

## **CHI SIAMO**

ARIS e UNEBA, associazioni di rappresentanza di livello nazionale, rappresentano in Lombardia 500 strutture a vocazione non profit operanti nel settore sanitario e sociosanitario.

I numeri di ARIS Lombardia:

- 2.600 posti letto in Ospedali ed IRCCS, pari ad 1 ricovero su 18 di Regione Lombardia, quasi 90mila all'anno;
- 1 paziente su 6 che ha bisogno di riabilitazione in Regione Lombardia viene ricoverato e trattato in strutture ARIS;
- Vi è un forte impegno nell'area dell'Emergenza Urgenza:
  - 165mila accessi in PS, come 2 grandi DEA, pari al 5% degli accessi regionali;
  - Completa adesione a tutte le reti regionali (Stroke, STEMI, Trauma, Emorragie digestive) con oltre 2 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno;
- 45mila interventi chirurgici all'anno;
- Più di 1 bambino su 20 nasce in strutture Associate ARIS (4.500 unità, pari al 6,5% del totale)

I numeri di UNEBA Lombardia:

- Uneba Lombardia accorpa ad oggi oltre 450 enti di assistenza sociale, sociosanitaria e sanitaria distribuiti in tutta la Regione ed è divenuta, nel corso degli anni, un referente riconosciuto ed apprezzato per i suoi interventi da Regione Lombardia nonché dagli enti locali.  
In particolare Uneba Lombardia concentra le sue attività in più settori: anziani, adulti in difficoltà, minori, disabili, cure domiciliari e cure palliative, nonché organizzazione di corsi per aggiornamento del personale. Recentemente ha costituito una commissione per aiutare gli enti nella lettura degli aspetti giuridici dei vari atti e deliberazioni ed una commissione per affrontare le più recenti tematiche legate al PNRR.

In particolare:

### **Area anziani**

- 50.000 posti letto in rsa;
- 5000 posti di Cdi;

### **Area disabili**

- 3500 posti letto in rsd
- 5000 posti in cdd
- 1000 posti letto in css

### **Domiciliarità anziani e disabili**

- 200 udo di adi e ucptom

### Area cure palliative

- 850 posti letto in hospice
- 120 udo per ucp dom

### Area minori

- Comunità per minori, compresa la npi, circa la metà dell'offerta residenziale ed ambulatoriale

### Cure intermedie

- Oltre i 2/3 dell'offerta

## INTRODUZIONE

In premessa si ritiene opportuno evidenziare la **specificità degli enti erogatori qui rappresentati, quali enti del terzo settore (attualmente ancora ONLUS)**, che ci abilita a quella "Amministrazione condivisa" che la sentenza 131/2020 ha delineato, certamente applicabile anche al settore sanitario e sociosanitario. Tale premessa è di ancor più rilevante importanza in un momento come il presente nel quale si ipotizza una applicazione di norme comunitarie relative alla concorrenza che rischiano di mettere in forse non solo la componente di investimento dei vari operatori del sistema sanitario e sociosanitario ma anche il livello qualitativo e la **continuità di cura** in un necessario assetto programmatico che ne verrebbe irrimediabilmente leso.

Sussiste un **modello di integrazione e sussidiarietà tra attori pubblici e nostri enti da far evolvere nella coprogrammazione e coprogettazione**, finalizzata alla realizzazione dell'assistenza territoriale, che richiede la costruzione di reti e una integrazione dei servizi (domiciliari, diurni, residenziali) in una logica a filiera, che meglio risponde alla multidimensionalità dei bisogni e alla loro evoluzione

I **servizi di rete** e i **centri multiservizi** prefigurati dalla recente legge *sulle politiche per le persone anziane*, insieme agli Ospedali di comunità, come disciplinate dal dm 77/22, da inserirsi in tali reti, non possono che essere la forma e il contenuto dell'assistenza territoriale che le Case della Comunità sono chiamate a garantire, anche nell'integrazione con i servizi socioassistenziali.

Ne deve conseguire un ruolo di **coprogrammatori**, non solo a livello regionale ma anche territoriale, per programmare l'assistenza territoriale, che vede già una preponderante presenza dei nostri enti nell'offerta di servizi sociosanitari, già in ottica multiservizi (RSA, RSA aperta, Cure Domiciliari, ecc.).

È necessaria una presenza stabile dei nostri Enti, e non variabile come ora previsto nelle Regole di Sistema 2023, nelle **Cabine di Regia delle ATS** e delle **ASST**. Soprattutto nelle **Cabine di Regia integrate delle ASST** non possiamo non veder presenti gli Enti di terzo settore con un coinvolgimento attivo, essendo tali luoghi chiamati a definire la programmazione e il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale.

Anche forme di **coprogettazione** con gli enti accreditati del terzo settore possono essere previste e attuate nella organizzazione e realizzazione della rete dei servizi della nuova assistenza territoriale, che richiede condivisa programmazione e coinvolgimento attivo di chi, nel sistema, come ente del terzo settore già è presente.

La nuova assistenza territoriale non può essere lasciata alle sole logiche del mercato sanitario e sociosanitario nella concorrenza tra enti erogatori accreditati, ma richiede che i servizi siano conseguenti a un'attività di

programmazione e integrazione operata dal pubblico secondo il modello dell'Amministrazione condivisa con il terzo settore.

### **UN'ANALISI CHE MUOVE DAL GENERALE AL PARTICOLARE PARTENDO DAI PRINCIPI FONDAMENTALI**

Alla luce delle recenti normative nazionali e sulla base dei dati rilevati e degli effetti prodotti nel tempo, è sempre più evidente la necessità di un complessivo riesame dell'attuale assetto del sistema dei servizi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali costituenti una rilevante parte del sistema Sociosanitario lombardo e delle sue relazioni e/o connessioni con il sistema della "medicina territoriale", che deve essere una priorità di legislatura necessaria per articolare e programmare un "modo di essere" di tale sistema e la sua capacità di rispondere ai bisogni delle persone fragili, vulnerabili e delle loro famiglie.

Da quando si "intraprese", all'inizio degli anni 2000, un disegno complessivo relativo alla compiuta definizione del sistema sociosanitario, si sono significativamente modificati alcuni elementi che, qui in sintesi, riteniamo doveroso evidenziare:

1. Un significativo incremento delle persone "fragili" – qui intese come persone con patologie non acute – che necessitano di una "presa in carico" e risposte coerenti con "qualità della vita" loro e dei familiari;
2. Un rilevante incremento di persone che presentano livelli di complessità e di intensità dei bisogni di natura sanitaria cui si sommano elevati bisogni di natura tutelare uniti a significative esigenze di sostegni volti a mantenere e sviluppare relazioni di natura affettiva e sociale;
3. Un ruolo dei "contesti familiari" di riferimento che manifestano, oggi, una esigenza di risposte capaci di affiancare/sostenere tali ruoli di tipo accuditivo superando interventi di tipo "prestazionale";
4. Un ruolo delle "unità d'offerta" che progressivamente sono chiamate a trasformarsi in "centri multiservizi" capaci di rappresentare un riferimento territoriale in grado di rispondere ai bisogni delle persone in un quadro di flessibilità ed integrazione con i servizi sanitari e sociali territoriali.

Un tema di forte preoccupazione per la "tenuta" complessiva del sistema socio-sanitario lombardo, in particolare dei servizi semiresidenziali e residenziali, riguarda il tema dell'impatto complessivo dell'applicazione dei LEA come declinati nel DPCM 12 gennaio 2017.

Come noto i LEA nel demandare specifici compiti alle regioni definiscono, in estrema sintesi, per quanto riguarda i servizi semiresidenziali e residenziali:

- specifiche tipologie di servizi – semiresidenziali e diurni - i loro requisiti generali in termini di attività da assicurare e, di norma, la durata delle risposte assicurate dalle diverse tipologie di servizi;
- le diverse tipologie di utenza dei diversi servizi indicandone le principali caratteristiche in termini di bisogni di natura sanitaria, di assistenza tutelare, riabilitativa/rieducativa ivi compreso gli aspetti legati al consolidamento delle relazioni familiari e/o sociali;
- il valore percentuale, rispetto al costo del servizio, di competenza del Fondo Sanitario e, di conseguenza, la parte della retta a carico degli ospiti e/o dei loro comuni di residenza.

Per quanto riguarda quanto sopra evidenziamo, con riferimento ai servizi residenziali e semiresidenziali, alcune rilevanti “criticità” che potrebbero avere un impatto significativo su Regione e, di riflesso, sul complesso degli Enti gestori partendo da un esame di quanto ad oggi definito nei LEA per:

1. ***i servizi “ad alto impegno sanitario”*** (art. 29) rivolti a persone con un “alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità” con totale onere a carico del Fondo Sanitario.  
Tale articolo definisce una platea di beneficiari di tali servizi significativamente superiore a quanto oggi assicurato (persone in Stato Vegetativo/minima responsività e persone affette da SLA) spostando persone oggi ospiti di servizi socio-sanitari in compartecipazione definendoli come beneficiari di servizi a totale carico del Fondo Sanitario;
2. ***i servizi dedicati alle persone “non autosufficienti”*** (art. 30) alle quali vengono assicurati interventi:
  - 2.1. di natura estensiva, per un periodo di tempo di norma non superiore a 60 gg, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
  - 2.2. di lungo assistenza, ivi compreso ricoveri di sollievo, con oneri a carico del Fondo Sanitario pari al 50% del costo giornaliero del servizio;
  - 2.3.
3. ***i servizi dedicati alle persone in fase “terminale”*** (art.31) con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
4. ***i servizi dedicati ai “minori”*** (art. 32), per i quali sono previsti:
  - 4.1. trattamenti residenziali:
    - 4.1.1.ad alta intensità terapeutico riabilitativa, per un periodo di tempo di norma non superiore a 90 gg, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 4.1.2.a media intensità terapeutico-riabilitativa, per un periodo di tempo di norma non superiore a 90 gg, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 4.1.3.a bassa intensità terapeutico-riabilitativa per un periodo di tempo di norma non superiore a 12 mesi, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
  - 4.2. trattamenti semiresidenziali interventi di natura terapeutico-riabilitativa intensiva e estensiva con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
5. ***i servizi dedicati alle persone con “disturbi mentali”*** (art.33) per i quali sono previsti:
  - 5.1. trattamenti residenziali:
    - 5.1.1.terapeutico-riabilitativi ad alta intensità per un periodo di tempo di norma non superiore a 18 mesi, prorogabili di altri 6 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 5.1.2.terapeutico-riabilitativi carattere estensivo per un periodo di tempo di norma non superiore a 36 mesi, prorogabili di altri 12 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 5.1.3.socio-riabilitativi rivolti a persone non assistibili al proprio domicilio con oneri a carico del Fondo Sanitario pari al 40% del costo giornaliero del servizio;
  - 5.2. trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per almeno 6 ore al giorno per 5 giorni settimanali con oneri a totale carico del Fondo Sanitario
6. ***i servizi dedicati alle persone con disabilità*** (art. 34) per le quali sono previsti:
  - 6.1. trattamenti residenziali:
    - 6.1.1.di riabilitazione intensiva, per un periodo di tempo di norma non superiore a 45 gg, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 6.1.2.di riabilitazione estensiva, per un periodo di tempo di norma non superiore a 60 gg, con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 6.1.3.socio-riabilitativi che:

- 6.1.3.1. per le persone che richiedono un elevato impegno assistenziale e tutelare prevede oneri a carico del Fondo Sanitario pari al 70% del costo giornaliero;
- 6.1.3.2. per le persone che richiedono un moderato impegno assistenziale e tutelare prevede oneri a carico del Fondo Sanitario pari al 40% del costo giornaliero;
- 6.2. trattamenti semiresidenziali di natura;
  - 6.2.1. estensiva di norma non superiori a 60 gg con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
  - 6.2.2. socio-riabilitativi con oneri a carico del Fondo Sanitario pari al 70% del costo giornaliero
- 7. ***i servizi dedicati alle persone con dipendenze patologiche*** (art. 35) per le quali sono previsti:
  - 7.1. Trattamenti residenziali:
    - 7.1.1. Specialistici, della durata di norma di 18 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 7.1.2. Terapeutico-riabilitativi, della durata di norma di 30 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 7.1.3. Pedagogico-riabilitativi, della durata di norma di 30 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
  - 7.2. Trattamenti semiresidenziali:
    - 7.2.1. Terapeutico-riabilitativi, per almeno 6 ore al giorno per 5 giorni la settimana, della durata di norma di 18 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario;
    - 7.2.2. Pedagogico-riabilitativi, per almeno 6 ore al giorno per 5 giorni la settimana, della durata di norma di 30 mesi con oneri a totale carico del Fondo Sanitario.

Siamo ben consapevoli che questo elenco e quanto in esso contenuto è a Voi ben noto, ma la motivazione per cui abbiamo ritenuto opportuno renderlo evidente risiede nel fatto che, in tali servizi ed attività, il privato no profit – terzo settore, svolge un ruolo significativo e, in molti casi, determinante per assicurare servizi alle persone e alle loro famiglie.

Sebbene siano evidenti le criticità legate ai singoli assi di intervento (RSA, CSS, Cure Intermedie, Hospice, per dirne alcuni), è necessario in questa fase partire da una visione di sistema che affronti, in prima battuta, le criticità che impattano trasversalmente sulle diverse reti di offerta per poi affinare i ragionamenti e le necessarie riforme, sui singoli assi.

Tutti i monitoraggi realizzati in questo periodo tra i nostri associati hanno infatti evidenziato la preoccupazione per la tenuta dell'intero sistema; preoccupazione che nasce da una crescente e diffusa crisi finanziaria conseguente ad un sistema di regole non più coerente con i bisogni la cui applicazione amplia continuamente la forbice tra costi e ricavi. Gli attuali livelli di remunerazione dei servizi, nonostante gli interventi di adeguamento degli ultimi anni<sup>1</sup>, sono infatti significativamente inferiori ai costi di gestione degli stessi.

Preme quindi rappresentare lo scenario che si sta delineando:

1. Per i gestori i cui servizi sono “a totale carico del Fondo Sanitario” una perdita economica che, progressivamente, renderà impossibile continuare a erogare le attività; tra tutti si cita l'esempio delle

---

<sup>1</sup> Dal 2020 Regione Lombardia ha riconosciuto aumenti delle tariffe sanitarie (non per tutte le UdO), peraltro su importi fermi da oltre un decennio, pari a circa l'8% a fronte di un incremento dei costi, nel medesimo periodo, che sfiora il 20%.

Cure Intermedie, escluse da tutti i provvedimenti di revisione tariffaria in vista di una riforma ventilata ormai da anni e di cui non si conosce l'evoluzione;

2. Per i gestori i cui servizi sono "in compartecipazione", ovvero con una parte dei costi a carico dei Comuni e/o delle persone, un progressivo incremento degli oneri a loro carico percentualmente sempre maggiore rendendo evidente, sempre di più, come l'attuale copertura dei costi prevista a carico del Fondo Sanitario sia inadeguata rispetto ai costi sostenuti dai gestori.

Riteniamo pertanto necessario in apertura del mandato, che questa legislatura riparta dal confronto con le Associazioni con l'obiettivo comune di individuare le azioni per la messa in sicurezza del sistema, attraverso la conferma delle misure di salvaguardia dei budget, la proroga alle deroghe sui mix assistenziali, l'allineamento della remunerazione per utenza non tipica (es. ospiti ex DGR 5000/2007), mentre vengono avviati i processi di riforma delle singole reti che partano dall'analisi del bisogno accolto e mettano a sistema le competenze acquisite dagli Enti.

### **AREA OSPEDALIERA E DELLA RICERCA SCIENTIFICA**

La riforma del Terzo Settore ha disegnato un ruolo specifico per gli ETS e le Imprese Sociali nell'ambito del rapporto pubblico privato. Troppo spesso questa normativa viene considerata limitata a piccole realtà costituite su base volontaristica, gli enti del terzo settore sono invece (anche) **strutture di estrema rilevanza** nel sistema erogativo del welfare lombardo. Investire nel terzo settore significa avere la certezza di massimizzare il trasferimento di risorse direttamente al cittadino/assistito e in questo senso le nostre strutture **si distinguono nettamente dal privato for-profit** con cui troppo spesso si suole identificare l'intero sistema erogativo non pubblico.

In questo contesto operano tra gli altri gli **Ospedali Classificati**. Si tratta di strutture non profit per missione, collocate statutariamente all'origine del Sistema Sanitario Nazionale, eppure oggi il regolatore pubblico tende, per semplicità, a sovrapporle a comuni ospedali privati, senza valorizzarne la natura sussidiaria al sistema pubblico.

Le nostre strutture perseguono la missione di **porre l'assistenza e la ricerca scientifica a disposizione di tutti**, offrendo un **servizio essenzialmente pubblico**. Questo ruolo viene spesso frainteso in modo riduttivo e formalistico. **Non siamo erogatori privati di prestazioni sanitarie**, questa descrizione tradisce la nostra identità e il nostro modo concreto di operare e ci accomuna indebitamente a soggetti che si muovono in una logica profit, pienamente legittima, ma nella quale non ci riconosciamo.

Pertanto l'invito è quello di riconoscere il **ruolo, sussidiario al pubblico e non in competizione con lo stesso, delle strutture socio sanitarie no profit** nelle seguenti forme:

- Le nostre strutture svolgono attività che spesso il privato profit tende ad evitare in quanto **poco remunerative e spesso non programmabili**. Si tratta, a titolo esemplificativo, della chirurgia oncologica, della chemioterapia, delle diagnosi urgenti (Stroke/Stemi), delle Terapie Intensive Neonatali, delle pediatrie, dei Parto, dell'attività in emergenza/urgenza di alta specializzazione, della riabilitazione specialistica di alta specializzazione.  
Si ritiene che almeno una **quota parte di questa attività e le relative funzioni non tariffate possano essere finanziate al di fuori del budget di produzione**.

- Le strutture no profit hanno bisogno delle **condizioni indispensabili** per veder garantita nel tempo la propria sopravvivenza, che non significa remunerare il capitale, bensì poter **fare investimenti nelle strutture, nelle apparecchiature, nella ricerca e nell’assistenza** nell’ambito di un quadro normativo di riferimento stabile. Sarebbe auspicabile l’introduzione, nell’ambito degli strumenti legislativi disponibili, di **finanziamenti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici in coerenza con gli obiettivi Regionali**. Da **questo punto di vista, l’ultimo bando no profit in conto capitale assegnato risale al lontano 2009**.
- Si segnalano in particolare le delibere di inizio 2022 sui tempi di attesa, in particolare la 6255 dell’11/04/2022 (penalizzazione per tempi di attesa **prestazioni non oncologiche**), e le loro potenziali conseguenze. Per perseguire l’obiettivo di ridurre le liste d’attesa, tali delibere tentano di introdurre incentivi monetari per le strutture ospedaliere, principalmente penalizzando i ritardi nelle prestazioni. **Tale delibera porta alla riduzione delle risorse a disposizione delle strutture ospedaliere di riferimento, ovvero quelle che attraggono più pazienti** ma che, avendo budget limitati, non possono soddisfare la domanda nei tempi desiderati e per questo hanno liste d’attesa più lunghe. Dal momento che presumibilmente i pazienti preferiranno rivolgersi a tali strutture anche in futuro, anche dovendo aspettare più a lungo che altrove, specialmente per cure ad alta complessità, il risultato sarà quello di penalizzare le migliori strutture e, in ultima analisi, i pazienti stessi.

### **AREA ANZIANI E DISABILI**

Le criticità, nel sistema dei servizi sociosanitari, portate drammaticamente in evidenza dall’epidemia COVID-19, si inseriscono in un contesto di sofferenza complessiva del sistema sociosanitario, che, in larga misura preesistevano e che si sono manifestate in modo più evidente e drammatico. Un sistema, fatto di servizi dedicati alle persone fragili, che inevitabilmente costituisce una parte fondamentale del sistema dei servizi territoriali, che nel corso degli anni si sono rivelati residuali rispetto al sistema dei servizi ospedalieri il cui disegno complessivo risale a 20 anni fa ha costretto nostri Enti a lavorare con bisogni nuovi, in rapida evoluzione, e con nuove aspettative degli utenti in servizi caratterizzati da forti rigidità definite in un tempo passato.

Nel tempo la richiesta degli utenti si è spostata da una domanda di “prestazioni” destinate a rispondere a specifici bisogni alla richiesta di percorsi “condivisi” e attenti alle dimensioni personali connesse alla relazione di “aiuto”. **Oggi più di ieri ci viene chiesto di essere servizi “attenti” alle persone e alle loro famiglie più che ai semplici bisogni di natura sociosanitaria.**

Abbiamo bisogno di una programmazione che dia una prospettiva temporale che consenta di organizzare i servizi realizzando gli investimenti in tutte le aree di intervento, e questo confronto deve considerare il sociosanitario non come un erogatore di prestazioni ma come un attore con cui co-progettare e co-costruire quella dimensione del **territorio accogliente, capace cioè di farsi carico delle persone fragili e delle loro famiglie.**

All’interno di tale scenario, si evidenziano alcune delle tematiche più rilevanti per ARIS e UNEBA e i propri associati, che dovranno trovare spazio nella programmazione regionale.

### **Finanziamento del Sistema**

Il settore socio sanitario necessita di maggiori risorse finanziarie e del superamento della stagione delle sperimentazioni gestionali. Occorre definire e stabilizzare il contratto di filiera per ogni ente gestore e introdurre il budget di fragilità per ogni struttura e per ogni gestore. Incrementando le risorse in aderenza ai bisogni territoriali.

Occorre un piano di budget triennale nel quale ogni ente sia sviluppatore di risorse e di dimensione sociale nel territorio in stretta sinergia con la Pubblica Amministrazione e il mondo dell'associazionismo e del volontariato (Terzo Settore in chiave moderna). Il piano triennale di budget (unitamente al contratto triennale di filiera) rappresenta il budget di fragilità che ogni ente, nel suo territorio di appartenenza, deve condividere con il Piano di Zona, con la Conferenza dei Sindaci e con l'ASST/ATS (distretto, COT, Casa della Comunità) locale portando "a terra" e concretamente la rete socio sanitaria e la vera e reale integrazione. **Ogni budget di fragilità è diverso ente per ente, deve essere flessibile, variabile, modulare e personalizzato perché deve contenere ciò che ha bisogno il territorio partendo dai settori e servizi residenziali e contenendo almeno un servizio a filiera; si supera il paradigma degli accreditamenti settoriali a "silos" e il girovagare degli accreditamenti sul territorio regionale.** L'ente deve restituire al territorio la dimensione sociale, valoriale e dei servizi (contenendo i costi e le tariffe) rispetto a quanto il territorio ha fornito per la nascita e lo sviluppo di ogni ente, anche partendo dall'occupazione lavorativa.

### **Residenzialità per disabili**

Il sistema di Regole approvato per il 2022 nell'area della disabilità, definisce l'avvio di un processo di ridefinizione complessiva della rete degli erogatori, con inclusione dei gestori sociosanitari attraverso la riorganizzazione dei servizi domiciliari e la rideterminazione delle forme di residenzialità: quello enunciato è un percorso fondamentale che tuttavia non sembra aver trovato la sua applicazione nei tempi definiti: la definizione delle politiche sociosanitarie, già dal 2023, deve ripartire da qui tenendo in debito conto l'estrema differenziazione di bisogni nell'area della disabilità. Le risposte devono essere pensate per poter accogliere bisogni che vanno dal disturbo grave del comportamento, alle forme di disabilità acquisita, agli esiti di incidenti o a patologie degenerative: 5 profili di fragilità, identici per qualsiasi setting assistenziale, non rendono giustizia alla molteplicità di bisogni che sottende alle varie forme di disabilità.

È urgente ripensare a tutte le forme di residenzialità, a partire dalle CSS, che rappresentano un modello ormai non più sostenibile, fino alle RSD; ed è essenziale avviare un percorso analogo a quello dell'area anziani: aprire le residenze, potenziare l'assistenza domiciliare e i servizi semiresidenziali. Occorre però non cadere nel rischio di considerare i servizi per disabili come servizi per anziani giovani: i bisogni sono diversi, le reti familiari di un disabile e di un anziano sono profondamente diverse e le risposte che il sistema deve dare devono essere altrettanto diverse.

### **RSA E NON SOLO: IL PASSAGGIO A MULTISERVIZI**

Ed è ragionando in termini di prossimità che le nostre strutture possono e devono assumere un ruolo attivo non solo nella programmazione ma anche nell'erogazione di prestazioni specialistiche, focalizzate e calibrate sulla cronicità e sulle grandi fragilità. Le nostre strutture, a partire dalle RSA passando per la rete delle Unità d'Offerta per la disabilità (RSD o Comunità alloggio) per passare alla rete dei Servizi dedicati ai minori fino ad arrivare ai servizi per le persone in fase avanzata della malattia o dedicate a persone con dipendenze o della psichiatria, lavorano da tempo in un'ottica di filiera che, negli ultimi anni, si è sviluppata sempre più verso il



continuum assistenziale. ***Noi pensiamo che le strutture ed i servizi oltre che essere una risposta a specifici bisogni di specifiche persone siano un patrimonio del territorio capace di realizzare sinergie e comunicazioni tra i cittadini e i servizi in una logica nella quale sia possibile porsi, per i servizi – divenuti multiservizi – in relazione d’aiuto con le famiglie e le persone fragili.***

### ***Stabilizzazione delle sperimentazioni nell’area della riabilitazione minori e autismo***

Il percorso fatto con Regione Lombardia nell’area della riabilitazione minori e autismo è articolato e ricco di risultati, tuttavia la strada da compiere è ancora lunga. Il 2023 deve vedere il consolidamento del lavoro del tavolo tecnico costituito per la definizione delle regole di stabilizzazione delle sperimentazioni relative alle misure dedicate all’autismo (ex dgr 3239, ex dgr 392 e dgr 63). In attesa della definizione del percorso di stabilizzazione, stiamo assistendo a comportamenti non omogenei sui territori che, in alcuni casi, vedono pervenire richieste da parte delle ATS di regolarizzazione delle sedi di erogazione delle prestazioni ex dgr 3239, ex dgr 392 e dgr 63 procedendo a presentare, in assenza di diverse autorizzazioni già in essere, istanza di autorizzazione sanitaria come ambulatorio. Pur condividendo la necessità di intervenire anche in tale ambito, si ritiene necessaria la definizione di una normativa chiara prima di richiedere agli Enti di effettuare interventi strutturali di adeguamento spesso costosi e non sempre in linea con le prestazioni effettivamente rese, definendo, inoltre, tempi molto stretti e incompatibili con le azioni richieste.

### ***Cure Intermedie***

Le Cure Intermedie sono state escluse da tutti i provvedimenti di revisione tariffaria in vista di una riforma, ventilata ormai da anni e confermata con la recente DGR 7758, con conseguente importante compromissione della sostenibilità di tale attività. È ormai urgente procedere con una riforma che sblocchi la pesante situazione di stallo in cui si trovano molti Enti, tuttavia il percorso non può riprendere confermando le ipotesi elaborate nel 2019.

Occorre considerare alcuni aspetti fondamentali:

- la pesante carenza di personale di interesse sanitario, in particolar modo infermieri, che renderebbe insostenibile la gestione di nuove forme di degenza basate essenzialmente sulla presenza di figure infermieristiche;
- la riconversione dei posti che si configurano, all’oggi, come cure intermedie in altra tipologia di unità d’offerta, comporterebbe una drastica riduzione di tutto l’ambito e al significativo ridimensionamento della riabilitazione estensiva ex art. 26;
- l’ipotesi organizzativa contenuta nella DGR 2019 del 2019, avrebbe richiesto alle UdO di Cure Intermedie di riclassificare la propria attività con requisiti strutturali ed organizzativi che sono poi stati ripresi ed estesi agli Ospedali di Comunità. Se, quindi, la tipologia di bisogno inizialmente riconducibile alle Cure Intermedie è stata individuata come target principale degli Ospedali di Comunità, a quale tipo di bisogno sono chiamate, ora, a rispondere le Cure Intermedie?

### **AREA DELLE CURE DOMICILIARI**

Il Sistema Sanitario Nazionale (evoluzione Legge Delega sulla Non Autosufficienza “Paglia” sulla presa in carico dell’anziano a domicilio) ha finalmente corretto la diatriba iniziale e strumentale portando il dibattito da “contro le RSA” a “non tutto è Rsa”.

## Una Riforma che non separa, ma integra e unisce

Un sistema dedicato alla non autosufficienza, quello che nasce dalla Riforma, che non si pone come separato ed escludente ma come compositivo e inclusivo. Facendo perno sulla condizione di non autosufficienza, la Riforma chiama alla convergenza gli attuali sistemi sanitario, sociale e assistenziale, ponendo loro le tre questioni fondanti della governance multilivello unitaria (il sistema), della prevenzione e promozione della salute (gli anni in salute), dell'assistenza di lungo periodo (appropriatezza e consistenza dei servizi).

È il riflesso dell'esigenza di creare un sistema di risposte ai bisogni complessi della non autosufficienza basato su un mix di cura, assistenza, tutela e sostegno, da assicurare nel lungo periodo.

Se è vero, comunque, che le cure domiciliari sono il primo luogo di cura, riteniamo che il Sistema Sanitario Lombardo che ha generato la libera scelta come criterio di erogazione, sostituendo la disciplina di gare e appalti dal lontano 2002 (ad oggi imitato solo da un paio di anni dal Lazio), abbia una grande debolezza nel sistema di procedure e burocrazia nel processo informativo ed autorizzativo paziente/erogatore/ATS.

La spesa per sede/personale di sede/attrezzature non sanitarie è aumentata nell'ultimo quinquennio del 300%! Questo impedisce una remunerazione adeguata agli erogatori (infermieri, OSS e fisioterapisti) che di fronte ad un'offerta di lavoro ampia, articolata e più remunerativa scelgono un altro ambito lavorativo.

Ridurre la burocratizzazione dei processi alleggerendola con interoperabilità informative è la prima necessità per ottimizzare tempo e risorse.

Di seguito alcune proposte operative che potrebbero essere il tema di tavoli tecnici volti a portare un contributo utile ad integrare e facilitare il processo di presa in carico della persona malata e della sua famiglia rispetto al sistema attuale:

- la possibilità per gli enti erogatori con contratto C-Dom e sede riqualificata in ATS di accreditarsi con il riconoscimento di un contratto di budget CP-Dom , calcolato sulla necessità territoriale
- l'individuazione di un profilo CP-Dom a bassa intensità con CIA inferiore a 0.2 che consenta la presa in carico precoce e la valutazione della evoluzione della malattia
- in pazienti con malattie croniche degenerative attivare la rete di sostegno sanitario, sociosanitario e sociale anticipando le problematiche, coinvolgendo la persona malata e la sua famiglia sulla evoluzione della malattia e sulle diverse soluzioni adottabili non da ultimo sulla possibilità di redigere le Disposizioni Anticipate di Trattamento
- possibilità di avere un profilo di consulenza palliativa all'interno di strutture sociosanitarie
- un riconoscimento aggiuntivo per le visite mediche specialistiche domiciliari in modo da ampliare l'offerta da proporre al domicilio
- riconoscimento dei requisiti gestionali e organizzativi che sia regionale, quindi una sola vigilanza per tutte le sedi ATS (procedure, protocolli, sono gli stessi ovunque...)
- requisiti strutturali, una vigilanza in loco e poi a scadenza invio revisioni on-line
- maggiore chiarezza quale ruolo assumerà l'"ente erogatore pubblico"
- cartella clinica semplificata
- per pazienti fragili lavorare a progetti e non ad accessi con integrazione dei diversi servizi disponibili sul territorio
- implementare l'empowerment del paziente e della sua famiglia
- percorsi facilitati presso i laboratori di analisi delle ASST per gli infermieri domiciliari (consegna provette e campioni)
- presa in carico del paziente senza autorizzazione preliminare dell'ASST in caso di urgenze o di dimissioni dall'ospedale effettuate nei fine settimana o nei gg festivi.

Siamo quindi disponibili a collaborare fattivamente con Regione Lombardia per migliorare e ottimizzare le risorse a disposizione, nell'ottica di poter erogare un servizio sempre più vicino e centrato sui bisogni della persona malata e dei suoi caregivers.

Da ultimo, Regione Lombardia ha tra i suoi obiettivi per i prossimi anni quello di garantire l'assistenza territoriale (domiciliare) ad almeno il 10% degli ultrasessantacinquenni e per arrivare a questo obiettivo serviranno risorse aggiuntive al sistema, che in questo momento, Regione da sola non è in grado di garantire. Il mondo degli erogatori ARIS e UNEBA è ovviamente a disposizione per contribuire con le proprie unità d'offerta ad imprimere la necessaria accelerazione alle prese in carico garantendo così il raggiungimento degli obiettivi del PNRR per i prossimi anni.

### AREA DELLE CURE PALLIATIVE

In un momento di rapida evoluzione del contesto socioeconomico e familiare, di fronte alla prevalenza di condizioni di cronicità avanzata e progressiva, lo sviluppo delle cure palliative lombarde può assumere un ruolo strategico nel promuovere continuità, appropriatezza ed efficacia nei percorsi di cura delle persone malate.

I punti che seguono costituiscono un aggiornamento del documento congiunto redatto con ARIS, SICP e FCP in occasione del convegno del 9-11-2022 e delineano gli aspetti economici e di programmazione che riteniamo prioritari per lo sviluppo di Reti di Cure Palliative efficienti, integrate e capaci di dare risposte ai nuovi bisogni dei cittadini lombardi:

#### **A. Aspetti economici e contrattuali**

Il contesto nel quale si determina la gestione dei servizi di cure palliative in regime residenziale (Hospice) e domiciliare (UCP-DOM) è fortemente condizionato da tre fattori di incertezza:

1. Una tendenziale **crescita della domanda** di cure palliative e una forte **variabilità** della stessa, che determina casi di iper-produzione e ipo-produzione rispetto al budget.
2. **La carenza di personale sanitario**, particolarmente sentito in un contesto a forte valenza sanitaria, caratterizzato dalla prevalenza delle prestazioni mediche e infermieristiche.
3. Una dinamica dei **costi**, legati **all'inflazione**, che mette a forte rischio la sostenibilità dei servizi, in particolare per le UdO che non prevedono la compartecipazione dell'utenza.

Si rende pertanto necessario intervenire sui seguenti ambiti:

1. Il **mantenimento dei budget** anche per il 2024. Il riconoscimento e la storicizzazione delle prestazioni in **iper-produzione** rispetto al budget, in particolare per le cure domiciliari (UCP-DOM).
2. **L'adeguamento delle tariffe** e di budget in coerenza con i livelli di **inflazione** certificati dall'ISTAT.

## **B. Programmazione**

In coerenza con le delibere 6387/2022 (Regole 2022) e 7758/2022 (regole 2023) che prevedono che sia portato a compimento il processo di implementazione delle cure palliative delineato dalla Dgr X/5918/2016, si propone quanto segue:

### **1. Ampliamento della gamma dei profili d'offerta:**

- a) **Rimodulazione dei profili UCP-DOM** (cure palliative domiciliari) per una maggiore flessibilità della presa in carico.
  - b) Sviluppo del profilo **“ambulatorio territoriale di cure palliative”** presso le Unità d'offerta pubbliche e private accreditate, in forte integrazione con le Case di Comunità.
  - c) Sviluppo del profilo **“consulenza di cure palliative”** da parte delle Unità d'Offerta pubbliche e private accreditate,
2. **TELEMEDICINA:** L'integrazione della **telemedicina** e in particolare del Teleconsulto e della Televisita medica nell'ambito della presa in carico in UCP-DOM, nei due livelli base e specialistica, in continuità con quanto previsto con la Deliberazione n. 6867 del 02.08.2022 per l'Assistenza Domiciliare Integrata.
3. **CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE:** sviluppo della rete regionale e locale di **cure palliative e terapia del dolore pediatriche:** identificazione del bisogno, definizione di specifiche modalità organizzative e di modelli erogativi che prevedano anche l'integrazione tra l'offerta di Cure Palliative e quella ADI.

Al fine di massimizzare l'efficacia delle reti di cure palliative si propone inoltre:

1. la tempestiva riattivazione del **Tavolo di lavoro su “qualità e appropriatezza in cure palliative”**, in collaborazione con le UOC Vigilanza e Controllo delle ATS e una rappresentanza degli Enti Erogatori, per una revisione complessiva degli indicatori e degli strumenti di monitoraggio, controllo e promozione della qualità dei Servizi e dei percorsi di cura.
2. L'avvio di un tavolo finalizzato a assicurare le necessarie competenze di **cure palliative nelle strutture di prossimità** attraverso il pieno coinvolgimento delle UdO residenziali e domiciliari di cure palliative della rete locale.

## **AREA MINORI**

### **AMBITO SOCIALE (comunità educative)**

Le comunità educative per minori stanno vivendo un periodo di grande criticità per problemi di sostenibilità economica, per la mancanza di educatori e per il crescente disagio psichico nei minori accolti. Tutto ciò ha portato alla chiusura di diverse comunità educative e alla conseguente mancanza di posti per rispondere ai bisogni segnalati dal Tribunale.

Ringraziando per il lavoro fatto in questi anni con la DG Famiglia, Solidarietà sociale e pari opportunità, chiediamo un tavolo condiviso tra Assessorato alla famiglia e Assessorato al Welfare per proseguire l'interlocuzione ripartendo da alcune tematiche centrali e a nostro avviso non più rinviabili:

### **1. STRUTTURAZIONE DELLE LINEE GUIDA E DELLE PROCEDURE PER L'ACCOGLIENZA DI MINORI CON DISAGIO PSICHICO IN UNITA' DI OFFERTA SOCIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI.**

Come rete delle unità di offerta sociale (Aris, Uneba, CNCA, ACI Welfare, Caritas) chiediamo che venga definita la procedura per avere accesso all'integrazione della quota sanitaria a favore di minorenni con disagio psichico in comunità educativa. Tale misura trova la propria legittimità a partire da quanto previsto dalla DGR 7600/17 (regole di sistema 2018), reiterata dalle successive regole di sistema fino ad oggi.

### **2. COMUNITÀ INTEGRATA (O POTENZIATA) PER MINORI COME NUOVA UDO SOCIALE CON INTEGRAZIONE SANITARIA.**

Nelle nuove regole di sistema 2022 è previsto l'avvio di un tavolo tecnico per la nascita, da diversi anni invocata, di una nuova unità di offerta educativo/sanitaria (cfr. pilastro 4 Centri di prevenzione al disagio) che prevedono un potenziamento da un punto di vista sanitario delle prestazioni erogate a livello educativo. Ci auguriamo che questo lavoro parta il prima possibile e che vengano destinate le risorse necessarie.

### **3. CARENZA DI PERSONALE EDUCATIVO**

la DGR 6443/2022 ha rappresentato un importante esito del lavoro congiunto con Regione portando alla deroga dei titoli di studio necessari per il personale socio educativo in relazione ad alcune unità di offerta, tra cui le comunità educative, aprendo alla possibilità di assumere anche personale con altri titoli.

Tale deroga è tuttavia transitoria e ha solo parzialmente contribuito a ridurre il problema. Insieme al Forum del terzo settore e Caritas stiamo condividendo una riflessione su questo tema anche con il coinvolgimento delle Università ma è necessario riaprire lo scambio con Regione per giungere ad una più chiara soluzione condivisa nel rispetto sia delle responsabilità di sistema e di governo, che della formazione professionale.

### **4. RETTE CHE DEVONO PERMETTERE I COSTI MINIMI DI ESERCIZIO**

Il sistema delle rette attuali per le comunità educative per minori è insufficiente a garantire gli standard di accoglienza e l'onere di garantirli viene sbilanciato sulle spalle degli enti gestori. Esiste inoltre in Regione Lombardia una significativa diseguaglianza tra le rette erogate dai comuni, a parità di servizio richiesto; Emblematiche sono le rette del comune di Milano per le comunità educative e per gli alloggi per l'autonomia non sufficienti a coprire i costi minimi previsti, peraltro, dagli standard regionali.

Riteniamo necessario avviare un lavoro congiunto orientato non solo a rivedere le tariffe identificando criteri minimi per la definizione delle rette ma anche e soprattutto a ripensare il ruolo per questi servizi definendo strade che tengano insieme le diverse esigenze rispetto ai costi, alle tariffe ma anche alla qualità dei servizi e ai diritti dei minori. Siamo consapevoli che questo lavoro richiede le partecipazioni di più interlocutori e chiediamo a Regione Lombardia di farsi promotore dell'attivazione di tale tavolo (insieme a noi, al Forum del terzo Settore e Caritas) per ripensare al modello delle comunità educative in una logica di sostenibilità, appropriatezza ed efficacia.

### **AMBITO SANITARIO (comunità terapeutiche di neuropsichiatria per Adolescenti)**

Aris e Uneba insieme ad ACI welfare ed altri rappresentanti delle strutture residenziali di neuropsichiatria infantile ha partecipato al tavolo di lavoro che ha portato alla DGR 7752 /22.

Nonostante il lavoro condiviso, la maggior parte degli Associati Aris e Uneba, che rappresentano una percentuale molto significativa delle strutture terapeutiche di neuropsichiatria infantile lombarde, segnalano il bisogno di alcune rettifiche, nei seguenti punti:

- La necessità del riconoscimento degli psicologi nella quota sanitaria all'interno del 60% (e non come attualmente nel 40%), non solo per la carenza assoluta di educatori sanitari, TERP e infermieri ma anche per svolgere un lavoro di qualità e interdisciplinare.
- Rispetto alla presenza notturna, alla luce della nostra documentabile esperienza, è sufficiente un solo operatore per 10/12 ragazzi, non solo per evitare lo spreco di risorse ma anche per poter utilizzare tali presenze durante il giorno. Di notte infatti le emergenze (rare) sono sicuramente più relazionali che medico infermieristiche, garantite dalla reperibilità di un altro operatore e del medico specialista
- Con questa DGR vengono a mancare le strutture ad alta intensità di cure (ad eccezione di un posto letto per struttura, tematica che andrà approfondita durante la sperimentazione)
- Infine riteniamo necessario che ogni ATS interpreti in modo univoco e uguale per tutti i requisiti della riclassificazione in modo che la sua applicazione sia omogenea su tutto il territorio lombardo.

---

*"La Parola di Dio è sempre illuminante e contemporanea. Non solo nella denuncia, ma anche nella proposta. La conclusione della parabola del Buon Samaritano, infatti, ci suggerisce come l'esercizio della fraternità, iniziato da un incontro a tu per tu, si possa allargare a una cura organizzata. La locanda, l'albergatore, il denaro, la promessa di tenersi informati a vicenda (cfr Lc 10,34-35): tutto questo fa pensare al ministero di sacerdoti, al lavoro di operatori sanitari e sociali, all'impegno di familiari e volontari grazie ai quali ogni giorno, in ogni parte di mondo, il bene si oppone al male."*

FRANCESCO, messaggio per la XXXI Giornata Mondiale del Malato 2023.

Milano, 21 aprile 2023

UNEBA LOMBARDIA

IL PRESIDENTE

LUCA DEGANI

ARIS LOMBARDIA

IL PRESIDENTE

NICOLA SPADA