel Piano Regionale di Sviluppo Sostenibile 63

Prefazione

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 dal settembre 2023 ad oggi - e riguardanti le principali tematiche del welfare sociale seguite dal nostro sito: anziani, persone con disabilità, famiglie e minori, povertà, finanziamento e spesa, programmazione e governance. Ognuno inserisce 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 ed idee utili all'operatività e alla discussione.

Mi auguro che i Vademecum rappresentino un'occasione utile a far circolare ancora di più i nostri articoli, anche tra quanti hanno meno occasione di seguire il sito con continuità, ed a promuovere così la diffusione e l'allargamento del dibattito sul welfare sociale nella nostra regione. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

I Vademecum seguono la pubblicazione, nello scorso autunno, del nostro libro di valutazione della legislatura regionale 2018-2023, "In cerca di un nuovo modello. Lo stato del welfare in Lombardia". Il testo fornisce un'analisi d'insieme degli interventi realizzati dalla Giunta Fontana nell'aree di nostro interesse, mettendo in evidenza punti di forza, criticità e sfide aperte per il futuro. Così come i volumi riguardanti le precedenti legislature regionali, anche questo è scaricabile gratuitamente dal nostro sito.

Desidero ringraziare tutti coloro i quali 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); Caritas Ambrosiana, FNP CISL Lombardia, Fondazione Banca del Monte di Lombardia, Korian (promotori principali); Fondazione Ravasi Garzanti, Fondazione ASM Gruppo a2a, AGeSPI Lombardia, NeASS Lombardia, CROAS Lombardia (promotori ordinari)[1]. La 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 2024

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

Introduzione

di Rosemarie Tidoli, Marco Noli e Virginio Brivio

Il Vademecum anziani 2024 raccoglie una scelta di articoli pubblicati da settembre 2023 a luglio 2024. Questo periodo in Lombardia è stato caratterizzato soprattutto dall'attuazione e dallo sviluppo del nuovo sistema di cure domiciliari, nelle sue diverse articolazioni, e da un'iniziale riflessione sulla necessità di rivedere la residenzialità e le politiche a favore degli anziani nel loro complesso. L'impostazione del dossier di quest'anno mira a raffigurare la reale situazione dei servizi territoriali lombardi, fortemente sbilanciati e orientati - in termini di programmazione, di progettazione e di uso delle risorse - a conseguire gli obiettivi fissati dal PNRR.

La prima parte ("gli interventi domiciliari") inizia infatti con l'analisi delle azioni messe in campo da Regione Lombardia per ampliare la platea di anziani seguiti dal sistema dei servizi domiciliari secondo le previsioni del PNRR. Segue un focus sulle dimissioni protette, richiamate nella Missione 5 del PNRR e oggetto di numerosi progetti attuativi locali in quanto obiettivo LEPS per gli ambiti territoriali.

La seconda parte ("la residenzialità") affronta l'annosa – e mai risolta – questione della partecipazione ai costi delle RSA da parte delle famiglie degli anziani ospiti, per la prima volta oggetto di una delibera regionale (la cosiddetta "blocca-rette"). Segue una sintesi dei principali dati relativi alle RSA lombarde nel 2023 riportati dall'osservatorio di FNP CISL Lombardia nel Report annuale, strumento prezioso per indagare la situazione della residenzialità per anziani e la sua evoluzione negli anni.

La terza e ultima sezione del Vademecum propone un'analisi trasversale delle politiche regionali per gli anziani non autosufficienti e una riflessione sull'approccio del Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile verso questa fascia di popolazione.

Come sempre, per un esame più completo e approfondito dei diversi argomenti trattati suggeriamo di consultare il sito di LombardiaSociale e, in particolare, le aree tematiche anziani, disabilità e programmazione e governance.

La Lombardia e gli interventi domiciliari

La rassegna prende il via dall'articolo *Piano operativo Regionale ADI e Progetto di sorveglianza domiciliare*, che analizza le azioni intraprese dalla Regione per aumentare il numero di ultrasessantacinquenni presi in carico dalle cure domiciliari al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti dal PNRR (il 10% entro il 2026).

Il secondo articolo *UdO C-DOM: a che punto siamo?* esamina le problematiche e criticità emerse in fase d'introduzione delle nuove unità di offerta C-DOM previste dalle delibere di riorganizzazione del servizio ADI.

Il successivo contributo *Lavorare con anziani soli non collaboranti* affronta la questione della presa in carico e del lavoro sociale con gli anziani soli e non collaboranti, delicata situazione con la quale da tempo si confrontano i servizi territoriali, in grande aumento ma ancora poco esplorata.

Atri due articoli si dedicano al tema della presa in carico integrata ospedale – territorio, il primo - *Il ruolo dell'assistente sociale per gli anziani in Ospedale* - focalizzandosi sull'ospedale, il secondo - *La presa in carico integrata Ospedale-Territorio* - sulle dimissioni protette. Questo, infatti, è un altro punto cruciale sul quale tutti gli Ambiti territoriali si stanno impegnando, sia in attuazione dei LEPS che in quanto obiettivo della Missione 5 del PNRR.

La residenzialità

Il primo contributo di questa sezione - *Il "blocco" delle rette: la DGR n. 1513 del 13/12/2023* - riguarda la cosiddetta delibera regionale "blocca rette" e i problemi ad essa connessi, tra cui la partecipazione ai costi della residenzialità degli anziani da parte delle famiglie; il commento prende in considerazione soprattutto il versante dei gestori.

Un secondo articolo - *DGR 1513/23: il punto di vista dei Sindacati dei pensionati* - propone invece il punto di vista del Sindacato unitario dei pensionati SPI-FNP e UILP sull'argomento.

Il terzo pezzo - *Non autosufficienza e RSA in Lombardia. Anno 2023* - espone poi alcuni dati tratti dal Report Annuale di CISL Lombardia, studio che da vari anni getta uno sguardo ad ampio raggio sulla non autosufficienza e sulle RSA lombarde.

Le politiche a favore degli anziani

L'ultima parte del Vademecum si apre con l'articolo *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, che offre una lettura trasversale delle politiche messe in campo per gli anziani e la non autosufficienza dell'XI Legislatura regionale; il contributo sintetizza il

relativo capitolo dell'ultimo volume di LombardiaSociale, "*In cerca di un nuovo modello. Lo stato del welfare in Lombardia*", a cui si rinvia per gli opportuni approfondimenti.

Per finire, l'articolo *Gli anziani nel Piano Regionale di Sviluppo Sostenibile* illustra come viene affrontato il tema della condizione anziana fragile e non autosufficiente nell'ultimo Piano regionale di sviluppo sostenibile, quindi a inizio della XII Legislatura.

La Lombardia e gli interventi domiciliari

Atti e normative

Piano operativo Regionale ADI e Progetto di sorveglianza domiciliare

di Marco Noli

15 Settembre 2023

Temi > Anziani, ADI, Domiciliarità, PNRR

L'articolo commenta le principali disposizioni della DGR n. 715/2023 per l'incremento delle prese in carico degli over 65enni attraverso la stipula di contratti di scopo e della DGR 717/2023, che approva il modello di Progetto di Sorveglianza domiciliare, in attuazione della Missione 6 1.2.1 del PNRR.

Definito il modello organizzativo della nuova sanità territoriale e la cornice del nuovo sistema di cure domiciliari la Regione con la delibera **n. 715 del 24/07/2023**[1] definisce le prime modalità programmatorie per l'acquisto delle cure domiciliari, mentre con la delibera **n. 717/2023**[2] approva il progetto di sorveglianza domiciliare. Entrambe sono attuative della DGR. n. 430/2023 recante "PNRR – Missione 6 Salute Componente 1 Investimento 1:2 Casa come luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare – Approvazione Piano Operativo Regionale".

La DGR 715/2023 ricorda che la programmazione dell'utilizzo delle risorse del PNRR ricade nel quadro regolatorio del DM 77/22 e del relativo sistema di classificazione del bisogno di salute, per coniugare:

- l'avvio e l'implementazione della presa in carico in cure domiciliari di anziani > 65 anni nell'ambito della cronicità di cui al livello 3) della classificazione del bisogno del citato DM;

- Il rafforzamento del numero e della durata dell'intensità delle C-DOM (compresa la RSA Aperta) legata ai livelli 4) e 5) nonché VI)[3] del bisogno relativo alle cure palliative domiciliari CP-Dom.

Ripartizione delle risorse

La delibera ripartisce le percentuali di risorse assegnate tra le diverse tipologie di cure domiciliari: il 64% alle c-dom (41.465.615 €); il 24% alle cp-dom (15.461.099€) e il 12% alla RSA aperta (8.038.720) per un totale di **65.145.434**€ nel 2023. Tale budget è poi suddiviso tra le ATS per il 70% in base all'incremento di pazienti richiesto dall'obiettivo di target intermedio netto del PNRR assegnato alle singole ASST (consolidato per ATS di competenza) e per il 30% per compensare le ASST con dotazioni di budget inferiori alla media regionale per le diverse tipologie di cure domiciliari rispetto agli over 65enni del rispettivo territorio.

Modalità di assegnazione del budget dalle ATS ai soggetti gestori

Il volume di budget per l'incremento del numero di pazienti in ADI in carico agli enti gestori avviene sinteticamente secondo le seguenti modalità:

Percentuale risorse	Assegnatari	Criteri di scelta
20% assegnate ai gestori a seguito della partecipazio-ne a specifiche manifesta-zioni d'interesse delle ATS	Nuovi gestori di cure domiciliari; Gestori storici a contratto	**Per i nuovi gestori:** Scelta di zone carenti; Inserimento all'interno di una filiera di servizi sociosanitari e sociali; Collegamento del servizio con la rete del terzo settore. **Per i gestori storici:** Coloro che dopo la riclassificazione hanno esteso il proprio bacino di accreditamento
80% assegnate attraverso proposta delle ATS ai gestori di partecipazione all'obiettivo PNRR. Adesione entro **8/09/2023**	Gestori storici a contratto	Peso del proprio budget tradizionale sul totale del budget ATS corrispondente
Gli Enti gestori aderenti devono **sottoscrivere il contratto di scopo e la relativa scheda di budget** (all. 1 e 2 delle DGR). Gli enti gestori che aderiscono sono abilitati per le annualità successive alla relativa stipula (salvo disponibilità di risorse del PNRR legate al raggiungimento degli obiettivi regionali)		

La delibera definisce le quote di risorse destinate per l'anno 2023 ripartite per ATS e per gestori storici e per gestori di nuovi contratti. Vengono poi definite le modalità di rimodulazione e di rendicontazione delle prestazioni domiciliari erogate in forza dei contratti di scopo, a cui si rimanda, ma che fondamentalmente prevedono l'utilizzo degli ordinari flussi di rendicontazione con l'indicazione di due specifici CUP di progetto da riportare nella fatturazione delle prestazioni erogate a valere sulle risorse di PNRR.

Determinazioni migliorative delle cure domiciliari di cui alla DGR 6867/2022

L'allegato 3 della delibera introduce ulteriori determinazioni migliorative nell'ambito della regolazione delle cure domiciliari, definite con la DGR 6867/2022 a decorre dal **1/04/2023**. Si tratta di aspetti molto tecnici, per cui si rinvia all'allegato, che hanno come focus quello di ovviare ad alcune rigidità del sistema affidando all'EVM la possibilità applicare con flessibilità alcune prestazioni. Ad esempio, si prevedono (e si normano) eventuali accessi infermieristici durante un percorso fisioterapico; oppure si stabilisce come rendere possibili alcune visite specialistiche a domicilio, o quale flessibilità debbano avere i percorsi assistenziali standard o le cure domiciliari per minori con disabilità grave e gravissima.

Viene poi istituito un nuovo percorso denominato "**Trattamenti terapeutici"** (es. trattamento infusionale, di fleboclisi), attivabili su prescrizione medica e tariffati sulla base degli accessi infermieristici. Di rilievo il richiamo a tutti i gestori di cure domiciliari, come per tutti setting di cura sanitari e sociosanitari, a porre piena attenzione nelle prese in carico **alla dimensione relazionale** e alla segnalazione all'EVM per l'attivazione di eventuali altri servizi necessari. Infine, l'équipe dei Poli territoriali dell'ASST concorre con i MMG all'attivazione delle cure domiciliari; qualora siano scelte dalle famiglie, le ASST devono erogano le cure domiciliari assicurando la separazione tra la funzione di valutazione e quella di erogazione.

DGR 717/2023 e definizione del modello di Progetto di Sorveglianza domiciliare

La delibera definisce le risorse a valere sul PNRR per lo sviluppo del modello del **Progetto di Sorveglianza Domiciliare (PSD):** esse ammontano a 14.196.912 € (Anni 2022/23); 29.646.646 € (anno 2024) e 30.000.000 (anno 2025). Le risorse del 2022/23 sono poi ripartite per ogni ASST, sulla base della popolazione over 65.

Oltre agli obiettivi intermedi e di target finali del PNRR legati all'incremento del numero delle prese in carico in questa fascia di età, per concorrere al loro raggiungimento Regione Lombardia prevede l'avvio nelle ASST di uno **specifico percorso di collaborazione tra Case della Comunità/IFeC e MMG,** operanti anche attraverso il loro personale di studio; il fine **é la gestione pro-attiva delle persone**

anziane con malattie croniche non in carico ai servizi domiciliari che, a causa delle loro condizioni cliniche/logistiche, hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio.

Dopo la sperimentazione dell'attività di sorveglianza domiciliare attivata sul territorio dell'ATS Brianza, la Regione estende questo progetto **nell'ambito dell'implementazione di percorsi di sanità d'iniziativa.** Il relativo processo richiede che i Direttori di Distretto programmino con le AFT (Associazioni Funzionali Territoriali) i volumi di presa in carico in PSD, secondo i parametri dei soggetti arruolabili e dei volumi declinati nell'Allegato 1 della delibera, tenendo conto sia dei MMG con il loro personale di studio e degli infermieri del Distretto dedicati alla gestione della cronicità.

Modello di Progetto di sorveglianza domiciliare (PSD)

Obiettivo del PSD

L'obiettivo del PSD è la gestione di pazienti:

- a **bassa complessità assistenziale** (CIA< 0,14 e ICA di regola 1 e massimo 2 accessi al mese lungo il programma di assistenza definito);
- con bisogni sanitari e sociosanitari, in **difficoltà ad accedere all'ambulatorio del MMG a causa delle loro condizioni cliniche / logistiche.** Questa attività di presa in carico in sorveglianza di pazienti cronici più fragili, più focalizzata sull'aspetto **educazionale e di addestramento**, rientra nelle cure domiciliari di base erogate dal MMG quale forma di **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)** nell'ambito del modello hub e spoke delle CdC.

Criteri di attivazione del PSD

I criteri per l'accesso al percorso di sorveglianza al domicilio del paziente cronico fragile over 65 anni sono:

- presenza di fragilità (patologia cronica stabilizzata);
- necessità di follow-up con cadenza simile a quella ambulatoriale;
- nessuna necessità di ADI;
- difficoltà per condizioni cliniche e/o logistiche a raggiungere l'ambulatorio;
- necessità di monitoraggio costante dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché di supporto ai caregiver (per problematiche legate ad alimentazione, igiene e cura della persona in ottica preventiva).

Il percorso può essere attivato:

- dal MMG;
- dagli IFec d'intesa e con conferma del MMG dell'assistito, nell'ambito della programmazione distrettuale (secondo uno sviluppo progressivo e strutturato del raccordo in ASST tra CdC e ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio, in una logica d'integrazione e di prossimità).

La segnalazione dei pazienti necessitanti di PSD, comprensiva di un programma d'intervento che descrive la frequenza degli accessi e le attività svolte a domicilio, é trasmessa dalle piattaforme informatiche locali attualmente in uso dalle ASST. Gli operatori ASST validano la proposta.

Volumi PSD

I volumi di PSD programmati dal distretto in un'ottica di prevenzione proattiva non richiedono prescrizione. Al PSD possono aderire sia i MMG che lavorano in forma associata con infermiere di studio, sia i MMG che non se ne avvalgono e che devono integrare il loro intervento con gli IFeC. L'attivazione del progetto prevede che i MMG referenti delle AFT provvedano ad acquisire dai MMG di riferimento la programmazione dei volumi di presa in carico in PSD (entro il mese di luglio) per l'anno 2023, comunicandola alla Direzione Sociosanitaria dell'ATS / ASST. I **Direttori di Distretto** valutano i volumi di prese in carico PSD e **ne autorizzano l'erogazione** nei limiti delle risorse definite nel PNRR, tenuto conto del tetto definito per l'erogazione di ADP da parte del singolo MMG. Il tutto può essere rimodulato a seguito del monitoraggio dell'effettiva erogazione dei PSD. Il progetto prevede la presa in carico PSD, nell'ambito delle risorse destinate e precedentemente evidenziate, **fino a 15 assistiti per MMG entro il 31.12.2023,** oltre al numero già in carico in ADP alla data dell'emanazione della delibera.

Tipologia di sorveglianza del PSD

La sorveglianza **ha cadenza non superiore a un mese** (di regola 1 max 2 accessi) e contempla la raccolta e la sorveglianza dei dati relativi a:

- parametri vitali e di alcune condizioni e funzioni;
- aderenza alla terapia e utilizzo dispositivi, educazione sanitaria;
- informazioni di carattere sociali che impattano sulla condizione clinica (presenza caregiver, rete parentale ecc.).

Questa sorveglianza richiede l'utilizzo di una strumentazione (comprese le tecnologie digitali) in grado di evidenziare le criticità prima che si manifestino. Tutte le attività

domiciliare devono essere registrate su un **diario clinico,** il cui contenuto è specificato nella delibera.

Sorveglianza PSD erogata da personale di studio o dagli IFec

Si prevedono **due tipologie di esito della sorveglianza** del personale infermieristico di studio dei MMG o degli IFec:

- **nessuna criticità rilevata**: l'infermiere non ravvisa alcuna variazione del quadro clinico presentato nel precedente accesso:
- **ALERT per il medico:** l'infermiere rileva delle criticità, che la delibera declina in:

A	Scarsa compliance del paziente nell'assunzione della terapia
B	Peggioramento del quadro clinico
C	Nuova evidenza clinica (diversa da quella dell'arruolamento del paziente)
D	Dispostivi medici (scorretto utilizzo o mancata dotazione)
E	Caregiver inadeguato o assente o altre vulnerabilità sociali

L''ALERT infermieristico determinerà l'intervento del Medico, che potrà articolarsi in: accesso domiciliare, contatto telefonico per definire l'intervento migliorativo, potenziamento del flow up domiciliare grazie all'accesso medico e, infine, raccordo con la CdC per l'attivazione di altre UdO secondo l'evoluzione del bisogno.

Nella parte finale la delibera declina le modalità di rendicontazione e le regole dell'utilizzo delle risorse (alle quali si rinvia per approfondimenti).

Conclusioni

Con l'attuazione della delibera n. 715/23 il potenziamento dell'assistenza domiciliare entra nel vivo, anche se occorrerà verificare la disponibilità dei soggetti erogatori ad aderire alla manifestazione d'interesse e al contratto di scopo. Non è da sottovalutare che il potenziamento delle prestazioni di cure domiciliari richiedere un incremento di personale oggi difficilmente reperibile, e che il contratto di scopo – ben che vada – avrà una durata rinnovabile di anno in anno per tre anni, **solo** al raggiungimento dei target annuali di presa in carico previsti dalla Regione in attuazione del PNRR.

Il Progetto di sorveglianza domiciliare presenta diverse incognite legate alla disponibilità dei MMG e alla carenza del personale ASST, che sta mettendo in grave difficoltà le direzioni anche per l'attivazione della loro nuova funzione di erogazione delle cure domiciliari.

Due osservazioni conclusive:

- le delibere confermano quello che più volte *Lombardiasociale* ha evidenziato: il potenziamento delle cure domiciliari viene identificato con il mero aumento di prestazioni, mentre si sta perdendo l'occasione per rivedere il modello di intervento. Forse questa modalità gestionale riuscirà a rispondere ai bisogni degli anziani cronici e fragili, ma non potrà soddisfare quelli degli anziani non autosufficienti, che richiedono una presa in carico più globale;
- l'avvio del percorso di sorveglianza domiciliare, ancorché utile per alcuni pazienti cronici, può suscitare nella Regione la preoccupazione di non riuscire a centrare l'obiettivo finale – previsto dal PNRR – d'incrementare il numero di pazienti arruolati nelle cure domiciliari. Questo ha portato a conteggiare nel calcolo dei pazienti anche i destinatari di questa sorveglianza domiciliare e a mobilitare tutte le risorse disponibili, incrementando il coinvolgimento dei MMG e degli infermieri.

---

1. *Recante "Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR del 12/7/2023 recante "PNRR Piano Nazionale di Ripersa e Resilienza – Missione 6 Salute componente 1 – Investimento 1.2: Casa di cura come primo luogo di cura e Telemedicina sub- investimento 1.2.2 – Assistenza domiciliare – relativamente all'incremento del numero di perse in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo target definiti dal DM23.01.23 attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse ripartire dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del DM 77/2022 – Codice CUP di progetto E89G21000020006".*
2. *Recante "Determinazioni in ordine alla regolamentazione delle azioni definite a livello regionale per il concorso all'attuazione dell'obiettivo di investimento previsto dal PNRR alla Missione 6 componente 1 – Sub-Investimento M6C 1.2.1: Casa di cura come primo luogo di cura (ADI) attraverso l'erogazione diretta di cure domiciliari nell'ambito delle CDC delle ASST e attraverso il progetto di sorveglianza domiciliare attivate nell'ambito del modello organizzativo individuato in allineamento al DM77 e fondato sul raccordo tra CDC, attraverso IFEC e UCA e gli ambulatori dei MMG operanti, anche attraverso il proprio personale di studio ".*
3. *La tabella 2 del DM 77/22 definisce i "Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali" e colloca al livello 3) Persona con complessità clinica assistenziale media; al livello; 4) Persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale; al livello 5) persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale; al livello; al livello VI) Persona in fase terminale. La DGR 717/23 precisa che questi indirizzi programmatori valgono per tutte le età, non solo per gli over 65, in esito delle VM.*

Atti e normative

UdO C-DOM: a che punto siamo?

di Marco Noli

8 Febbraio 2024

Temi > Anziani, ADI, Domiciliarità, integrazione, PNRR

Dopo l'implementazione della corposa riorganizzazione dell'ADI in Lombardia e gli interventi correttivi di fine anno, l'articolo vuole fare un primo punto su come si stanno sviluppando nel territorio le C-Dom

Regione Lombardia, in attuazione dell'atto d'intesa del 4/08/2021 della Conferenza Stato Regioni, con la DGR 6867/2022 ha proceduto al riordino dell'Assistenza domiciliare rinominando le unità di offerta ADI in **UdO C-DOM**, determinando i nuovi requisiti di esercizio e di accreditamento, la riclassificazione dei profili di assistenza e dei percorsi di cure domiciliari e introducendo percorsi prestazionali standardizzati. Queste le tappe di avvio del nuovo sistema: entro il 1.12.2022 è stato fissato il termine di presentazione dell'istanza di riclassificazione per i gestori che intendevano continuare a erogare le prestazioni ADI; a partire dal 31.3.2023 per i nuovi gestori di cure domiciliari era possibile iniziare a presentare istanza di accreditamento; entro il 30.9.2023 per i nuovi gestori ASST vigeva l'obbligo di farlo.

A luglio si sono poi potenziate le risorse assegnate ai gestori attraverso la DGR 715/2023 che definisce le modalità di assegnazione delle risorse aggiuntive previste dal *PNRR Missione 6, sub investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare*, finalizzate a dare attuazione all'obiettivo della presa in carico del 10% della popolazione >65 anni entro il 2026 . La delibera prevedeva la raccolta delle manifestazioni d'interesse dei gestori che intendevano partecipare alla realizzazione di tale obiettivo ripartendo le risorse secondo i seguenti criteri: il 20% a nuovi gestori e l'80% per finanziare un extra budget ai soggetti già accreditati. Poiché gli stanziamenti sono stati erogati nel mese di ottobre, alla fine del 2023 una gran parte risultava inutilizzata. La citata DGR 715/2023 prevedeva inoltre, a decorre dall'1.4.2023, anche una prima azione migliorativa delle indicazioni di cui alla DGR 6867/2022, finalizzata a superare alcune rigidità del sistema affidando alle équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) la possibilità di applicare con più flessibilità alcuni percorsi assistenziali standardizzati. Si introduceva anche un nuovo percorso standardizzato denominato "Trattamenti terapeutici", che prevedeva

la possibilità di effettuare, per esempio, trattamenti infusionali, di fleboclisi a domicilio.

In ultimo, la Regione è intervenuta con due nuovi provvedimenti: la DGR 850/2023 che prevedeva un aggiornamento nell'ambito delle cure palliative domiciliari e la **DGR 1025 del 2/10/23 recante** *"Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Terzo provvedimento"*. Questa delibera, a seguito delle criticità emerse nei primi mesi di operatività delle nuove regole del C-Dom, introduceva **ulteriori disposizioni correttive e migliorative**.

In particolare, si prevede di ricorrere a un cut off [1] al raggiungimento del punteggio 3 della scheda di Triage, introducendo una valutazione multidimensionale (VMD) di 1° livello che permette l'attivazione dell'ADI integrata di 1°; 2° e 3° livello. Si supera così l'attivabilità di percorsi standardizzati combinati, richiedendo invece, nei casi di bisogni differenziati, anche se mono-professionali, l'attivazione dell'ADI integrata di 1°; 2°; 3° livello, indipendentemente del valore della scheda triage. Sempre in ordine all'attuazione dei percorsi assistenziali, sono stati disposti ulteriori aggiustamenti prevedendo la rivalutazione del caso qualora emergano bisogni differenti da quelli ricompresi nel percorso attivato. Questi correttivi nascono dalla constatazione che l'applicazione dei percorsi assistenziali standardizzati, in presenza di più bisogni (anche mono professionali), portava a un'eccessiva frammentazione prestazionale. Si è quindi prevista questa VMD di 1° livello che consente di avere uno sguardo complessivo dei bisogni anche nelle situazioni meno complesse, erogando di conseguenza prestazioni domiciliari integrate attraverso l'elaborazione di un PAI coordinato e coerente. Sono stati infine anche ridefiniti i percorsi legati alle lesioni A e B [2], previsti nella DGR 6867/2022, in funzione di una migliore distribuzione dei livelli d'intensità assistenziale connessi alla stadiazione delle lesioni stesse, rideterminando le rispettive tariffe.

Questo è il quadro riassuntivo delle regole delle UdO C-Dom a ottobre 2023. Come si presenta la situazione dopo questi pochi mesi?

Prima analisi della situazione delle C- Dom

L'anno trascorso è stato molto faticoso sia per tutti i gestori, che hanno dovuto adeguarsi alle nuove regole delle C-Dom, sia per le ASST, che hanno dovuto organizzarsi per presentare l'istanza di accreditamento per diventare loro stessi gestori di prestazioni C-Dom alla pari degli altri soggetti.

Terminate le procedure di accreditamento e di riclassificazione, l'avvio delle nuove regole ha fatto emergere un eccessivo appiattimento delle cure domiciliari sul versante prestazionale, soprattutto a seguito dell'applicazione dei percorsi assistenziali standardizzati combinati. **La citata DGR 1025/2023 ha corretto un po' il tiro**

introducendo la VMD di 1° livello, che ha permesso di ricondurre gli interventi a un PAI anche nelle situazioni di più bisogni mono-professionali. Questa previsione però ha trovato abbastanza impreparate le ASST, a loro volta impegnate a costituire le EVM[3] nella nuova riorganizzazione della sanità territoriale e in particolare nelle Case della Comunità, con evidenti ripercussioni sulla tempestività delle prese in carico territoriali. Da una prima ricognizione emerge che i territori hanno poi implementato i processi di valutazioni in modo diverso, anche in assenza di indicazioni più precise della Regione. Le EVM di valutazione multidimensionali attivate dalle ASST nei Pua e nei Distretti tramite l'utilizzo degli Infermieri di Comunità (IFeC) non conoscono la metodologia di valutazione InterRAI HOME CARE. Va però ricordato che, anche quando sono stati coinvolti gli infermieri della precedente gestione, la valutazione era spesso era affidata al gestore o avveniva con la scheda FIM. Alla nota carenza di operatori si somma un'insufficiente preparazione delle EVM, che si sta sostanzialmente cercando di colmare con momenti formativi diffusi: anch'essi, però, talora risultano insufficienti e inadeguati, dato il livello di partenza degli infermieri che spesso non avevano mai lavorato nelle cure domiciliari (come già segnalato su LombardiaSociale).

Inoltre, per ora non è dato di sapere quante ASST hanno iniziato a erogare le prestazioni domiciliari; la situazione è variegata, sia per le difficoltà di individuazioni del personale da dedicare, sia per la difficolta di avviare il processo di erogazione delle cure domiciliari separatamente da quello di valutazione e autorizzazione delle prestazioni ADI agli altri gestori (di cui è titolare l'ASST). Siamo qui di fronte a una questione particolarmente delicata in quanto il soggetto pubblico è sia valutatore che erogatore, con potenziali evidenti criticità rispetto alla sua terzietà.

Si sta registrando anche la difficoltà dei gestori nel consumare il budget assegnato. Le ragioni sono molteplici e da approfondire. La prima è la già citata carenza di operatori, in particolare di infermieri, la seconda la menzionata difficoltà delle EVM a velocizzare la valutazione. Si assiste però anche a una diminuzione delle prescrizioni da parte dei MMG, probabilmente per il carico di lavoro loro assegnato. A questo riguardo, sarebbe da considerare anche la possibilità per le Aziende ospedaliere di avviare percorsi di dimissioni protette/assiste a domicilio. **Questi percorsi, infatti, sono caratterizzati da una pluralità di modalità diverse, che ne rallentano l'attivazione e non sempre garantiscono la continuità assistenziale.**

Anche la piattaforma regionale del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT) presenta molte criticità. I soggetti gestori che hanno i loro software gestionali devono interoperare con questo dispositivo regionale. A oggi non esiste ancora una versione definitiva; sono disponibili solo delle "demo", e non sono chiare le caratteristiche dei tracciati[4] con i dati previsti. Questo, oltre rendere poco utilizzabile la piattaforma SGDT, richiede significativi investimenti per gli enti gestori, chiamati ad aggiornare continuamente i loro sistemi informatici.

Si vede con timore la trasmigrazione dei dati dell'ultimo trimestre 2013, prevista il 27/1/2024, che andranno a sovrascrivere i dati caricati dal 1.1.2024, anche se è opinione diffusa che per avere una buona operabilità della piattaforma bisognerà aspettare la metà di marzo 2024. **Occorre considerare che il mancato allineamento dei dati influisce direttamente sulla remunerazione spettante ai soggetti gestori.**

Infine, anche la nuova classificazione delle prestazioni presenta alcuni problemi; come nella precedente gestione, certi profili complessi risultano poco remunerativi. **Di conseguenza alcuni gestori cercano di ritardare o evitare la presa in carico di queste casistiche.**

In conclusione, nell'intero iter attuativo si registra una scarsa governance da parte della DG Welfare, aggravata dal cambio delle direzioni strategiche delle ATS e ASST.

Prime conclusioni

I mesi trascorsi dall'avvio delle nuove C-DOM sono troppo pochi per esprimere valutazioni attendibili; come sempre, ogni cambiamento organizzativo presenta criticità che vanno affrontate nel tempo. La Regione ha già mostrato di voler intervenire per modificare le regole in modo da affrontare le prime criticità emerse; ci si augura poi che una maggior governance, un monitoraggio continuo della situazione e i tavoli di lavoro con i gestori, permettano di superare rapidamente le altre eventuali problematiche emergenti. Lo richiede il raggiungimento dell'obiettivo del PNRR , a cui tutto il sistema tende.

È però noto che il disegno complessivo del PNRR, così come recepito da tutte le regioni compresa la Lombardia, non tiene conto dell'intensità assistenziale e quindi l'azione riorganizzativa che si sta sviluppando è "più ADI per tutti indipendentemente della intensità e qualità dell'intervento". Questo è rilevabile in tutti i provvedimenti regionali, compresa la DGR 717/2023 che istituisce il progetto di Sorveglianza domiciliare. La normativa conteggia nei dati dell'assistenza domiciliari anche i pazienti cronici che, per le loro condizioni cliniche/logistiche, hanno difficoltà a raggiungere l'ambulatorio per i normali controlli.

Considerato che sia per lo Stato che per le Regioni l'obiettivo è quello di raggiungere la presa in carico del 10% della popolazione >65 anni entro 2026, indipendentemente da parametri di intensità e qualità, se Regione Lombardia volesse investire tempo e fatica per pervenire a un'ADI più qualificata, rischierebbe di non aver riconosciuto i propri sforzi in quanto non riuscirebbe a raggiungere i target quantitativi previsti dal PNRR. Questo sarebbe un vero peccato perché l'ingente disponibilità di risorse disponibili, difficilmente replicabili, di fatto vanno a potenziare l'erogazione di un'ADI prestazionale rivolta principalmente ai pazienti cronici, e si è persa l'occasione di

rivedere le modalità erogative delle cure domiciliari. È poi assente una riflessione sulle risorse necessarie al mantenimento di questo sistema una volta esaurito il periodo di vigenza (e le risorse) del PNRR.

In definitiva, l'obiettivo "la casa come primo luogo di cura", menzionato da tutti gli atti statali e regionali che motivano la riorganizzazione delle cure domiciliari, appare "stonato" perché l'anziano non autosufficiente ha bisogno di ben altri interventi per poter realmente rimanere a casa[5].

---

1. *Il cut-off (letteralmente: tagliare) taglia la scala di punteggi previsti nel Triage. In particolare, se la valutazione effettuata con la scheda di Triage dà punteggio uguale o superiore a 3, si introduce una valutazione multidimensionale di 1° livello. Rimane confermato che con punteggio uguale o superiore a 7 la valutazione multidimensionale è di 2° livello.*
2. *Si tratta di tipologie di lesioni da pressione (comunemente chiamate "piaghe da decubito") valutate rispetto alla sede, il numero, le caratteristiche, la stadiazione di gravità secondo una scala specifica, l'evoluzione.*
3. *Equipe di Valutazione Multi-Dimensionale nell'ambito delle articolazioni organizzative dei Distretti delle ASST.*
4. *Tracciati: sono i dati che si tengono in memoria dal programma informatizzato e che servono per costruire le rendicontazioni delle attività e la relativa remunerazione.*
5. *È in fase di approvazione il D.Lgs attuativo della L.33/2023 recante "Delega la Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" il quale, disattendendo quanto previsto dalla legge, nulla prevede sulla intensità e durata delle cure domiciliari. Eppure, il Patto per la non autosufficienza nel suo manifesto di proposta aveva ben delineato le caratteristiche delle cure domiciliari per anziani non autosufficienti che devono comprendere pacchetti con un livello adeguato di cura in tutti i suoi aspetti (igiene, mobilizzazione ecc.) con la finalità di mantenere le capacità residue, nonché l'addestramento e il supporto ai caregiver, coniugando gli interventi sociosanitari con quelli sociali.(https://www.pattononautosufficienza.it/documenti_e_news/manifesto-per-i-decreti-attuativi-della-legge-33-2023/)*

Punti di vista

Lavorare con gli anziani soli non collaboranti

di Rosemarie Tidoli

1 Marzo 2024

Temi > Anziani, Domiciliarità

Per i Servizi Sociali una delle maggiori criticità è rappresentata dalla necessità d'intervenire nei confronti di anziani soli, non collaboranti e in situazioni di rischio. Come prendere in carico questi complessi casi, in aumento ovunque, tutelando tutti i soggetti coinvolti?

Per una serie di modifiche sociali e demografiche concatenate (denatalità, invecchiamento della popolazione con vertiginoso aumento dei grandi anziani, minor numero di figli e/o caregiver disponibili, "esplosione" delle demenze) da anni risultano in aumento gli anziani con problemi psico-fisici di varia intensità e tipologia, soli e senza figure parentali o di prossimità. Non di rado queste persone versano in condizioni di abbandono e/o di rischio, per sé stessi e talora per la comunità. Alcuni esempi sono rappresentati da anziani rimasti soli, non in grado di provvedere all'igiene domestica, di alimentarsi adeguatamente e di curarsi; da altri che escono di casa e vagabondano disorientati, anche di notte; da altri ancora che lasciano aperto il gas, mettendo a rischio l'intero stabile; vi sono poi accumulatori compulsivi di spazzatura o oggetti vari che invadono l'abitazione e a volte le parti comuni (fenomeno denominato "barbonismo domestico").

Sono pochi i Servizi Sociali, specie dei Comuni (non solo lombardi), che non si sono trovati a dover affrontare evenienze del genere, spesso segnalate dal vicinato, dai volontari, dal medico, dagli amministratori di condominio con la pressante richiesta di fare qualcosa, e di farla in fretta. Accertando la situazione e lo stato di bisogno (passo non semplice né scontato perché non sempre gli interessati aprono la porta e mancano figure in grado fungere da tramite con i Servizi), nella maggioranza dei casi si riscontra che questi anziani non sono collaboranti e/o non hanno coscienza della loro condizione, oggettiva e personale. Sovente si tratta di individui affetti da demenze o

decadimenti cognitivi (non necessariamente certificati), ma anche di anziani che si trascinano forme di disagio dall'età adulta o di persone che, per i motivi più disparati, hanno perso i loro punti di riferimento nella vita e restano isolate; non sempre, tra l'altro, versano nell'indigenza.

L'aspettativa diffusa della comunità locale (e dell'opinione pubblica) è quella che il Servizio sociale (anche dietro le pressanti sollecitazioni esterne) debba intervenire agendo di fatto "in loco parentis" e provvedendo alle più svariate necessità dell'anziano nei vari ambiti di vita, così da tutelare lui stesso e anche la comunità. Ammesso che l'interessato permetta a qualcuno di entrare in casa propria, solitamente – tra mille difficoltà – gli Assistenti Sociali progettano di attivare per primo un sostegno domiciliare. Il più comune ostacolo, però, è che l'anziano non solo non richiede l'assistenza domiciliare ma, se gli viene proposta (ovviamente senza parlare di costi), oltre a non accettarla può arrivare a dimostrarsi anche fortemente reattivo e ostile. In sintesi: queste persone si trovano in stato di rischio, sono parzialmente o totalmente non autosufficienti nella quotidianità, spesso evidenziano decadimenti cognitivi e non sono collaboranti. **Tuttavia per legge, essendo maggiorenni, hanno il diritto di autodeterminarsi e di rifiutare il supporto dei Servizi.**

Una situazione complessa

Nel lavorare con soggetti di questo tipo viene a cadere uno dei principi dell'operato dell'Assistente sociale, figura cui spetta l'elaborazione del progetto d'intervento sul caso: quello di progettare in accordo con l'interessato e i suoi familiari. Il codice deontologico dell'AS recita infatti: **(art. 26)** *"L'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l'autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri."*

E' pur vero che il successivo **art. 27** specifica: "*L'assistente sociale riconosce che la capacità di autodeterminarsi della persona può essere ridotta a causa di condizioni individuali, socio-culturali, ambientali o giuridiche. In queste situazioni, promuove le condizioni per raggiungere il miglior grado di autodeterminazione possibile e, quando ciò non sia realizzabile, si adopera per l'adeguata segnalazione all'Autorità Giudiziaria, affinché siano attivati gli opportuni interventi di protezione e di tutela".*

L'intervento più frequente in questi frangenti è la segnalazione al Giudice Tutelare per la nomina di Amministratore di Sostegno, misura di protezione introdotta dalla L. 6/2004 a cui i Servizi ricorrono in un certo numero di casi[1]; le procedure non sono però immediate[2] e non è raro che, nel frattempo, gli operatori si trovino in una posizione di stallo[3].

In questo complesso contesto spiccano tre esigenze:1) tutelare l'anziano in condizioni di rischio/abbandono, evitando anche il (ri)proporsi di eventuali comportamenti potenzialmente pericolosi per sé o per la comunità; 2) rispettare il suo diritto all'autodeterminazione, che può includere il desiderio di non ricevere alcun intervento; 3) tutelare gli operatori coinvolti.

Come combinarle? E' possibile, in attesa (o in vista) della nomina dell'Amministratore di sostegno[4], trovare il modo per gestire la situazione?

Esperienze dai territori

Precedenti esperienze raccolte da LombardiaSociale indicano che, in alcune situazioni, gli operatori hanno individuato tipi di "aggancio" (non codificati) che si sono mostrati in grado di facilitare il contatto con persone sole e non collaboranti, spianando poi la strada all'erogazione degli interventi più opportuni. E' stata qui sperimentata una presa in carico insolita e particolare, con **modalità, tempi e orari d'intervento diversi da quelli consueti,** prevedendo un primo consistente momento di osservazione e un graduale avvicinamento che hanno portato all'instaurarsi di un rapporto di fiducia. Questa fase si è rivelata spesso utile per capire quali possano essere le successive tappe da programmare nell'interesse dell'anziano (permanenza a domicilio con supporti vari, se possibile coinvolgendo anche la comunità in un rapporto di cura condivisa, inserimento in CDI, RSA o altri), anche grazie all'apporto di varie professionalità (ad esempio, educatore e/o psicologo) che agiscono in sinergia con il servizio sociale e a fianco degli operatori del SAD.

In queste esperienze sono state messe in gioco la disponibilità e la capacità di pensare e agire fuori degli schemi e dai protocolli tradizionali, non solo per gli operatori ma anche per gli amministratori. **La responsabilità di provare a percorrere questa strada, infatti, non può essere frutto solo dello spirito d'iniziativa e della competenza delle singole figure professionali,** ma deve conseguire a riflessioni e scelte consapevoli, condivise a tutti i livelli.

È dunque indispensabile che, in parallelo, vengano predisposti dispositivi **che facilitino e legittimino l'intervento, assicurando anche la tutela degli operatori coinvolti.** A titolo di esempio, per superare la mancanza della richiesta esplicita dell'interessato, nei regolamenti del SAD (il servizio più utilizzato in queste situazioni) è possibile menzionare specificamente un periodo di osservazione gratuito di una certa durata, attivabile con modalità flessibili dietro relazione motivata del Servizio Sociale.

Va detto che, nonostante i tentativi, questo modo di procedere non sempre ha successo. Inoltre non è definibile né standardizzabile a priori e può variare da caso a

caso: **da qui l'importanza di lavorare in équipe alla progettazione personalizzata dei casi particolarmente complessi.**

Invece, negli interventi con gli anziani a domicilio il lavoro in équipe non è molto diffuso.

I rischi per gli operatori

Quasi sempre l'Assistente sociale (professionista dell'aiuto e – se dipendente da una pubblica amministrazione – contemporaneamente pubblico ufficiale o incaricato di pubblico esercizio, con tutte le responsabilità connesse) deve affrontare in totale solitudine situazioni come queste che, **oltre a sollevare un dilemma deontologico (autodeterminazione dell'anziano vs protezione), implicano rischi gravi, seppur potenziali, e sono densi di risvolti giuridici**. Paradossalmente, anche se l'anziano è oppositivo e privo di protezione giuridica, un rischio visibile e tangibile (o, a maggior ragione, il verificarsi di un evento avverso per l'interessato o per la comunità[5]) apre la via a interventi quali una segnalazione diretta alla Procura, il coinvolgimento delle Forze dell'Ordine, di strutture sanitarie specialistiche, ecc. Al contrario, quando il pericolo è percepito ma è solo potenziale, in mancanza di una rete familiare l'assistente sociale generalmente si trova a cercare di elaborare valutazioni e ipotesi di sostegno senza affiancamenti di alcun tipo[6].

E' evidente che la necessità di tutelare l'azione degli operatori si pone anche quando – pur avendo ricercato la collaborazione di altre istituzioni o attori del territorio – non esistono i presupposti per tentare approcci o i tentativi sono falliti. Molti Assistenti Sociali si chiedono se, quando l'anziano rifiuta fermamente l'intervento proposto, sia opportuno/necessario fargli firmare (se in grado) una dichiarazione in tal senso. **In sostanza, un numero crescente di operatori teme – secondo i casi – di "finire sui giornali" sia per (presunte) omissioni che, viceversa, per interventi considerati invasivi.**

Come muoversi?

Questo scenario porta sempre più spesso i Servizi a interrogarsi su come procedere di fronte a anziani soli, in condizioni di rischio (per sé e/o per gli altri) e bisognosi di protezione ma non collaboranti:

- Si può immaginare di individuare approcci, il più possibile rispettosi della deontologia e tutelanti per tutti i soggetti in causa, che agevolino la presa in carico anche in assenza e/o in attesa degli appositi provvedimenti di legge? Se sì, quali?

- E ancora: possono i sistemi di welfare locale, sotto la guida dei professionisti, potenziare la solidarietà informale a favore di queste persone? E in che modo?
- E' pensabile l'attivazione di percorsi di rete che incrocino interventi formali e informali coinvolgendo soggetti della comunità, del quartiere, del paese, che hanno maggiori speranze di vedersi "aprire la porta" dagli anziani non collaboranti?[7]

Alcuni Ambiti lombardi stanno esplorando questa direzione, proseguendo per aggiustamenti successivi; in altre realtà, invece, posto che non si siano già verificati i sopraccitati eventi avversi, perlopiù si tende ad aspettare la nomina dell'Amministratore di Sostegno [8].

Non esistono soluzioni univoche o risposte certe: la questione ha molteplici sfaccettature e variabili, non sempre ipotizzabili a priori. Ogni orientamento, dunque, può avere la sua ragione d'essere. L'argomento è di grande attualità per gli operatori – primi tra tutti gli Assistenti Sociali e il loro Ordine professionale – per dirigenti e amministratori degli Enti e per i gestori: varie zone lombarde manifestano l'esigenza e la richiesta di specifiche formazioni che si soffermino sia sugli aspetti deontologici e operativi che sui risvolti giuridici e legali.

Con questo articolo LombardiaSociale si propone di dare il via a un ciclo di approfondimenti sul tema. Nei prossimi mesi pubblicheremo altri contributi, focalizzati sulla nostra Regione, che riportano la testimonianza di alcuni Ambiti territoriali; in parallelo, invitiamo tutti coloro che lo desiderassero a esprimere la propria opinione e a condividere la propria esperienza.

1. *Al proposito va segnalato il convegno del 16/2/2024 organizzato a Milano dal Consiglio Regionale degli AA.SS., "Amministrazione di Sostegno. L'indagine del CROAS Lombardia", dove sono stati presentati i risultati di una ricerca svolta sullo stato dell'arte, il ruolo del Servizio Sociale e le best practices nei sistemi per la protezione giuridica delle persone fragili. Lo studio interroga la professione di AS rispetto ai contesti operativi e alle azioni che è chiamata svolgere (anche nel suo possibile ruolo di ADS), aprendo dilemmi metodologici e deontologici e individuando proposte innovative di applicazione di questo importante istituto. Il relativo Quaderno dell'Ordine, di dicembre 2023, è scaricabile al link: I-ruoli-dellassistente-sociale-nellambito-della-protezione-giuridica-delle-persone-fragili.pdf (ordineaslombardia.it).*
2. *Una volta ricevuta la segnalazione, il Giudice Tutelare deve nominare l'amministratore di sostegno entro 60 giorni dalla presentazione della domanda (art. 405 CC). La richiesta di nomina provvisoria con urgenza dev'essere circoscritta ai soli casi eccezionali che hanno necessità di pronuncia immediata.*
3. *Gli stessi AA.SS. possono essere nominati Amministratori di Sostegno e in effetti alcuni ricoprono questa funzione. Il presente articolo non entra però nel merito di questo possibile ruolo e, nella trattazione della tematica, presuppone che l'incarico di ADS venga attribuito ad altre figure.*
4. *Va sottolineato che – in presenza di casistiche di questo tipo – la stesura stessa della segnalazione da inviare al Giudice Tutelare per la nomina di Ads spesso comporta tempi lunghi, legati alle notevoli difficoltà di accertare la situazione dell'anziano, di raccogliere la documentazione, ecc.*
5. *Non di rado ripresi e amplificati dai mezzi d'informazione.*
6. *Vari AA.SS. riferiscono, ad esempio, che nei casi di ultra 65enni non è sempre facile coinvolgere i CPS, le strutture psichiatriche territoriali*
7. *In questa direzione vanno alcuni progetti di custodia sociale, le esperienze delle sentinelle di quartiere, i progetti di Dementia Friendly Community. Questi ultimi cercano di generare processi di accoglienza e comunità più inclusive verso le persone con demenza formando esponenti del territorio che, per il loro ruolo (vigile, farmacista, sindaco), ispirano autorevolezza e fiducia e sono spesso "riconosciute" dagli anziani (anche con decadimenti cognitivi).*
8. *Sempre presupponendo che l'ADS non coincida con lo stesso A.S. (vedi nota 3), va comunque evidenziato che l'Amministratore (che nel caso di un anziano solo e senza rete spesso è una figura istituzionale con cui l'interessato non ha preesistenti rapporti) legittima l'intervento del Servizio Sociale permettendo di agire in alcuni ambiti. Non risolve però i problemi di relazione e contatto quotidiano, che restano in capo agli operatori.*

Punti di vista

Il ruolo dell'assistente sociale per gli anziani in Ospedale

Dall'accesso in PS alle dimissioni protette. Un contributo di Sara Alberici, assistente sociale, Consigliere Referente Gruppo Tematico Anziani CROAS Lombardia

a cura di Rosemarie Tidoli

9 Novembre 2023

Temi > Anziani, Domiciliarità, Integrazione sociosanitaria, servizio sociale

L'articolo descrive il ruolo del servizio sociale ospedaliero nella presa in carico del paziente anziano dall'accesso in PS alla dimissione. Dopo aver esposto alcuni dati, l'autrice evidenzia caratteristiche e prospettive di questo lavoro, snodo di fondamentale importanza per gli anziani e per l'integrazione ospedale- territorio.

Il ruolo dell'assistente sociale in ospedale

Il primo servizi sociale ospedaliero lombardo è stato istituito nel 1955 presso il Policlinico di Milano[1], fondato nel 1456 da Francesco Sforza. La cura del malato e l'attenzione alle sue condizioni non solo cliniche, ma anche sociali, ne ha accompagnato la storia e lo sviluppo degli ospedali nelle varie epoche, rendendolo una realtà ormai diffusa in diverse province lombarde.

L'Ospedale deve prendersi cura della salute degli individui, intendendo con questo termine sia il benessere a cui aspirare sia il diritto di usufruire di servizi e prestazioni sanitarie nazionali;[2] il servizio sociale ospedaliero è chiamato a valutare le problematiche sociali dei pazienti[3] che accedono in Pronto Soccorso (PS) o vengono ricoverati direttamente in reparto, aggravate o rese maggiormente visibili dalla malattia.

La complessità del lavoro in ambito ospedaliero sta nel riuscire ad attuare il proprio intervento in un contesto che più di ogni altro si caratterizza per la dimensione dell'urgenza, **coniugando la dimissibilità clinica con quella sociale per pazienti di ogni età, dai neonati agli anziani.**

Accesso degli anziani negli Ospedali lombardi: alcuni dati[4]

L'anziano che giunge in ospedale spesso **è un paziente complesso,** caratterizzato da multimorbilità, polifarmacoterapia e fragilità sociale. Ha molteplici bisogni, che possono essere causati da progressiva perdita di autonomia, da precarietà economica, da solitudine e isolamento, fino alla grave marginalità sociale. Per illustrare meglio la situazione sono utili alcuni dati relativi al 2022 esposti nella Tabella 1.

Tabella 1 – Accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione residente (accessi ai pronto soccorso pazienti anziani, anno 2022)

Classe di età	Uomini	Donne	Totale
65-69 anni	25.396	23.381	48.777
70-74 anni	26.905	27.307	54.212
75-79 anni	28.941	31.578	60.519
80-84 anni	30.472	36.995	67.467
85+ anni	33.971	54.709	88.680
Totale	**145.685**	**173.970**	**319.655**
Totale tutte le classi di età	**524.211**	**555.501**	**1.079.712**

Fonte: Portale Stato Salute ATS Milano Città Metropolitana

Come si evince dalla tabella, nel 2022 gli accessi nei PS afferenti all'ATS Città Metropolitana[5] dei pazienti anziani sono stati 319.655 su un totale di 1.079.712 (29,6%); una percentuale quasi invariata rispetto al 2021: 288.001 su 945.610 accessi (30,4%). Gli ospedali milanesi (ASST GOM Niguarda, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, ASST FBF Sacco, ASST Santi Paolo Carlo- presidio San Paolo) hanno gestito la maggiore casistica.

È diffusa la percezione che gli accessi impropri in PS siano più frequenti tra gli anziani che tra gli adulti, **ma questa errata convinzione viene smentita da uno studio nazionale** della Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)[6].

Per quanto riguarda le degenze, gli anziani ricoverati nel 2022 negli ospedali afferenti all'ATS Milano Città Metropolitana sono stati 180.347 su un totale di 388.329 (46,4%); i dati sono ancora praticamente invariati rispetto al 2021: 171.235 su un totale di 366.585 pazienti (46,7%). Per la città di Milano, i ricoveri sono avvenuti soprattutto nella Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, nell'ASST Niguarda e nell'ASST SANTI Paolo Carlo -presidio San Paolo.

Tabella 2 – Accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione residente (ricoveri ospedalieri, pazienti anziani, 2022)

Classe di età	Uomini	Donne	Totale
65-69 anni	16.582	12.119	28.701
70-74 anni	19.355	15.052	34.407
75-79 anni	20.372	17.195	37.567
80-84 anni	19.409	18.218	37.627
85+ anni	17.999	24.046	42.045
Totale	**93.717**	**86.630**	**180.347**
Totale tutte le classi di età	**183.163**	**205.166**	**388.329**

Fonte: Portale Stato Salute ATS Milano Città Metropolitana

Il fenomeno dei "bed blockers"

Un altro recente studio nazionale della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), svolto analizzando 98 strutture ospedaliere[7], affronta il cruciale tema delle degenze non appropriate, che spesso chiamano in causa i pazienti anziani.

Secondo la recente normativa di Regione Lombardia[8], i giorni di degenza oltre la prevista data di dimissione clinica generano i cosiddetti ***"bed blockers"*, quei pazienti di difficile dimissione che rimangono ricoverati, frenando la circolarità tra chi accede in ospedale e chi viene inviato ai servizi sul territorio**. Il tempo di attesa per il ricovero è uno degli elementi più critici nel flusso dei pazienti all'interno del PS: **la delibera regionale prevede che il tempo tra ingresso in PS e ricovero in area di degenza sia inferiore alle otto ore**. Viene richiesto inoltre a ogni ASST / IRCCS di natura pubblica e sede di PS di nominare un nucleo aziendale per la gestione dei ricoveri di area medica: l'assistente sociale ospedaliero, non previsto all'interno di tale nucleo, è chiamato a svolgere un ruolo di supporto secondo la propria specificità tecnico professionale.

Secondo l'esperienza professionale degli assistenti sociali ospedalieri, **la differente tempistica tra dimissione clinica e sociale è un problema da non sottovalutare.** Infatti, anche nel caso di una segnalazione precoce, a seconda dell'esito della valutazione sociale e del percorso intrapreso, l'assistente sociale deve interfacciarsi con gli **altri enti coinvolti nel progetto di aiuto; questi a loro volta necessitano di tempo** per valutare se il paziente ha i requisiti necessari per accedere a interventi di sostegno domiciliare o di altra natura (senza considerare il tempo di attesa per l'ingresso in RSA con integrazione della retta a carico comunale, se fosse

questa la soluzione individuata). Conseguentemente, sempre più spesso le strutture riabilitative chiedono di conoscere anticipatamente il "destino sociale" dell'anziano.

Accesso dell'anziano in PS e dimissioni protette

Ma cosa succede, concretamente, quando un paziente anziano accede in ospedale tramite il PS? L'assistente sociale ospedaliero può essere coinvolto dal personale sanitario nella sua presa in carico già dal momento dell'ingresso**:** la segnalazione può avvenire attraverso **la compilazione della griglia di rilevazione di rischio sociale**[9]**,** comprendente diversi indicatori (es. perdita di autonomia, mancanza di una persona di riferimento, dipendenza patologica, assenza di dimora). **L'assistente sociale è chiamato quindi a valutare il problema sociale del paziente, che può riguardare anche il caregiver (se presente) e il suo contesto di vita, e deve attuare le dimissioni protette,** quell'insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura all'altro, assicurando la continuità assistenziale e l'assistenza integrata tra ospedale e territorio.

Le dimissioni protette ospedaliere del paziente anziano prevedono diversi percorsi o setting di cura:

- il rientro al domicilio, con attivazione dell'assistenza domiciliare[10];
- la prosecuzione delle cure sanitarie con l'erogazione delle terapie attive, attuabili sia presso strutture riabilitative, sia di tipo palliativo (presso gli hospice);
- l'inserimento in strutture semi-residenziali o residenziali.[11]

Il lavoro con il paziente anziano in ospedale comporta quindi sia interventi di counseling sociale (per esempio sulle misure di previdenza sociale, sulle forme di tutela giuridica, sulla rete dei servizi territoriali e di terzo settore), sia attività per la costruzione di un progetto specifico (lavoro di rete, segnalazione e invio ad altri servizi). Una parte importante riguarda anche il coinvolgimento del caregiver di riferimento dell'anziano, specie nei casi di patologia neurodegenerativa o oncologica. Implica inoltre interventi d'équipe multiprofessionali con il reparto di degenza: l'aggiornamento reciproco sull'evoluzione del progetto, la conoscenza delle risorse del territorio, il rispetto dei ruoli, sono finalizzati a un intervento integrato. **Attraverso il lavoro di rete l'assistente sociale crea connessioni tra le risorse formali e informali coinvolte,** ad esempio il servizio sociale Comunale per l'organizzazione della dimissione protetta domiciliare o per l'inserimento in RSA; le associazioni di volontariato o di terzo settore per un potenziamento dell'assistenza, per l'accompagnamento alle terapie oppure per l'erogazione di un contributo economico; le autorità giudiziarie per la richiesta di nomina di amministratore di sostegno, per quei

pazienti non in grado di provvedere a se stessi; i servizi specialistici (SERT, CPS) in caso di pregressa presa in carico o un problema di dipendenza, anche se questi servizi non prevedono ancora un approccio specifico al paziente anziano.

I più fragili tra gli anziani: l'importanza del servizio sociale ospedaliero

Tra gli anziani che accedono in ospedale rientrano alcune categorie particolarmente vulnerabili che pongono grandi sfide all'azione dei Servizi in generale: **le persone con demenza, i senza fissa dimora e gli stranieri. In questi casi l'intervento del Servizio Sociale ospedaliero può divenire uno snodo di fondamentale importanza.**

Tra gli anziani affetti da demenza, l'80% risulta assistito al domicilio, usufruendo spesso di aiuti meramente prestazionali. Il caregiver ha bisogno a sua volta di supporto a causa del suo vissuto peculiare, dato dal trovarsi ad assistere una persona che non riesce più a riconoscere, nonché dal senso di impotenza e solitudine, dal forte livello di stress e da sentimenti di angoscia, rabbia, vergogna che spesso sperimenta. L'accesso in PS e la conseguente segnalazione del SS ospedaliero ai colleghi del territorio **spesso costituiscono il primo passo per l'aggancio del paziente ai servizi sociali o sociosanitari** (frequentemente tardivo), iniziando a spezzare (almeno in parte) l'isolamento della famiglia.

Quanto ai senza fissa dimora, secondo l'ultimo rapporto ISTAT[12], la metà delle persone in questa condizione iscritte in anagrafe è concentrata soprattutto in 6 Comuni italiani[13], a Milano è presente il 9% del totale nazionale. I dormitori accolgono pazienti autonomi nelle attività quotidiane: **gli anziani hanno quindi una maggiore probabilità di essere esclusi.**

Gli stranieri, se irregolari, **hanno accesso solamente alle cure essenziali e urgenti;** il percorso successivo è spesso caratterizzato da difficoltà quali la regolarizzazione sul territorio italiano oppure, se non possibile, il rientro nel proprio Paese d'origine tramite il Consolato di riferimento o progetti ministeriali per il rimpatrio volontario assistito (RVA).

Anche per questa tipologia di pazienti l'intervento del Servizio Sociale ospedaliero **può agevolare la presa in carico da parte dei servizi territorialmente competenti e favorire l'accesso alle risorse** per coloro che sono maggiormente vulnerabili, per l'umanizzazione delle cure.

Per concludere

È ormai acquisito che gli anziani che necessitano di assistenza continuativa e le famiglie che se ne prendono cura non hanno bisogno di interventi prestazionali poco coordinati

tra loro, **ma di un aiuto capacitante**, realizzato da esperti che siano un punto di riferimento e di accesso a informazioni e risorse efficaci. In linea generale, è urgente potenziare i servizi a sostegno della domiciliarità e le forme di residenzialità innovative (mini alloggi protetti, case famiglia, condomini solidali…), che possano accogliere chi si trova in una situazione intermedia fra autonomia e necessità di assistenza.

Venendo **all'ambito ospedaliero, poi, sarebbe importante allargare la sperimentazione di percorsi dedicati agli anziani fin dall'accesso in PS,** già avviata con alcune esperienze lombarde, come l'area specialistica di osservazione breve geriatrica, inaugurata nel PS dell'ospedale di Vimercate[14], oppure la possibilità di accedere ad un percorso prioritario tramite il "codice argento", ancora attivo in alcuni PS lombardi[15]. La creazione di iter dedicati con personale specializzato potrebbe ridurre i tempi di attesa, garantire assistenza di qualità e ottimizzare la gestione delle urgenze della popolazione anziana.

---

1. *Il Servizio Sociale nelle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia, pag.14, CROAS 2008*
2. *Preambolo alla costituzione dell'organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.*
3. *La valutazione sociale, secondo Dal Pra Ponticelli, è il giudizio professionale sulla situazione, ricavato dalle informazioni raccolte, confrontate con le conoscenze teoriche possedute e con il punto di vista dell'utente.*
4. *Rispetto ai dati presentati, poiché la mia esperienza professionale è maturata in diverse realtà ospedaliere milanesi mi concentrerò sulla città di Milano.*
5. *L'ATS Città Metropolitana di Milano comprende ASST Lodi, ASST Melegnano e Martesana, ASST Nord Milano, ASST Ovest milanese ASST Rhodense, ASST FBF Sacco, ASST Gom Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo.*
6. *Lo studio prende in esame gli accessi al PS in base all'età e ne verifica l'appropriatezza con il criterio dei diversi codici di gravità; secondo questa ricerca l'accesso in PS e il conseguente*

ricovero ospedaliero sono appropriati quattro volte più negli anziani che negli adulti (36,8% e 44,2% nelle fasce d'età più avanzate contro 10,7% nella fascia 40-44 anni). Cfr. "Accessi inutili in pronto soccorso, studio SIGG-SIGOT smentisce luogo comune: più frequenti tra i giovani che tra gli anziani", comunicato stampa di SIGOT e SIGG, febbraio 2023

7. *Dallo studio è emerso che, per un paziente anziano ricoverato in reparto di medicina interna, dalla data di dimissione indicata dal medico a quella effettiva di uscita dal reparto trascorrono dai due ai sette giorni. Le motivazioni riportate sono le seguenti: il 75,5% non ha un caregiver che possa assisterlo, il 49% è in attesa di ingresso in RSA, il 64,3% è in attesa di ingresso in strutture sanitarie intermedie nel territorio, il 22,4% incontra difficoltà ad attivare l'ADI-assistenza domiciliare integrata. Cfr. "Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI", comunicato stampa di FADOI , 16.01.2023*

8. *Deliberazione N° XI/6893 Seduta del 05/09/2022, "approvazione del documento tecnico interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso"*

9. *prevista nel Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: Piattaforma Primo" (DGR n. X/7543 del 18 dicembre 2017). Il Gruppo di lavoro, composto anche da AA.SS. Ospedalieri, ha elaborato una nuova check list di autovalutazione per la presa in carico di persone in condizioni di cronicità e fragilità, integrando indicatori sociali. L'operatore sanitario che individua possibili ostacoli di natura sociale nel percorso di cura della persona, segnala entro 72 ore dalla valutazione iniziale la necessità di una "Valutazione Sociale", evidenziando almeno 2 Item presenti nella griglia (rispettivamente 1 nell'area "grado di autonomia" e 1 nell'area "sostegno familiare") oppure indicando eventuali condizioni tutelate dalla legislazione vigente ("obbligo di legge"). Non è ad oggi univoca la modalità di segnalazione al servizio sociale ospedaliero.*

10. *Questa tipologia può comprendere sia interventi sanitari (es. ADI), sia interventi socio-assistenziali, quali per esempio l SAD e/o la presenza di figure di assistenza o di supporto, tramite il servizio sociale Comunale o enti di terzo settore;*

11. *a seconda delle problematiche e delle esigenze presenti: centri di prima accoglienza, comunità terapeutiche, RSA - residenze sanitarie assistenziali (a cui gli ospiti possono accedere privatamente o con integrazione della retta da parte del Comune di residenza).*

12. *Censimento Popolazione residente e dinamica demografica, ISTAT Anno 2021*

13. *il 23,1% a Roma, il 9% a Milano, il 7% a Napoli, il 4,6% a Torino, il 3% a Genova e il 3,7% a Foggia*

14. *https://www.mbnews.it/2023/06/ospedale-vimercate-osservazione-breve-geriatrica/*

15. *https://www.asst-garda.it/notizie/nuovo-codice-argento-in-pronto-soccorso/*

Nel territorio

La presa in carico integrata Ospedale – Territorio

Un contributo di Carla Dessi e Michela Cerina, rispettivamente Coordinatrice e Assistente sociale dell'Ufficio di Piano del Magentino.

a cura di Rosemarie Tidoli

8 Luglio 2024

Temi > Anziani, Valutazione multidimensionale

Le Autrici illustrano il processo attivato nell'Ambito del Magentino in vista dell'applicazione sul territorio del LEPS "Dimissioni protette".

L'Ambito territoriale del Magentino, situato nell'area ovest della Provincia di Milano, è tra i numerosi Ambiti a livello nazionale destinatari delle risorse della Linea 1.1.3 del PNRR dedicata a *"Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale".*

Questo finanziamento, che vede per l'Ambito una quota di risorse pari a € 329.995,00, è stata l'occasione per avviare un attivo confronto tra i diversi servizi coinvolti nel territorio, *in primis* l'ASST Ovest Milanese e, nello specifico, la Direzione del Distretto del Magentino, in merito all'implementazione del LEPS (Livello essenziale delle prestazioni sociali) "Dimissioni protette", così come declinato all'interno del "Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023".

Qualche dato di contesto

L'Ambito territoriale del Magentino è composto da 13 Comuni, in prevalenza medio-piccoli, per un totale di 131.668 abitanti[1]. Sul totale della popolazione, il 23,3% è over65enne e tra loro il 3,4% è over 85enne, dato sostanzialmente in linea con quello regionale, seppur con qualche differenza tra i singoli Comuni.

Dal punto di vista degli interventi erogabili connessi al LEPS, concentrando l'attenzione sulla componente sociale a livello di Ambito territoriale, come peraltro precisato

all'interno della scheda progetto presentata e validata dal Ministero ai fini del finanziamento PNRR, è stato previsto:

- Un potenziamento del servizio SAD (per un massimo di 80 ore a beneficiario);
- Un servizio di pasti caldi consegnati a domicilio;
- Un servizio di Teleassistenza.

Tutti gli interventi hanno una durata massima di 30 giorni, tale da consentire alla famiglia e ai servizi di organizzarsi per garantire (se necessaria) un'assistenza a domicilio di lungo periodo.

I presidi ospedalieri presenti nel territorio sono l'Ospedale G. Fornaroli di Magenta, l'unico ubicato nell'Ambito, a cui vanno ad aggiungersi l'Ospedale C. Cantù di Abbiategrasso, l'Ospedale di Cuggiono e l'Ospedale di Legnano per i quali, pur essendo ubicati nei territori limitrofi (parte dell'ASST Ovest milanese), i cittadini residenti nel magentino costituiscono un potenziale bacino di utenza.

A partire da questi dati di contesto e dalle risorse complessivamente a disposizione per l'attuazione del LEPS che vedono, accanto alla quota assegnata a valere sulla Linea 1.1.3 del PNRR, la quota vincolata del Fondo Nazionale Politiche Sociali per le annualità 2021 e 2022, sono sorti subito i seguenti interrogativi:

- **Quale *governance* e quali strumenti** possono supportare l'avvio di questo LEPS?
- Quale programmazione è possibile a partire da una **ricomposizione delle risorse** assegnate all'Ambito?

I soggetti coinvolti e il processo attivato

L'implementazione del LEPS vede tra i soggetti coinvolti – accanto all'Ambito del Magentino, "Soggetto Attuatore" delle risorse del PNRR, e l'ASST Ovest Milanese – anche l'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona (ASCSP) di Magenta, ente strumentale dell'Ambito a cui è stata affidata la gestione *"in house providing"*[2] dei servizi utili alla realizzazione del progetto PNRR.

Secondo quanto richiesto dal Ministero ai fini della presentazione della Dichiarazione di Inizio Attività che vedeva, come prima cosa, "l'individuazione del gruppo di lavoro tecnico professionale dedicato all'individuazione dei beneficiari ed alla stesura dei piani di assistenza individuali", si è proceduto a declinare operativamente questo adempimento, che ha visto il coinvolgimento dei seguenti professionisti:

- **Per la componente sociale:** la figura di coordinamento dell'Ufficio di Piano, l'assistente sociale del Servizio Sociale d'Ambito per l'area disabilità, due figure

del Servizio Accoglienza dell'ASCSP (coordinatore infermieristico e assistente sociale), una rappresentanza di assistenti sociali dei Comuni dell'Ambito;

- **Per la componente sanitaria:** il Direttore del Distretto Magentino, la Responsabile Area Rete Servizi Territoriali, la Responsabile del Servizio Sociale Aziendale, l'assistente sociale e infermiera COT – Dimissioni protette, la figura dell'IfeC (infermiere di famiglia e comunità).

Da precisare per la componente sociale il coinvolgimento del "Servizio Accoglienza" dell'ASCSP, deputato all'orientamento ai servizi per cittadini e operatori chiamati a gestire anziani in difficoltà, luogo conosciuto e riconosciuto dai Comuni per l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare.

L'aver formato il gruppo, preliminarmente e propedeuticamente all'individuazione dei beneficiari, ha permesso di dare il via a un confronto relativo a:

- il processo di attivazione,
- i sostegni erogabili,
- la presa in carico e il monitoraggio;

dedicando un'attenzione trasversale agli strumenti da predisporre e utilizzare. L'esito del confronto è un documento congiunto denominato "La presa in carico integrata Ospedale-Territorio: l'applicazione del LEPS «Dimissioni protette»", sottoposto per l'Ambito alla validazione da parte dell'Assemblea dei sindaci.

Il progetto integrato

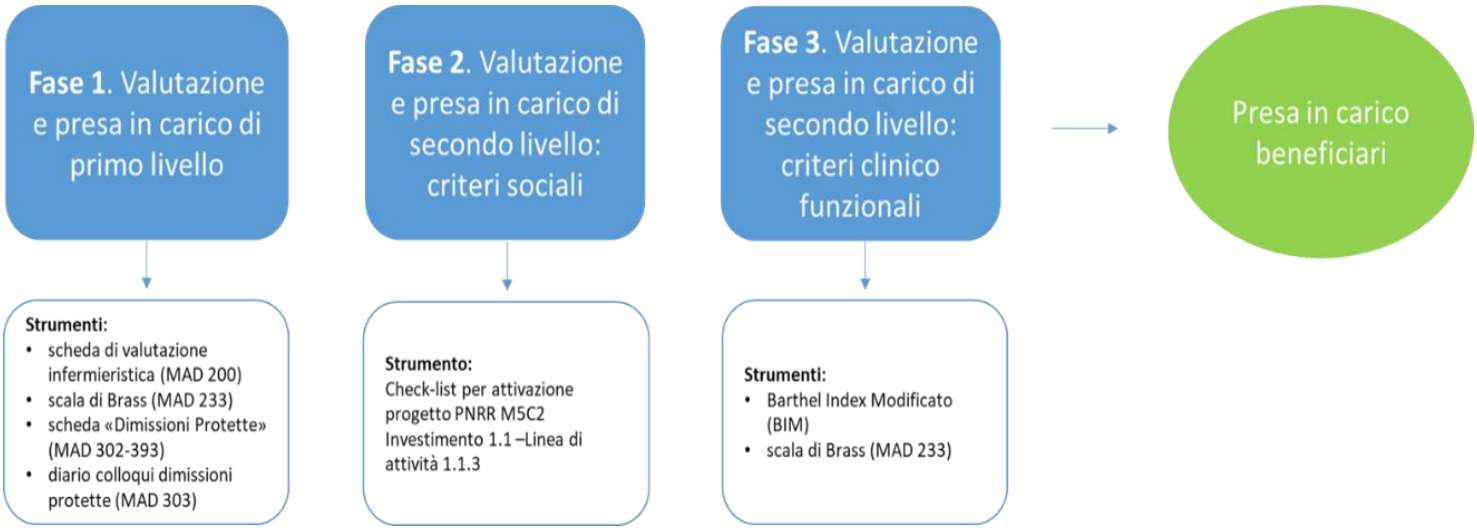
La stesura del documento congiunto con ASST ha consentito di mettere in luce i principali aspetti operativi connessi all'implementazione del LEPS, ovvero:

- per quanto riguarda il processo di attivazione si sono evidenziati i vari passaggi a partire dal reparto ospedaliero dove avviene la prima segnalazione della situazione fino al domicilio (vedi Figura 1);

Figura 1. Il processo di attivazione

- Per quanto riguarda la presa in carico e il monitoraggio sono state approfondite le varie fasi con i rispettivi strumenti, sia per la componente sociale che sanitaria (vedi Figura 2).

Figura 2. La presa in carico e il monitoraggio



L'aver assegnata una quota di risorse ben definita, il dover raggiungere obbligatoriamente almeno 150 beneficiari[3] in un arco temporale non negoziabile[4] (pena la conseguente riduzione del contributo PNRR) ha fatto sì che il confronto all'interno del gruppo di lavoro tecnico professionale dedicasse un approfondimento specifico **ai criteri di accesso**. Si è così condiviso che l'accesso agli interventi previsti e finanziati sarebbe stato prioritariamente garantito, per quanto riguarda la componente sociale, a persone non autosufficienti e/o con almeno 75 anni di età, in presenza di almeno altre quattro tra le seguenti variabili:

1. Presenza di un amministratore di sostegno
2. Precedenti ricoveri ospedalieri (negli ultimi 30/90 giorni)
3. Accesso al Pronto Soccorso negli ultimi 30 giorni (precedentemente all'attuale ricovero)
4. Esistenza di un domicilio in cui fare rientro nei Comuni dell'Ambito
5. Solitudine al domicilio
6. Presenza e disponibilità di un caregiver familiare
7. Cambio repentino del livello di autonomia conseguente al ricovero
8. Cambio del carico assistenziale conseguente al ricovero.

Se l'adozione di criteri che possono essere considerati restrittivi è stata dettata dal timore di non essere in grado di accogliere le richieste che sarebbero giunte ai servizi, è opportuno precisare che per gli esclusi rimane comunque la possibilità di attivare i dovuti interventi attraverso i "canali" già operanti sul territorio[5].

Dopo la verifica dei requisiti di accesso viene attivata l'équipe multidisciplinare (vedi Figura 1) e vengono raccolte e condivise le informazioni necessarie alla presa in carico e alla stesura del PAI; viene così costruito uno schema di piano operativo post-dimissioni, che l'équipe dovrà monitorare ogni settimana – ed, eventualmente, al bisogno – a partire dalla dimissione.

Come anticipato, la conclusione del progetto è prevista dopo 30 giorni e può avere come possibile esito, a seconda del permanere o meno della condizione di bisogno, la chiusura della presa in carico o un eventuale passaggio al Comune di residenza, se ritenuto necessario.

Prime considerazioni a implementazione in fase di avvio

L'essere chiamati come servizi all'implementazione del LEPS "Dimissioni protette" contiene molteplici elementi di sfida che, fin dalla prima fase di avvio, convergono in particolar modo sui seguenti temi:

- **la necessità di dotarsi di una governance strutturata ma con un buon margine di flessibilità e adattabilità al contesto.** L'intenso lavoro di confronto avviato con la Direzione del Distretto del Magentino, diretto interlocutore per l'Ambito, è stato fondamentale ma ha richiesto e richiede (grazie anche alla "mediazione" di ASST) un'interlocuzione con le Direzioni dei Distretti limitrofi, vista la presenza di altri presidi ospedalieri; ne consegue la necessità di condividere criteri di accesso e processo di attivazione per cittadini dell'Ambito che si rivolgono alle altre strutture del territorio;
- **l'importanza di adottare un linguaggio comune tra servizi e rispettivi operatori.** Il dialogo costruito all'interno del gruppo di lavoro tecnico territoriale, in un primo momento e, in équipe multi-disciplinare, successivamente, ha richiesto – soprattutto nei primi mesi – tempo destinato alla conoscenza delle diverse figure professionali coinvolte e dei loro ruoli, nonché spazio da dedicare a studio e analisi dei reciproci strumenti di lavoro. Elemento facilitante all'avvicinamento tra servizi è stato sicuramente il "mandato" istituzionale: per la componente sociale l'essere chiamati all'implementazione del LEPS e per la componente sanitaria il definire meglio il contenitore della COT (Centrale Operativa Territoriale), coerentemente con le indicazioni regionali;

- **l'importanza di impostare modelli e prassi d' intervento essere sostenibili nel tempo.** L'ammontare di risorse destinate al LEPS provenienti dal PNRR rappresenta per l'Ambito un'opportunità per potersi sperimentare nell'impostazione di un modello di intervento. In un'ottica programmatoria di medio-lungo periodo occorre, tuttavia, prestare attenzione a creare le condizioni affinché il modello individuato risulti sostenibile nel tempo, considerando la temporaneità delle risorse PNRR (utilizzabili fino a marzo 2026) e l'incertezza in merito alle risorse future (solo le risorse FNPS vedono al momento una quota vincolata all'implementazione di questo LEPS).

Infine, dal momento che sono meno definiti e/o collegati ad altre variabili, permangono alcuni interrogativi e punti a cui prestare attenzione per il futuro. Il lavoro dei prossimi mesi dovrà essere dedicato a:

- **la valutazione** svolta in un momento di acuzie e l'incertezza sulla prognosi che comporta la necessità di assistenza a domicilio: quanto sarà congruente e puntuale la prima valutazione, fatta al primo accesso in reparto, con quella effettuata dall' équipe multi-disciplinare ai fini del piano d' intervento post-dimissione?

- **il coinvolgimento delle famiglie** e la "cura" del passaggio tra i primi 30 giorni ad "alta intensità" e l'eventuale presa in carico successiva. È opportuno che il piano d'intervento elaborato dall' équipe multi-disciplinare venga condiviso con le famiglie. In particolare andrà precisata fin da subito la temporaneità e l'"eccezionalità" di un percorso, che inizialmente prevederà un consistente numero di ore di assistenza, ma che sarà transitorio e funzionale all'attivazione di altri servizi (non ultimo l'inserimento in RSA);

- è ancora da impostare un **confronto** in termini sia di processo che di contenuti **con i medici di medicina generale**, il cui ruolo è previsto e precisato dal Piano nazionale ma dev'essere ancora declinato in termini operativi per il nostro Ambito;

- è tutto da costruire l'**ingaggio della rete territoriale**, fondamentale in caso di assenza del caregiver e prezioso per le persone senza dimora, "target "obbligatorio" per il PNRR.

1. *Dati popolazione residente al 1° gennaio 2024 (vedi https://demo.istat.it/). Questi i Comuni dell'Ambito: Arluno, Bareggio, Boffalora s/T, Casorezzo, Corbetta, Magenta, Marcallo c/Casone, Mesero, Ossona, Robecco s/N, Santo Stefano T., Sedriano e Vittuone.*
2. *L'"in house providing", o affidamento diretto, consiste nell'autoproduzione di beni, servizi e lavori da parte della pubblica amministrazione: essa acquisisce un bene o un servizio attingendo direttamente da una società formalmente privata di cui ha il controllo, senza ricorrere al mercato.*
3. *Più precisamente: 135 persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad esse assimilabili nel rientro e permanenza al proprio domicilio e 15 persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa.*
4. *Entro il 31 marzo 2026 per le risorse provenienti dal PNRR.*
5. *Canali che comprendono: enti gestori accreditati per l'erogazione del SAD, convenzioni a livello di singoli Comuni per i pasti a domicilio e, a livello di Ambito, convenzioni per la teleassistenza per la componente sociale e interventi di cure domiciliari C-Dom (ex ADI) per la componente sanitaria.*

La residenzialità

Il “blocco” delle rette: la DGR n. 1513 del 13/12/2023

Un contributo degli avvocati Raffaele Mozzanica (docente di Diritto Amministrativo dei Servizi Sociali, Università di Milano Bicocca) e Luca Degani (membro del Consiglio nazionale Terzo Settore)

a cura di Rosemarie Tidoli

14 Febbraio 2024

Temi > Anziani, CSS, FSR, LEA, RSA, RSD

Gli Autori commentano la Delibera regionale di fine 2023 in materia di finanziamento del comparto residenziale regionale, soffermandosi in particolare sul tema del “blocco” delle rette alberghiere per le strutture che gestiscono RSA, RSD e CSS.

È stato accompagnato da un forte risalto mediatico l’intervento con il quale Regione Lombardia ha stanziato finanziamenti per una serie di interventi relativi a RSA, RSD e CSS, con la contestuale previsione che **le medesime strutture, qualora abbiano una retta superiore del 2% alla media della loro ATS di riferimento, non potranno operare aumenti della quota sociale (la cosiddetta “retta”).**

Il provvedimento in questione è la deliberazione della Giunta Regionale del 13/12/2023 n. 1513, avente ad oggetto *“Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all’area dei servizi territoriali residenziali dell’area anziani, dell’area residenziale della disabilità e dell’area residenziale delle dipendenze”*[1].

La quantità di risorse messe a disposizione è di circa 70 milioni di Euro per il settore RSA a fronte di un valore medio dei relativi costi di produzione che, in una recente ricerca dell’Università di Castellanza, si aggira sui 2,5 miliardi di Euro[2]. Intervento quindi significativo se messo a confronto con precedenti provvedimenti, ma obiettivamente corrispondente **a meno del 3% dei costi di produzione annuali e riferito alla copertura degli aumenti di ben due esercizi, 2023 e 2024.**

Le ragioni del provvedimento: la complessità assistenziale

Nel provvedimento, quale presupposto motivazionale dell'intervento si esplicita, tra l'altro, che la DG Welfare della Regione ha condotto un'analisi sulla complessità assistenziale gestita nelle RSA, con riferimento alla sfera cognitivo comportamentale e/o dell'alimentazione attraverso il flusso S.O.S.I.A. (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza). Ne scaturisce che **il 36,9% del totale degli assistiti del 2022 presenta una o più condizioni di complessità,** tali da richiedere agli enti gestori delle strutture un maggiore impegno assistenziale, soprattutto sotto il profilo sanitario.

In questo contesto, viene confermato nelle premesse della delibera che la rete dei posti letto a contratto di RSA, a pieno titolo inserita nella programmazione regionale a favore della popolazione anziana non autosufficiente, risponde all'esigenza di presa in carico residenziale di persone non autosufficienti, con bisogni complessi non gestibili al domicilio da parte dei caregiver. In modo analogo, l'analisi sulla complessità assistenziale relativa alle persone disabili ospitate nelle RSD e nelle CSS, derivante da condizioni legate alla sfera dell'alimentazione o del comportamento (vd. l'allegato 1 del provvedimento), ha fatto emergere che nel 2022 il 70% del totale degli assistiti in RSD e il 65,2% di quelli in CSS presentano una o più di tali condizioni di complessità, così da richiedere alle strutture un maggiore impegno assistenziale.

Le tipologie di finanziamento

Il provvedimento individua tipologie di finanziamento – diverse per RSA, RSD e CSS – finalizzate principalmente a concorrere ai costi derivanti dal carico assistenziale per i casi complessi.

A titolo di "*Indice di Complessità Assistenziale"* (I.C.A.) con decorrenza dal 1/01/2024 alle prime viene riconosciuto, oltre alla remunerazione legata alla tariffa S.O.S.I.A, una tariffa pro die pari a euro 5,30 a favore degli ospiti "tipici" di RSA e di quelli ricoverati nei nuclei Alzheimer che si trovino in una o più delle condizioni a maggior impatto di complessità legata alla sfera dell'alimentazione e/o del decadimento cognitivo/ comportamentale, sempre come definite nell'allegato 1 del provvedimento. Per l'attuazione di tale previsione sono stanziate risorse fino a 40 mln/Euro di Fondo Sanitario Regionale. L'incremento disposto per le RSA è considerato nell'ambito del calcolo del budget definitivo per il 2024, con conseguente adeguamento degli acconti dalla data di relativa stipula del contratto da parte degli enti gestori.

Ai servizi residenziali per disabili sono destinate, oltre alla remunerazione legata alla tariffa S.I.D.I, ulteriori risorse di FSR fino a 11 mln/Euro per il riconoscimento, con decorrenza dal 1/01/2024, a titolo di "*Indice di Complessità Assistenziale"* (I.C.A.) di una tariffa pari a euro 7,9 pro die a favore degli ospiti tipici di RSD e CSS che,

nell'ambito della valutazione riportata nel flusso S.I.D.I., si trovano in una o più delle condizioni a maggior impatto di complessità legata alla sfera dell'alimentazione e/o del comportamento. Anche in tal caso, l'incremento disposto per RSD e CSS atto è considerato nell'ambito del calcolo del budget definitivo per il 2024 con conseguente adeguamento degli acconti dalla data di relativa stipula del contratto.

In relazione alla disabilità è prevista l'adozione di un successivo atto (da adottarsi entro 120 gg. dall'approvazione della delibera in esame) con cui saranno riconosciute altre risorse di FSR fino a 6 mln/Euro in relazione a comportamenti-problema nell'ambito della disabilità, qualificabili come casistica di secondo livello di complessità, che possano essere presi appropriatamente in carico nelle RSD.

Il finanziamento per i farmaci

L'intervento contempla anche la previsione di una parziale copertura dei costi sanitari sostenuti per l'assistenza agli ospiti tipici di RSA, RSD e CSS**: viene infatti disposta dal 2024 la destinazione di risorse di FSR fino a 30 mln/Euro per l'erogazione dei farmaci sui posti a contratto** di RSA, RSD e CSS a favore di tale tipologia di utenza. Si noti che in realtà, probabilmente per mero errore materiale, tra i destinatari di detto provvedimento vengono ipotizzate anche le Comunità Socio Sanitarie che, in realtà, non hanno i farmaci a proprio carico in quanto gli assistiti restano nella titolarità del proprio MMG anche durante il ricovero in struttura con prestazioni farmaceutiche a carico diretto del SSN.

È da evidenziare che la spesa farmaceutica per i servizi destinatari di questo parziale finanziamento si attesta nel 2022 su un totale di 57,4 milioni di Euro, di cui 53 per RSA e il restante 4 per le RSD.

L'impegno di spesa complessivo è quantificabile in euro 90.000.000 circa, dei quali poco meno di 70 per la popolazione anziana e circa 20 per la disabilità.

Il blocco dell'aumento della retta

Il punto 10 del deliberato dispone che RSA, RSD e CSS con una retta superiore del 2% rispetto alla retta media dell'ATS di ubicazione (secondo il dato risultante dall'ultima scheda struttura disponibile), con decorrenza dalla data di approvazione del provvedimento in esame, **per quanto riguarda i posti a contratto, non possano operare incrementi della retta a carico dell'ospite**, della famiglia o dell'eventuale Comune di riferimento**. In sostanza, sulle strutture che si trovano nelle condizioni indicate, ricade il divieto di applicare aumenti sulla quota sociale, ossia sulla retta comunemente intesa.**

Si tratta di una previsione che incide in via critica sugli Enti gestori che, in questo momento storico, sono soggetti a molteplici fattori che gravano sui costi da sostenere effettivamente per condurre le relative strutture. Basti pensare all'inflazione, all'aumento dei costi energetici e di quello del personale (rispetto ai rinnovi dei CCNL che, a titolo esemplificativo, ha visto incrementi di oltre dodici punti percentuali nel solo CCNL cooperative sociali), al fatto che le strutture escono dai vari problemi derivanti dalla gestione dell'emergenza COVID e, non ultimo, alla sempre più elevata compromissione e fragilità dell'utenza.

Com'è noto, le previsioni di legge in tema di LEA (DPCM 29/11/2001 e DPCM 17/01/2017) prevedono una copertura della tariffa giornaliera da parte del Fondo Sanitario Regionale del 50% per le RSA e del 70% per le RSD. Invece lo stesso deliberato esplicita che, come più volte segnalato anche da LombardiaSociale e da vari studi, nell'attuale sistema di accreditamento l'ammontare riconosciuto da Regione Lombardia ai gestori è al di sotto delle soglie necessarie per garantire i LEA; ciò determina una significativa minor entrata annua derivante dal sistema di remunerazione per budget del FSR.

In questo quadro di estrema criticità per le strutture, è di tutta evidenza che al momento l'unica àncora di salvezza per la reale copertura dei costi effettivi resta la facoltà di determinare liberamente la compartecipazione ai costi dell'utenza (rette alberghiere), **nella consapevolezza delle difficoltà delle famiglie e dei loro sacrifici per affrontarne l'onere, e cercando per quanto possibile di contenere gli aumenti.** Occorre pertanto che la Regione avvii un percorso programmatorio che riconosca, pur con la dovuta gradualità, quanto dovuto ai gestori a sostegno dei Lea e sulla base della complessità assistenziale degli ospiti delle RSA, che il sistema SOSIA ormai da tempo non è più in grado di rilevare.

Vero è che le recentissime Regole di Sistema Socio Sanitario approvate a febbraio 2024 hanno inteso dare un'interpretazione limitativa di detti "blocchi", ad esempio considerando validi eventuali aumenti che gli Enti gestori avessero adottato antecedentemente al provvedimento di Giunta. In tale prospettiva è auspicabile che interventi di questo tipo da parte di Regione Lombardia si inseriscano **nel contesto di un progressivo allineamento alle percentuali di copertura tariffaria previste dai LEA, con garanzia quindi di attuazione degli stessi LEA** e un'adeguata rimodulazione per la remunerazione dei budget relativa alla quota sanitaria a carico del FSR.

Più ampiamente, l'auspicio è che il percorso di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2027 da parte di Regione Lombardia, ora in atto, **superi il rischio di interventi episodici, quale quello qui descritto, orientandosi verso una presa in carico globale del tema della distribuzione delle risorse del FSR**: distribuzione che deve adeguarsi, analogamente al complessivo sistema dei servizi, all'evoluzione demografica

che oggi vede una popolazione portatrice in primis di patologie cronicizzate; in parallelo, a fronte di appropriati percorsi di cura domiciliari e diurni, la popolazione dei servizi residenziali per anziani e disabili arriva alla necessità del ricovero in età e condizioni di comorbilità sempre più complesse.

Nei confronti di queste persone è sicuramente di grande interesse la valutazione degli indici di complessità assistenziale; altrettanto necessario, però, è leggere il fabbisogno quantitativo dei servizi che prendono in carico il bisogno tipico di questa popolazione fragilissima.

Così, ad esempio, sono da adeguare gli standard gestionali, già da anni non più riferimento effettivo per la gestione dei servizi perché insufficienti; servono inoltre, a fianco di adeguate risorse economiche, anche percorsi di formazione professionale degli operatori, carenti in termini quantitativi riguardo varie figure (Asa, Oss e infermieri).

---

1. *La DGR interviene anche con disposizioni relative all'area delle "dipendenze", che non sono analizzate in questo contributo.*

2. *I fattori su cui si basa il calcolo sono i seguenti: Euro 44 circa di contributo medio, Euro 65 circa di retta media, 60mila posti a contratto. Moltiplicando Euro 110 per 365 per 60mila, si ottengono circa 2miliardi e 400 milioni.*

Punti di vista

DGR 1513/23: il punto di vista dei Sindacati dei pensionati

Un contributo di SPI CGIL, FNP CGIL, UIPL UIL

a cura di Lombardia Sociale

28 Marzo 2024

Temi > Anziani, Costo servizi, Finanziamento e spesa, RSA

La DGR 1513/2023 potenzia le risorse del Fondo Sanitario regionale destinate ad alcuni servizi residenziali, incluse le RSA, introducendo per la prima volta in Lombardia un vincolo all'aumento delle rette a carico di utenti e famiglie. L'articolo propone il punto di vista del Sindacato unitario dei pensionati SPI-FNP e UILP su questi argomenti.

All'interno del sindacato unitario dei pensionati SPI-FNP e UILP, il dibattito che si è recentemente aperto intorno alla DGR 1513 del 13/12/2023, esiste da tempo. Questo dibattito riguarda il **potenziamento delle risorse di Fondo Sanitario Regionale (FSR) destinate alle strutture residenziali dell'area anziani**, oggetto della suddetta DGR (congiuntamente ad un analogo potenziamento di risorse anche nell'area residenziale della disabilità e delle dipendenze), al fine di garantire il rispetto dei LEA e quindi il riconoscimento dei costi sanitari sostenuti da gestori, famiglie e, in alcuni casi, Comuni.

In particolare, per quanto riguarda le RSA, focus di questo articolo, **la legislazione nazionale in vigore in tema dei Lea prevede che il 50% del costo giornaliero pro capite per ospite sia coperto dal servizio sanitario**. Regione Lombardia non aggiorna però la stima del costo giornaliero complessivo per ospite da quasi dieci anni, col risultato che il contributo del 50% a carico del FSR risulta ormai da tempo non più adeguato[1]. Ad esempio, i livelli di assistenza sanitaria richiesti dagli ospiti delle RSA sono oggi più elevati rispetto a quelli di un decennio fa, una situazione che porta i gestori a scaricare i costi non coperti sulle famiglie (e/o sui Comuni di residenza), che si trovano a dover affrontare continui aumenti della cosiddetta "quota alberghiera", ovvero delle rette.

Storicamente infatti le rette a carico di utenti e famiglie in Lombardia sono state stabilite in piena autonomia e senza vincoli da parte dei gestori delle strutture, senza alcun intervento di regolazione da parte della Regione; a differenza di quanto accade nella maggioranza delle Regioni italiane che al contrario prevedono una regolamentazione anche per le quote alberghiere, e quindi tetti massimi che i gestori possono chiedere a utenti e famiglie.

Per questo da anni il Sindacato, unitariamente, sollecita Regione Lombardia a destinare maggiori risorse per il raggiungimento della quota sanitaria al 50%, al fine del riconoscimento dei crescenti bisogni assistenziali degli anziani, per la copertura dei costi farmaceutici ma anche a tutela di utenti e famiglie. Riteniamo infatti necessario e non più rinviabile **un governo pubblico più forte dell'intero settore della residenzialità**, a partire dai costi a carico di utenti e famiglie.

Il tema è talmente sentito dalle famiglie che, nel 2021, abbiamo raccolto in pochi mesi oltre 25 mila firme in tutta la Regione a supporto di una proposta di riforma del sistema della residenzialità. Firme che sono state doverosamente consegnate a Regione Lombardia e che a tutt'oggi giacciono in qualche magazzino del palazzo. Su questi temi non abbiamo infatti trovato finora alcuna disponibilità di confronto né da parte di Regione Lombardia, né tantomeno dalle Associazioni degli Enti Gestori.

La DGR 1513: un cambio di passo?

Ecco perché quando, in sede di Osservatorio Sociosanitario regionale, la DG Welfare ha illustrato la delibera in oggetto, abbiamo unitariamente espresso una valutazione positiva, non solo per il consistente stanziamento di risorse, ma soprattutto per il diverso atteggiamento dell'Assessorato al Welfare che per la prima volta, a fronte di un'iniezione importante di risorse pubbliche (40 milioni di euro aggiuntivi per le sole RSA + 30 milioni di euro per l'erogazione dei farmaci sui posti a contratto di RSA, RSD, CSS), ha tentato anche di tutelare le famiglie rispetto a ulteriori incrementi delle rette. Con la DGR 1513 Regione Lombardia infatti non solo aumenta le tariffe che possono essere riconosciute alle RSA ma **introduce anche un vincolo: l'impossibilità, per i gestori, di aumentare le rette nei confronti di utenti e famiglie se queste sono superiori del 2% rispetto alla retta media dell'ATS di ubicazione**.

È un dato di fatto che, a partire dal Covid, si è assistito a diversi stanziamenti di risorse a sostegno del settore sia da parte del Governo che della Regione, per compensare i maggiori costi che il sistema socio sanitario ha dovuto affrontare a seguito della pandemia, quali i costi per la sanificazione e per la prevenzione, ma anche per l'aumento dei costi energetici.

Nulla però era stato ancora fatto per tutelare le famiglie rispetto ai continui aumenti delle rette che stanno mettendo sempre più in difficoltà i bilanci famigliari. Dati in nostro possesso ci parlano infatti di un trend di costante incremento delle rette alberghiere tra il 2018 e il 2022, sia nei valori minimi (65,55 euro al giorno nel 2022) che in quelli massimi (74,17 euro al giorno nel 2022).

Le novità della DGR 1315 non riguardano però solo il fatto di aver stanziato ulteriori 40 milioni a sostegno delle RSA (senza contare le spese farmaceutiche) e di aver provato, per la prima volta, a regolare le rette prevedendo – in alcuni casi – la possibilità di un loro "blocco". La DGR 1315 compie infatti anche un primo passo in tema di **riconoscimento della complessità dei bisogni degli ospiti delle RSA**, prevedendo la possibilità per i gestori di beneficiare, per ogni ospite considerato come fragile[2], di un contributo giornaliero di 5,30€ aggiuntivo rispetto alla remunerazione già ricevuta e legata alla tariffa S.O.S.I.A (di classificazione degli ospiti in base ai bisogni assistenziali).

Rimangono tuttavia diverse preoccupazioni

Già nel corso della riunione dell'Osservatorio socio sanitario abbiamo assistito ad un sollevamento di scudi da parte di alcune Associazioni degli Enti gestori che contestavano a Regione Lombardia soprattutto il vincolo al blocco delle rette per i posti letto a cui venivano destinate le risorse.

Una prima preoccupazione riguarda quindi la possibilità di un passo indietro da Regione, o comunque di una **battuta d'arresto della nuova prospettiva programmatoria** annunciata dalla stessa DGR 1513/2023, che prevede anche per i prossimi anni ulteriori stanziamenti di risorse del FSR al fine del miglioramento del concorso del FSR alla copertura dei costi assistenziali sostenuti dalle strutture. In merito, preoccupa in particolare la Delibera delle Regole 2024 (DGR 1827/2024) approvata a fine gennaio 2024, che sembra contenere una prima risposta alle contestazioni ricevute da Regione. Nel ribadire infatti l'impossibilità, per gli enti gestori, di poter operare incrementi di retta a carico delle famiglie per le strutture con retta superiore del 2% rispetto alla media dell'ATS di ubicazione, la DGR 1827 precisa che: 1) la retta media di riferimento per l'applicazione del vincolo sopra citato verrà calcolata tenendo in considerazione solo i primi tre trimestri del 2023; 2) gli eventuali incrementi di retta assunti o deliberati in data antecedente l'adozione della DGR 1513 (il 13/12/2023) restano validi. **Due precisazioni che di fatto riducono, per il 2024, la portata della stessa DGR 1513**; non è quindi detto che nel corso dell'anno le rette non aumenteranno (ancora).

Un'altra preoccupazione che segnaliamo riguarda poi il meccanismo del discrimine tra le rette al di sopra e al sotto del 2% rispetto alla "media retta ATS", a nostro avviso anch'esso un compromesso finalizzato a contenere il dissenso da parte delle suddette

Associazioni; ci preoccupano in particolare le ricadute che l'applicazione di questo meccanismo può generare in una Regione come la Lombardia, in cui il sistema sociosanitario e i cui territori presentano molte disomogeneità, sotto diversi punti di vista.

Intanto, il sistema della residenzialità lombardo è caratterizzato da profonde differenze per quanto riguarda le modalità con cui è calcolata la retta e i servizi che sono di volta in volta inclusi o esclusi. A questo si aggiungono le consistenti differenziazioni tra territori. Pertanto, se consideriamo i perimetri di alcune ATS come quella della città metropolitana di Milano, l'ATS della Montagna o della Val Padana, le rette medie riferite ad un territorio con forti differenziazioni al suo interno, rischiano di essere un dato veramente falsato, mettendo a media tra di loro strutture e rette con caratteristiche profondamente diverse[3]. Esiste quindi un rischio molto concreto che abbiamo già sottoposto all'attenzione di Regione Lombardia: una retta media ATS che non rappresenta situazioni tra di loro omogenee rischia di produrre un dato distorto che potrebbe indurre le strutture che si trovano al di sotto ad aumentare la propria retta, per "avvicinarsi" alla media, e questo potrebbe innescare un **assestamento verso l'alto del sistema complessivo delle rette**.

A pagare, come sempre, sarebbero ancora una volta le famiglie che sono costrette a ricoverare gli anziani nelle RSA, anche perché il sistema dei servizi domiciliari è assolutamente inadeguato e inefficiente a rappresentare un'alternativa.

Apprendiamo infine che alcune RSA hanno presentato ricorso contro la DGR 1513 chiedendone la sospensiva e quindi siamo in attesa di incontro con Regione Lombardia per capire come intende muoversi. Come Sindacato, unitariamente, ribadiremo la nostra assoluta convinzione che la strada intrapresa dalla DGR 1513 è quella auspicabile, perché la sostenibilità del sistema della residenzialità passa inevitabilmente dalla garanzia della qualità dell'assistenza e dalla considerazione della condizione economica delle famiglie.

Auspichiamo che Regione Lombardia la persegua, affrontando quanto prima il tema di come stabilire un costo retta standard a tutela delle famiglie.

---

1. *Si veda, su questi temi, l'ultimo Rapporto Non Autosufficienza e RSA (2023) a cura di FNP Cisl Lombardia.* ↑
2. *In base ad un **indice di complessità assistenziale (ICA)** determinato da due fattori: i fabbisogni specifici di tipo alimentare e i carichi attinenti la sfera cognitivo/comportamentale.* ↑
3. *Si veda, ancora, l'ultimo Rapporto Non Autosufficienza e RSA (2023) a cura di FNP Cisl Lombardia.* ↑

Dati e ricerche

Non autosufficienza e RSA in Lombardia. Anno 2023

Il Rapporto annuale dell'Osservatorio RSA di CISL

a cura di Rosemarie Tidoli

29 Maggio 2024

Temi > Anziani, Non autosufficienza, RSA, Servizi residenziali

Il Rapporto annuale dell'Osservatorio RSA di FNP CISL Lombardia rileva che, anche nel 2023, sono aumentati i costi a carico degli anziani ricoverati nelle RSA lombarde. L'auspicio è che le norme emanate a fine anno dalla Regione possano avere ricadute positive anche sugli ospiti.

Il Rapporto dell'Osservatorio RSA di FNP CISL Lombardia per il 2023, raccolti i dati delle 721 RSA lombarde, mira ad analizzare il settore della longterm care (LTC) e a presentare proposte per migliorare le condizioni di vita degli anziani e delle loro famiglie. Si compone di 4 capitoli[1] corredati da 8 schede territoriali riassuntive, che esaminano la situazione delle varie Agenzie di tutela della salute (ATS) lombarde in materia di LTC.

Proseguendo l'analisi iniziata con il Rapporto 2022, lo studio 2023 si sofferma sulle importanti novità introdotte grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e all'approvazione della legge delega per gli anziani, la L. 33/2023, senza dimenticare il Piano nazionale e quello regionale per la non autosufficienza triennio 2022-2024. Dopo una disamina delle misure domiciliari, semiresidenziali, residenziali e complementari disponibili in Lombardia, il Report passa all'analisi puntuale dei dati raccolti dall'Osservatorio e si chiude presentando alcune proposte per la non autosufficienza. L'ampiezza dei contenuti rende impossibile esporli, sia pur sinteticamente, in questa sede; per approfondirli rimandiamo alla lettura del Rapporto (allegato). In questo articolo ci concentriamo invece su alcuni aspetti della residenzialità lombarda (capitolo 3) e sul futuro della LTC (capitolo 4).

Le RSA in Lombardia

Avvalendosi di fonti plurime[2], nel 2023 l'Osservatorio ha monitorato 721 RSA lombarde, il cui numero è da anni in costante aumento (+4 rispetto al 2022, autorizzate nelle ATS Brescia, Insubria e Pavia). In continuità con quanto rilevato nel 2022 e nel 2021 si osserva che: 1) la maggior presenza di posti letto (p.l.) di Rsa si trova nelle ATS con minor popolazione totale: 4,59% Pavia, 4,36% Valpadana e 4,03% Montagna; 2) la dotazione regionale media di p.l. ogni cento ultra 65 enni è pari al 2,85% (dato superiore alla media nazionale), anche se in 3 territori è inferiore alla media[3]. Anche la tipologia delle strutture presenta variazioni minime rispetto al 2022: i letti sono distribuiti presso piccole RSA (fino a 60 p.l.) nel 28,3% dei casi, presso RSA medie (61-120 p.l.) nel 54,6% dei casi, presso RSA medio-grandi (121-200 p.l.) nel 12,6% dei casi e presso RSA grandi (oltre 200 p.l.) nel 4,4% dei casi[4].

Secondo i dati raccolti da Regione Lombardia, al 2023 i lavoratori che operano nelle Rsa lombarde sono 41.022, in aumento di oltre 3.000 unità rispetto all'anno precedente.

I posti letto

I p. l. delle RSA lombarde si dividono in 4 categorie: autorizzati, accreditati, contrattualizzati e solventi. Al 31/12/2023 la situazione riscontrabile è la seguente:

- I p. l. autorizzati (requisito essenziale per l'abilitazione al funzionamento) sono 66.395, con un aumento di circa 2.000 unità nel quinquennio 2019-2023. Nel 2023, però, nelle ATS Milano, Brianza, Valpadana e Bergamo si è avuta una diminuzione di questa tipologia di posti.
- I p. l. accreditati[5] sono 63.183, cifra in aumento sia nel quinquennio 2019-2023 che nel 2023 (+ 136).
- I p. l. contrattualizzati[6] sono 57.629, numero quasi invariato nel quinquennio 2019-2023 (+ 26).
- I posti letto solventi[7] sono 8.388, cifra in continuo aumento nel quinquennio 2019-2023 (+ 1286). Questo dato evidenzia il funzionamento del mercato delle Rsa in Lombardia: **se i posti letto contrattualizzati non aumentano, crescono quelli in solvenza, portando verso l'alto anche i costi a carico delle famiglie.**

Le rette delle RSA

Nonostante il passare degli anni, la compartecipazione alla spesa da parte dell'anziano ricoverato in RSA (e/o dei suoi familiari o dei Comuni di residenza) continua a restare un problema scottante, che sembra non trovare soluzioni adeguate. Un crescente

numero di famiglie denuncia gli alti (o altissimi, nel caso dei posti in solvenza) costi che devono pagare per i loro cari in mancanza di interventi concreti di sgravio economico. Come più volte segnalato, situazioni del genere rischiano di portare all'impoverimento molti nuclei familiari.

Ricordiamo che la quota totale del costo di ogni singola RSA si compone di due parti distinte: la quota sanitaria, la "tariffa", e la quota alberghiera, la "retta".

I costi a carico della Regione: la quota sanitaria

La quota sanitaria è il corrispettivo giornaliero, a carico del Servizio Sanitario nazionale, che la Regione paga direttamente ai gestori per i servizi sanitari e sociosanitari offerti in RSA all'ospite. La cifra del rimborso varia secondo le condizioni sanitarie dell'utente, valutate tramite le 8 diverse classi della scheda Sosia[8]; l'ammontare risulta più alto per le persone più gravi e/o affette da demenze[9].

Le vigenti norme nazionali sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) prevedono che il pagamento del Servizio sanitario copra (almeno) il 50% del costo giornaliero pro capite. Regione Lombardia nelle ultime schede struttura, risalenti al 2013, aveva individuato un costo giornaliero complessivo di 103,90€, che avrebbe dovuto comportare per tutte le classi Sosia una copertura regionale di almeno 51,96€ al giorno[10]. Questa cifra, però, pare ormai molto sottostimata perché gli ospiti delle RSA sono andati man mano aggravandosi[11] e attualmente richiedono livelli di assistenza sanitaria ben superiori rispetto al passato. Il divario tra i rimborsi regionali e i costi effettivamente sostenuti dalle strutture porta i gestori a scaricarli, almeno in parte, sulla retta alberghiera, pagata dagli interessati e dalle famiglie.

La Regione negli ultimi anni è intervenuta riconoscendo ai gestori una serie di adeguamenti tariffari ed extra-tariffari che hanno agito da "tampone" senza però incidere nei problemi di fondo della residenzialità. Alla fine del 2023 è stato disposto un ulteriore potenziamento di risorse per i servizi residenziali delle aree anziani, disabilità e dipendenze. Per le RSA, la normativa[12] ha previsto il riconoscimento ai gestori, dal 1/1/2024, di una tariffa aggiuntiva di 5,30€ al giorno per tutti gli ospiti – ricoverati in p.l. contrattualizzati e nei nuclei Alzheimer – che presentano una maggior complessità assistenziale, valutata secondo l' ICA[13].

La quota alberghiera (retta)

La quota alberghiera è la retta pagata dall'ospite alla RSA per l'insieme dei servizi di natura non sanitaria, ovvero quelli sociali e alberghieri.

Con la stessa normativa sopra citata del dicembre 2023 **per la prima volta Regione Lombardia ha introdotto il principio del contenimento delle rette:** infatti, a fianco dell'adeguamento delle tariffe sanitarie per i casi più complessi, è stata prevista una limitazione all'autonomia dei gestori nel determinare le rette a carico degli ospiti, finora vigente in Lombardia. Di conseguenza, le RSA con rette superiori del 2% rispetto alla media dell'ATS di ubicazione non possono incrementarle ulteriormente; ciò pone uno stop agli aumenti per le famiglie di chi è ricoverato in tali strutture[14].

Detto questo, l'analisi FNP/Cisl, riferita al quinquennio 2019-2023, conferma ancora una volta la prosecuzione del trend di costante incremento delle rette alberghiere, nei valori minimi e massimi.

Per quanto riguarda le **rette medie minime**, l'aumento giornaliero a carico degli ospiti è stato di quasi 7€ (dai 61,74€ del 2019 ai 68,62€ del 2023). Gli incrementi maggiori si sono verificati nelle ATS Bergamo (+8,34€), Brescia (+7,54€) Pavia (+7,06€) e Insubria (+7,04€), mentre il più contenuto si è registrato nell'ATS Valpadana (+5,76€).

Anche **rette medie massime** evidenziano un aumento giornaliero di poco meno di 7€, con differenze territoriali più accentuate. Le ATS Bergamo (+8,62€), Montagna (+8,04€) e Brianza (+7,95€) presentano gli incrementi maggiori, mentre le ATS Milano (+3,41€) e Brescia (+5,97€) risultano sotto la media (tabella 1).

Tabella 1 – Andamento rette medie massime 2019 – 2023

	Retta Massima Giorno 2019	Retta Massima Giorno 2020	Retta Massima Giorno 2021	Retta Massima Giorno 2022	Retta Massima Giorno 2023
ATS Bergamo	66,27 €	66,98 €	69,03 €	72,12 €	**74,89 €**
ATS Brescia	61,22 €	61,92 €	62,93 €	62,58 €	**67,19 €**
ATS Brianza	79,52 €	80,70 €	80,74 €	83,47 €	**87,47 €**
ATS Insubria	78,25 €	78,96 €	80,00 €	80,86 €	**85,11 €**
ATS Milano	93,40 €	93,29 €	91,95 €	94,59 €	**96,81 €**
ATS Montagna	58,77 €	60,28 €	63,27 €	65,23 €	**66,81 €**
ATS Pavia	63,10 €	65,03 €	65,24 €	67,41 €	**70,08 €**
ATS Valpadana	62,71 €	64,45 €	65,35 €	67,07 €	**69,60 €**
Media Lombardia	**70,41 €**	**71,45 €**	**72,31 €**	**74,17 €**	**77,25 €**

Fonte: Rapporto Cisl 2024 (allegato)

Le stesse differenze si riscontrano tra la **media delle rette dei posti in solvenza e la media delle rette lombarde dei posti contrattualizzati,** anche in questo caso a conferma di quanto riscontrato negli ultimi anni: a livello regionale il range medio è di

18,30€, mentre le differenze più alte si riscontrano nelle ATS Valpadana con 25,35€, Milano con 23,90€, Bergamo con 23,54€ e Brescia con 23,49€. Ciò significa, ad esempio, che se l'ospite di una RSA contrattualizzata nella bergamasca paga una retta media giornaliera di 71,41€ quale quota alberghiera**, la stessa retta in solvenza costa mediamente Euro 94,95, con una differenza di Euro 23,54 (a cui si aggiungono i costi sanitari, vedi nota 7).** Le cifre si commentano da sole.

Chi paga quanto

Moltiplicando la retta media giornaliera di 72,93€ per 365 giorni, si evince che la spesa familiare sostenuta nel 2023 per un anziano ricoverato in Rsa ammonta a **26.619 €,** con una continua crescita rispetto agli anni precedenti (oltre 1.000 € rispetto al 2022)[15]. Moltiplicando l'importo per i 66.395 p.l. autorizzati, si ottiene una **spesa complessiva di quasi 1,8 miliardi € (1.767.369€).** Secondo stime recenti, i **Comuni lombardi partecipano a questa spesa con una quota compresa tra i 47 e i 53 milioni di euro, mentre l'esborso di Regione Lombardia si attesta su 870 milioni**. Questi dati danno un'immagine efficace dei costi sostenuti dalle famiglie a seguito della condizione di non autosufficienza di un anziano congiunto.

Le RSA del futuro

I compiti che i decisori politici devono assumersi in relazione all'invecchiamento della popolazione non sono più rinviabili: la sfida deve necessariamente essere raccolta e affrontata a vari livelli. Ci si augura che la legge 33/2023 di riforma della non autosufficienza riesca ad andare in questa direzione, **benché il decreto attuativo 29/2024, recentemente emanato, in alcune parti sembri discostarsi significativamente dallo spirito della legge delega.**

È indubbio che le RSA (unità di offerta che non ha trovato uno spazio adeguato né nel PNRR né nella legge delega anziani) necessitino di un ripensamento generale. Il Rapporto 2023 si conclude quindi con alcuni spunti in prospettiva sulle RSA del futuro.

Il punto di partenza è il ripristino di un rapporto di fiducia tra la società e le strutture, in parte già in atto: le RSA devono tornare a essere viste come luoghi sicuri, di vicinanza e assistenza. Non è più possibile considerare le residenze come strutture chiuse, ma occorre pensarle sempre più come centri servizi aperti al territorio, in sinergia con gli altri servizi sociali, sociosanitari e sanitari locali. Il fine da perseguire è la creazione di un collegamento tra il mondo dentro e il mondo fuori, che promuova il benessere degli ospiti della RSA, dei loro familiari e di chi, a casa, necessita di determinati servizi.

Gli ospiti, con i loro bisogni e le loro esigenze, devono essere posti al centro delle progettualità delle RSA, in modo da tendere verso un modello di assistenza più lento e adeguato al bisogno. Infine, la pandemia ha mostrato chiaramente che il benessere degli anziani è strettamente correlato a quello degli operatori, ai quali va dedicata un'attenta riflessione. In questi ultimi anni infatti la carenza di personale nelle Rsa lombarde sembra una piaga difficile da contrastare; è indispensabile che il lavoro svolto dagli operatori nelle residenze sia adeguatamente riconosciuto sul piano economico e dei diritti.

In chiusura, il Rapporto evidenzia come la Giunta Regionale lombarda debba riprendere un ruolo centrale di governo di tutto il settore del welfare e, soprattutto, dell'area della non autosufficienza. Sarà necessario che i decisori attuino sul territorio lombardo la riforma nazionale e stanzino per la LTC una quota maggiore del bilancio regionale. Dovrà inoltre aprirsi una stagione di reale dialogo e di negoziazione tra i diversi soggetti afferenti al mondo della LTC: gestori, associazioni di rappresentanza, ospiti, famiglie, lavoratori, organizzazioni sindacali ed enti locali.

---

1. *I capitoli sono: 1) La non autosufficienza in Italia; 2) La non autosufficienza in Lombardia; 3) L'Osservatorio sull'assistenza sociosanitaria residenziale; 4) La non autosufficienza per il futuro.*
2. *Tutti i rapporti complessivi su posti letto, liste d'attesa, rette, servizi e il confronto con gli anni precedenti sono liberamente scaricabili dalla sezione "Osservatorio sull'assistenza sociosanitaria residenziale" del sito web www.pensionaticisllombardia.it*
3. *Ats Brianza ha il 2,24% , Ats Milano il 2,30% e Ats Bergamo il 2,64%*

4. *Vale la pena di ricordare che secondo Liuc la dimensione ideale di una RSA, ai fini dell'economia di scala e del conseguimento del punto di pareggio, dovrebbe essere di almeno 120 p.l.*

5. *Questi rientrano tra gli indicatori di dotazione per aree territoriali omogenee, che considerano l'indice di offerta dei posti letto, valutati in base alle giornate effettivamente remunerate, e l'indice di fabbisogno, definito in base ai p.l. disponibili al dicembre dell'anno precedente.*

6. *I posti riconosciuti da Regione Lombardia con regolare contratto sono inseriti nella programmazione del sistema sociosanitario e finanziati con quote fissate in base alla classificazione Sosia dal Fondo Sanitario Regionale (Fsr), a copertura dei costi sanitari sostenuti dalle Rsa. Per questo motivo sono i più ricercati dalle famiglie.*

7. *Questi posti sono stati istituiti per riequilibrare la domanda e rispondere alle liste di attesa. Varie Rsa negli ultimi anni hanno costantemente aumentato la propria offerta mediante questa tipologia di posti, che non beneficiano della quota a carico di Regione Lombardia. Di conseguenza la retta complessiva (quota sanitaria più quota alberghiera) risulta a totale carico dell'ospite o della famiglia. Inoltre, le rette alberghiere dei p.l. in solvenza risultano spesso sensibilmente più alte di quelle applicate dalle stesse RSA per i posti contrattualizzati.*

8. *Per una spiegazione più dettagliata del meccanismo delle classi Sosia e dei relativi valori economici si rimanda alle precedenti citate sintesi di LombardiaSociale (anni 2021 e 2022) e/o al sito dell'Osservatorio CISL (vedi nota 2).*

9. *Va sottolineato che questo sistema è valido per i soli posti letto contrattualizzati (che, ovviamente, devono essere anche autorizzati e accreditati).*

10. *Per alcuni anni, tuttavia, la Lombardia ha pagato ai gestori tariffe sanitarie inferiori a questa cifra; per approfondimenti si rimanda all'articolo relativo all'anno 2022.*

11. *La popolazione residente è composta in gran parte da anziani/grandi anziani gravemente non autosufficienti, con un tasso di mortalità di oltre il 10% nei primi 30 giorni di ricovero e una degenza media scesa a 452 giorni.*

12. *DGR 1513 del 13/12/2023*

13. *Indice di complessità assistenziale.*

14. *Su questo tema, LombardiaSociale ha raccolto diversi punti di vista. Si vedano in particolare i contributi: DGR 1513/23: il punto di vista dei Sindacati dei pensionati e Il "blocco" delle rette: la DGR n. 1513 del 13/12/2023.*

15. *La spesa familiare può però essere molto diversificata sia all'interno della stessa Ats, sia tra un territorio e l'altro. Inoltre la stima dell'Osservatorio presuppone che l'anziano target resti ricoverato tutto l'anno, mentre nella realtà non è sempre così (infatti negli ultimi anni il tasso di degenza media è molto diminuito).*

Le politiche
a favore degli anziani

Punti di vista

Le politiche per gli anziani non autosufficienti

a cura di Rosemarie Tidoli

5 Febbraio 2024

Temi > Anziani, Domiciliarità, Presa in carico, RSA, Servizio sociale

Come sono le cambiate le politiche e gli interventi regionali per gli anziani non autosufficienti dal 2018 a oggi? L'articolo vuole rispondere a questo interrogativo, discutendo dapprima i diversi interventi autonomamente e proponendone poi una lettura trasversale. Il pezzo fa parte di uno Speciale sulla recente pubblicazione del volume "In cerca di un nuovo modello. Lo stato del welfare in Lombardia".

All'inizio dell'XIma legislatura, in linea con quelle precedenti la rete lombarda dei servizi agli anziani non autosufficienti si polarizzava su due versanti: 1) i servizi domiciliari, ADI e SAD, rispettivamente di natura sociosanitaria e sociale, fruiti da percentuali ridotte di anziani; 2) le RSA, residenze sanitarie assistenziali, con percentuali di anziani in carico più elevate. Tra l'uno e l'altro, alcune misure intermedie non ancora entrate pienamente a regime e tanti bisogni scoperti.

A febbraio 2020, in un quadro nel quale agli anziani non autosufficienti era riservata una bassa priorità politica, ha fatto irruzione la pandemia, che ha mietuto le maggiori vittime proprio tra anziani e soggetti fragili. Su di essi ha cominciato a convergere un'inconsueta attenzione: nel post Covid lo Stato ha dato il via all'emanazione di vari 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. 33/2023). L'esame dell'odierna situazione dei servizi per anziani in Lombardia non può dunque prescindere dalla legislazione statale licenziata dal 2021 in poi, dal PNRR alle leggi nazionali correlate, tra cui quelle relative ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEPS), e dai conseguenti recepimenti e ripercussioni sui territori.

I servizi a domicilio

L'assistenza domiciliare integrata. Nell'XIma legislatura è continuata la crescita dei finanziamenti per la domiciliarità sociosanitaria, con una tendenza al rafforzamento registrata già dal 2016. A favorire tale crescita ha contribuito la forte convergenza, creatasi dopo la pandemia, in merito alla necessità di sviluppare i servizi domiciliari per far diventare la casa "il luogo privilegiato di cura". Il PNRR infatti si pone l'obiettivo di raggiungere in ADI il 10% degli ultra 65enni entro il 2026: per la Lombardia è più del raddoppio degli anziani attualmente assistiti.

Tuttavia, né il PNRR né i crescenti investimenti regionali hanno previsto il rafforzamento dell'ADI anche dal punto di vista dell'intensità assistenziale e del livello qualitativo, con l'abbandono del vigente modello sanitario-prestazionale a favore di un'assistenza domiciliare davvero integrata.

Gli investimenti dell'XIma legislatura nell'ADI sono in gran parte stati motivati dall'intento di correggere gli squilibri territoriali più importanti, lasciando però immutato il modello organizzativo, nonostante i noti suoi limiti.

Il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD). Nonostante sia un caposaldo storico dei servizi lombardi, nel programma di legislatura il SAD viene nemmeno menzionato. Non sorprende quindi che neppure l'XIma legislatura, analogamente alle precedenti, sia intervenuta su quest'unità di offerta che, pur essendo di competenza e a finanziamento comunale, potrebbe beneficiare di attenzione regionale in termini di regia e coordinamento nell'ambito della rete dei servizi lombardi, se non altro nell'ottica di superare gli squilibri territoriali. Il SAD continua dunque a rimandare l'immagine di un servizio guidato da un'ottica socioassistenziale, che sconta vecchi problemi più volte segnalati; 1) un'impostazione prestazionale basata su interventi circoscritti di breve durata; 2) la spiccata disomogeneità territoriale in termini di regolamenti, iter di accesso, prestazioni erogate, costi di partecipazione; 3) il frequente utilizzo del servizio come soluzione assistenziale/emergenziale, specie nei confronti di anziani soli e/o indigenti, in mancanza di interventi più consoni.

Assistenti familiari. Nel 2018 l'XIma legislatura ha stanziato le risorse e diffuso gli input operativi per partire con gli interventi previsti dalla LR 15/2015 sul lavoro di cura, che prevedeva di attuare sul territorio sportelli e registri degli assistenti familiari e di diffondere il Bonus Assistenti Familiari. Nel quinquennio tuttavia le misure a sostegno del lavoro di cura hanno dimostrato di fare molta fatica ad attecchire perché difficili da ottenere, poco attrattive e poco pubblicizzate.

Caregiver familiari. L'XIma Legislatura ha approvato a fine mandato una legge sul caregiver familiare che, per la prima volta, ne riconosce la figura nel contesto dei servizi territoriali. Sempre di fine mandato sono due DGR con le quali la Lombardia espone i criteri per l'utilizzo del Fondo Caregiver, un fondo nazionale che 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.

Buoni e Voucher. Da anni Regione Lombardia supporta la permanenza a domicilio degli anziani 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. Anche nell'XIma legislatura, dunque, sono state erogate le misure B1 e B2, volte a sostenere la domiciliarità di soggetti non autosufficienti, anziani compresi, affetti da disabilità gravissime secondo o gravi limitazioni della capacità funzionale. Gli anziani in maggioranza hanno ricevuto la misura B2 (6767 beneficiari nel 2022).

I servizi residenziali

Le RSA. La residenzialità è il comparto che in Lombardia assorbe la gran parte delle risorse sociosanitarie regionali (58% nel 2021); le RSA sono l'unità di offerta con la maggior incidenza (34,6% della spesa sociosanitaria nel 2021). In corso di legislatura non si sono verificate differenze significative rispetto al passato neppure in relazione ad alcune note criticità del sistema lombardo: l'insufficiente volume di risorse stanziato dalla Regione attraverso il FSR, la questione della partecipazione ai costi e l'inappropriatezza dell'attuale modello organizzativo delle RSA, ormai datato.

RSA Aperta. Misura innovativa sperimentale introdotta nella precedente legislatura per offrire la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari a sostegno della domiciliarità dei soggetti fragili, è stata ridefinita dalla DGR 7769/2018 che ha demandato 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. Ciò ha portato a una riduzione dei soggetti presi in carico e a una maggior centralità degli interventi sociosanitari 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 portando il loro *know-how* negli interventi domiciliari.

Personale. Tra i problemi esplosi nel corso dell'XIma legislatura va ricordata la grave carenza di personale, comune a tutto il SSN ma che grava in particolare sulle RSA. Dopo anni di mancate assunzioni le strutture pubbliche -spinte dapprima dalle necessità legate alle cure del COVID e poi 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 – che non riguarda la sola Lombardia – principalmente attengono alle significative differenze contrattuali, sia retributive che normative, esistenti tra i diversi comparti. Per cercare di contrastarla si sarebbero potuti prevedere piani di assunzioni regionali e aumenti tariffari finalizzati a una miglior remunerazione del lavoro, ma la Lombardia (contrariamente ad altre Regioni) non ha intrapreso queste strade.

Punti di forza e di debolezza

L'analisi dei punti di forza e di debolezza mira a evidenziare delle costanti e dei nodi trasversali al sistema di interventi per gli anziani non autosufficienti. Ne evidenziamo in particolare tre.

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 (sia domiciliari che residenziali) sono stati costretti a mettere in atto rapidi cambiamenti e rimodulazioni varie per fronteggiare la situazione. Ciò si è verificato sostanzialmente per iniziativa dei Comuni e 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, infatti, oltre a essere uno stress test per il sistema ha portato con sé un forte potenziale di apprendimento, rivelandosi un'inaspettata occasione per imparare. Si era quindi diffusa l'aspettativa che, superata la fase pandemica, anche i decisori regionali cogliessero 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. Invece nelle politiche regionali della XIma legislatura dal 2021 in avanti non si ravvisano né significativi cambiamenti di direzione né azioni o previsioni in grado di andare a fondo dei problemi preesistenti: tolti alcuni aggiustamenti e adempimenti conseguenti alla legislazione nazionale, sembra prevalere un immobilismo di fondo, che tende a lasciare immutato il sistema.

Programmazione. Negli ultimi decenni la 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 fondamentale, denominata "Delibera delle Regole" fino al 2021 e approvata alla fine di ogni anno, regolava il sistema sociosanitario regionale definendo le quote di budget delle diverse aree d'intervento, le tariffe e le condizioni contrattuali sottostanti ai rapporti con gli enti gestori. L'impostazione annuale, breve e principalmente contrattuale, non permette però di programmare attività, servizi e investimenti, anche perché miope sulle linee di sviluppo del sistema. Lo stesso Piano sociosanitario lombardo, approvato a novembre 2010, non ha avuto nessun aggiornamento.

Con la LR 22/2021 la Regione ha sostituito la Delibera delle Regole con la delibera di approvazione degli Indirizzi di Programmazione, benché in realtà le delibere annuali del 2022 e del 2023 abbiano mantenuto una sostanziale funzione regolatoria. Sarebbe necessario invece 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 che per i soggetti erogatori pubblici e privati.

Sostenibilità economica. Il tema è centrale da diversi punti di vista, sia per i gestori dei servizi che per le famiglie. Ad esempio, le RSA al di sotto di certe dimensioni oggi risultano economicamente poco sostenibili; tuttavia le strutture più vicine al territorio, spesso piccole, sovente sono portatrici di valori di prossimità espressi dalle comunità locali a favore dei propri anziani, come si è visto in pandemia. Ancor più emblematico è poi il già citato tema della compartecipazione delle famiglie alle rette delle RSA, nodo che sembra non trovare soluzione. La ricerca della sostenibilità deve valere per tutti i soggetti implicati: famiglie, soggetti gestori e Regione. E' dunque indispensabile trovare strade diverse da quelle percorse finora.

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. L'attenzione è diretta al processo di cura, guidato perlopiù da criteri di efficienza che lasciano sottotraccia la valutazione degli esiti degli interventi. Tuttavia, pur non negando i meriti di questo modello, sempre più risulta evidente la sua parzialità perché la vecchiaia non è (soprattutto e soltanto) una condizione di malattia, bensì un tempo da percorrere nonostante i deficit che possono contraddistinguerlo. Lo sforzo assistenziale, quindi, deve aiutare l'anziano a dar senso alla condizione che vive, garantendo il più possibile la sua identità personale e la sua dignità.

Personale. Oltre a quanto già osservato sull'argomento, vale la pena rimarcare che, tra le altre cose, la scarsità di professionalità sanitarie e assistenziali, essenziale per garantire la presa in carico dei fragili, rischia anche di mettere in discussione la concreta operatività delle nuove strutture territoriali previste dal DM 77/22 e dalla DGR 6867/22.

Agenda per il futuro

Ricollegandoci all'analisi dell'esistente e dei suoi punti di forza e di debolezza, indichiamo ora tre sfide che il settore della longterm care lombarda dovrà affrontare

per favorire un miglioramento complessivo del sistema di risposte agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

La programmazione delle politiche regionali della longterm care. La prima sfida è quella di riprendere una programmazione regionale che superi la pura negoziazione dei budget, prevedendo un orizzonte temporale almeno triennale, che integri tutte le politiche regionali per gli anziani. È maturo il tempo di ragionare su un continuum di interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali che accompagnino il ciclo di vita degli anziani non autosufficienti abbandonando l'attuale rigido modello, focalizzato su ADI e RSA.

La programmazione deve puntare a rilevare i bisogni, inclusi quelli che oggi non trovano risposta, e a potenziare e mettere a regime gli interventi, coinvolgendo anche i soggetti operanti nella rete sociosanitaria lombarda nella co-programmazione e co-progettazione delle risposte.

La revisione del modello di cura e di presa in carico degli anziani non autosufficienti. La seconda sfida è quella di ragionare su un nuovo modello di cura, basato sulla centralità dell'anziano e delle sue relazioni. Occorre recuperare la visione relazionale della cura interrogandosi sul benessere di vita desiderato 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.

Il nuovo modello di cura deve integrare l'attuale visione bio-medica nell'ambito di quest'orientamento, soprattutto nell'assistenza agli anziani con demenze.

La sostenibilità del sistema. L'ultima ma non meno importante sfida 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. Per intervenire a fondo è imprescindibile adottare una visione d'insieme che coinvolga tutte le parti in causa.

Altre sfide della sostenibilità si intrecciano fortemente con le politiche centrali, ad esempio quelle riguardanti le professioni sociosanitarie. In questi casi è indispensabile che la Regione colga e prepari adeguatamente le prospettive che derivano dal quadro nazionale, facendo attivamente la sua parte.

Scarica qui il capitolo intero sulle politiche per anziani non autosufficienti
Scarica qui l'intero volume e guarda l'evento di presentazione del volume.

Atti e normative

Gli anziani nel Piano Regionale di Sviluppo Sostenibile

di Virginio Brivio

22 Dicembre 2023

Temi > Anziani, Domiciliarità, Finanziamento e spesa, RSA

L'autore illustra come viene affrontato il tema della condizione anziana fragile e non autosufficiente nell'ultimo Piano di sviluppo sostenibile regionale.

Il Piano di Sviluppo Sostenibile

Ogni nuova legislatura regionale vede tra i primi atti fondamentali di competenza del Consiglio Regionale, su proposta del neo eletto Presidente, l'approvazione del piano pluriennale di sviluppo economico e sociale, di durata pari ai cinque anni di mandato.

In Lombardia con la XII legislatura, confermato in carica il Presidente Attilio Fontana, l'approvazione del **Piano regionale di sviluppo sostenibile** è avvenuta da parte del Consiglio Regionale con la deliberazione n° XII/42 del 20 giugno 2023. Il piano definisce gli obiettivi strategici e le politiche in progetto per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della regione.

Con il presente contributo vogliamo cercare di evincere come il legislatore regionale per eccellenza, il Consiglio, abbia affrontato il tema della condizione degli anziani, in generale e dei fragili e non autosufficienti, in particolare, attraverso l'utilizzo di uno strumento pianificatorio potenzialmente poderoso, che per sua natura indica visioni e priorità anche rispetto alle risorse.

La nostra analisi non è motivata solo dagli aspetti demografici, vista l'incidenza di questo segmento della popolazione in Lombardia, con le significative varianti territoriali e l'impatto sui servizi, ma vuole anche essere l'occasione per comprendere il modello di organizzazione e le priorità programmatorie e finanziarie di sviluppo della rete delle risposte sociali e sanitarie.

La speranza è quella che l'attuale legislatura "*post* Covid" capitalizzi l'esperienza spesso drammatica che l'evento pandemico ci ha consegnato, nel contempo coltivando i semi di riforma di sistema che provvedimenti nazionali e regionali hanno generato negli ultimi due anni.

Il quadro generale del Piano Regionale di Sviluppo Sostenibile

Il Piano, nel suo presentarsi per la prima volta, aggiunge nel titolo il termine "**sostenibile"** ed esplicita da subito e ripetutamente che la visione di riferimento è costituita dai 17 obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) dell'Agenda delle NU per il 2030.

Nelle premesse vengono esplicitati i **tre capisaldi** delle azioni di legislatura: autonomia regionale rafforzata, sostenibilità, ricerca e innovazione. Troviamo un richiamo alla "personalizzazione" della medicina e al "curare a casa", anche tramite un uso massivo delle tecnologie.

Il PRSS prevede **7 pilastri** che declinano il ruolo della Regione Lombardia in: – Connessa – Al servizio dei cittadini – Terra di conoscenza – Terra di Impresa e lavoro – Green – Protagonista – Ente di governo.

Ognuno si sviluppa in **ambiti strategici** (collegati ai relativi goals delle NU), che si articolano in una lettura del contesto, nell'esplicitazione degli indicatori multidimensionali di risultato di legislatura in confronto ai dati attuali e in obiettivi strategici (ognuno dei quali reca in calce i portatori di interesse, gli enti del sistema regionale coinvolti e infine gli "altri" enti che concorrono all'obiettivo).

Annualmente il piano verrà verificato e aggiornato tramite il Documento di economia e finanza regionale che accompagna, dal punto di vista programmatorio, quello che in termini sintetici è il bilancio regionale.

È bene sottolineare che **il PRSS dev'essere considerato influente (se non gerarchicamente superiore) rispetto alle singole programmazioni di settore** (mi riferisco all'atteso nuovo piano socio sanitario), poiché ne costituisce il presupposto nei principi di fondo e il raccordo con la più ampia programmazione che orienta, peraltro, le scelte finanziarie.

Ci soffermeremo qui sulla disamina dei capitoli di **due ambiti strategici del secondo pilastro, "Servizi ai cittadini", gli unici dei 5 che affrontano specificatamente il tema della condizione anziana**[1]**.**

Sostegno alla persona e alla famiglia

Si tratta del primo ambito strategico **(2.2**) che nella lettura di contesto evidenzia in termini generali la rilevanza demografica della condizione degli anziani, con **un indice di vecchiaia lombardo "meno sfavorevole" rispetto al paese: 177 "over" 65 ogni 100 "under 15**" (in Italia è del 187), destinato a peggiorare velocemente anche in Lombardia nei prossimi anni, in considerazione della bassa natalità. Non viene proposto alcun dato specifico sulla condizione dei fragili e/o non autosufficienti: ci si sofferma invece in maniera più significativa sui dati, anche qualitativi, sulla condizione e sui bisogni delle persone con disabilità, senza distinzioni di età. Anche negli indicatori multidimensionali di *outcome* non compaiono specifici obiettivi legati agli anziani, se non all'interno (genericamente) delle categorie in povertà assoluta o a rischio di esclusione sociale o inerenti al potenziamento delle reti associative.

Circa gli obiettivi strategici, il primo riguarda il **sostegno alla realizzazione del progetto di vita delle persone con disabilità** (alla luce delle convenzioni NU) anche tramite "una profonda revisione delle caratteristiche delle attuali unità d'offerta" e il supporto alla loro permanenza nel nucleo familiare con aiuti più decisi ai *caregiver*.

Il secondo consiste nella **promozione dell'inclusione dei soggetti fragili** (definiti come coloro "in condizioni di svantaggio") al fine di superare barriere all'accesso alle risposte anche tramite servizi di orientamento, interventi preventivi e l'utilizzo integrato di misure nazionali e regionali.

Il terzo obiettivo riguarda la **promozione e il sostegno della famiglia** nel suo insieme: vi troviamo solo un accenno alla promozione di interventi di invecchiamento attivo e di sostegno ai bisogni dei cicli di vita dei diversi componenti tramite il potenziamento del "sistema famiglia lombardo".

Gli altri due obiettivi strategici riguardano la promozione dell'associazionismo e la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere.

Sistema socio sanitario a casa del cittadino

Il titolo ardito di questo ambito strategico del PRSS **(2.3**) "dice" di un impianto che riprende, enfatizzandoli, sia gli orientamenti nazionali della Missione 6 Salute del PNRR, che il D.M. n. 77/2022 sulla organizzazione della sanità territoriale, oltre che ovviamente i numerosi provvedimenti regionali attuativi approvati negli ultimi due anni (compresa la riforma sanitaria regionale della legge 22/ 2021).

Nella ricognizione introduttiva di contesto troviamo una puntuale ricostruzione quantitativa delle unità d'offerta ospedaliera e delle varie articolazioni, degli IRCCS, dei Medici di medicina generale e Pediatri di LS., dei soggetti del sistema socio-sanitario. Negli indicatori multidimensionali, accanto ad alcuni indici conosciuti (liste di attesa,

Day hospital, medici, vaccinazioni etc.), **il potenziamento dell'ADI per gli over 65 anni è l'unico dato diretto, assumendo l'obiettivo del PNRR**[2].

Il primo obiettivo – dei 12 complessivi, di cui 4 riguardano direttamente gli anziani fragili e non autosufficienti – mira allo **sviluppo dell'offerta di infrastrutture e servizi della sanità territoriale (2.3.1).** Vengono confermati gli obiettivi di realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità (approvati nel contratto istituzionale di servizio tra Regione e Ministeri del maggio 2022), così come l'attivazione delle COT in ogni distretto con ruolo di raccordo tra e case di comunità e le reti territoriali, menzionando esplicitamente "i servizi di assistenza domiciliare, gruppi medici di famiglia, ambulatori socio-sanitari, RSA". Si segnala anche l'obiettivo di un "potenziamento della rete di continuità assistenziale, moltiplicando i punti di assistenza e di intervento sul territorio", essenziali per i bisogni sanitari degli anziani nelle ore critiche della notte e dei giorni festivi.

Il secondo consiste nel **potenziare le cure domiciliari anche attraverso la telemedicina (2.3.2)**: l'intervento nelle situazioni gravi (cure palliative) si accompagna al potenziamento complessivo degli interventi nei confronti dei fragili (con libertà di scelta dell'ente gestore accreditato da parte della famiglia) e al progetto di "sorveglianza domiciliare degli over 65 anni in condizioni di cronicità che richiedono monitoraggio costante, attraverso integrazione del MMG, gli infermieri di famiglia e comunità e le Unità di continuità assistenziale". Il potenziamento dell'infrastrutturazione tecnologica e digitale (prevista dal PNRR), comprensiva di telemonitoraggio e telemedicina, oltre all'integrazione con la nuova piattaforma informatica regionale (SGDT: sistema di gestione digitale del territorio) è ulteriore obiettivo di mandato.

Il terzo è **la diffusione dei servizi di telemedicina sul territorio (2.3.3)**. Ci si riferisce qui alla realizzazione di una "piattaforma unica, integrata e centralizzata" a servizio dei diversi operatori sanitari per il ruolo decisivo, pur non unico, che può rivestire rispetto al potenziamento dei servizi anche diagnostici e di monitoraggio a casa degli anziani non autosufficienti, cronici o da "vigilare".

Il quarto obiettivo è **potenziare gli interventi rivolti a soggetti fragili e cronici (2.3.5). Mirando a** favorire con celerità l'evoluzione delle RSA in centri multiservizi, ne prevede la collaborazione con la rete dei servizi e in particolare le Case e gli ospedali di Comunità, nell'ottica di garantire "percorsi di continuità assistenziali agli anziani fragili e cronici con flessibilità ed integrazione dei servizi", con particolare attenzione alla declinazione operativa dei modelli nelle organizzazioni distrettuali. La conferma della misura RSA aperta accanto alle cure domiciliari (nell'ambito delle risorse disponibile dal FSR) vedrà peraltro la sua estensione anche alle persone con disabilità.

Pur senza soffermarsi ulteriormente su quest'area, occorre accennare alla presenza di un obiettivo legato alla **formazione e reperimento personale sanitario (2.3.9)** e di un altro finalizzato a **realizzare un ecosistema di dati clinico-assistenziali abilitanti la realizzazione delle politiche (2.3.7): benchè** si tratti di obiettivi trasversali e di carattere universale, se venissero perseguiti le azioni e le politiche a favore degli anziani ne beneficerebbero senza alcun dubbio.

Valutazioni conclusive

Gli strumenti pianificatori come questo, di natura strategica e generale, mal si prestano a valutazioni trattandosi di una prima mera declinazione politica di principi normativi, non ancora di programmazione stringente e misurabile. Certamente si ritiene positivo che il rafforzamento dell'attenzione rispetto agli anziani fragili venga assunto a priorità e che il ripensamento dei servizi in essere e l'implementazione delle cure domiciliari (e più in generale della sanità territoriale) rientri tra gli obiettivi strategici. Lo stesso dicasi per la tecnologia a domicilio (nelle varie articolazioni e servizi), che viene fatta uscire dalla cerchia ristretta di Ospedali, ambulatori e Centri di ricerca e vista come **alleata essenziale di operatori sanitari e sociali per meglio curare a casa.**

Abbiamo sottolineato che il PRSS accompagna obbligatoriamente nel loro dispiegarsi nel tempo sia i bilanci di Regione che le programmazioni di settore. Un primo "banco di prova" della coerenza tra principi e realizzazioni saranno quindi le scelte di bilancio, che non trovano linee nuove in questo piano: **sono infatti assenti scelte nette e coraggiose (pur orientative) di ridurre su determinati settori/servizi o reperire altre risorse a favore degli anziani non autosufficienti**. Questo nel breve periodo di due/tre anni può essere in parte supplito con l'utilizzo dei fondi straordinari del PNRR sia sugli investimenti che in parte corrente (in questo caso per le significative risorse destinate al potenziamento delle cure domiciliari). Ma per la seconda metà della legislatura (esaurite le risorse straordinarie europee) e, da subito, per gli interventi di potenziamento qualitativo e quantitativo dei servizi diurni e residenziali**, come si pensa di garantire la sostenibilità economica del "prendersi carico e curare a casa gli anziani fragili", peraltro in aumento e in condizioni di bisogno fortemente differenziate?**

Un ulteriore rilievo riguarda **l'assenza esplicita di un modello organizzativo** (o almeno delle linee) nel quale collocare anche i servizi innovativi destinati agli anziani. Si chiede nei fatti alle unità d'offerta, con qualche accenno a un ruolo dei distretti in merito, di diventare promotori di filiera, presa in carico complessiva dell'anziano, coordinatori di risorse. L'auspicio è che il prossimo piano socio-sanitario regionale colmi questa carenza, tenendo conto che non si parte dal nulla perché provvedimenti nazionali e regionali già hanno abbozzato un modello che fa dell'integrazione un punto di

partenza e non un faticoso punto di arrivo sulla porta di casa dell'anziano, al confine dei suoi bisogni. Rispetto a ciò, **appare allarmante la totale mancanza nel PRSS di un richiamo e di una connessione con le competenze operative dei Comuni in materia sociale** (SAD, alloggi protetti, CASA, misure B2, etc.) e a quelle programmatorie degli ambiti sociali tramite i piani di zona, i piani del fondo per la non autosufficienza, le misure per gli anziani della Missione 5 del PNRR, il concorso alla programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale, gli accordi con ATS e ASST. Fermo restando il rispetto dell'autonomia programmatoria dei Comuni e degli ambiti sociali in materia, sarebbe un'ipocrisia istituzionale il fatto di invocarla dimenticandosi che i relativi atti d'indirizzo e i finanziamenti conseguenti sono in buona parte di competenza Regionale. Va soprattutto sottolineato che questi servizi territoriali risultano essenziali, in concorso con quelli sanitari e socio sanitari, per garantire l'efficacia di risposte integrate ai bisogni dei cittadini. Spicca **anche l'assenza di una chiarezza di linea sul rapporto tra funzioni programmatorie pubbliche e ruolo del privato**, distinguendo quello profit da quello non, anche alla luce dei riferimenti normativi e dell'autorevole giurisprudenza degli ultimi anni.

Infine, non viene menzionata nel piano la recente legge delega sulla non autosufficienza (L. 33/2023) o, per meglio dire, non esiste un raccordo con i principi e le linee di riforma che contiene. L'auspicio è che l'approvazione dei decreti delegati attuativi (prevista a breve) **diventi occasione per quel raccordo tra competenze e servizi in risposta ai bisogni dei cittadini che la Regione dovrebbe con più determinazione perseguire**, peraltro cogliendo spunto da significative esperienze territoriali già esistenti.

---

1. *Il **tema degli anziani viene evocato anche** in altri contesti (cultura, mobilità, casa, servizi in genere e tecnologie in particolare).*
2. *Ovvero il raggiungimento entro il 2026 del 10% della popolazione anziana rispetto a circa il 3% attuale.*

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.