

## **CONVEGNO UNEBA: INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA**

### *Programmazione socio sanitaria: scenari e percorsi possibili per il sistema socio sanitario.*

La programmazione è uno strumento di governo fondamentale soprattutto quando si opera in contesti caratterizzati da risorse limitate e non coerenti con i bisogni. Se digitate su un motore di ricerca qualsiasi la frase “programmazione socio sanitaria regione Lombardia” vi compaiono una serie di pagine dedicate alla DGR delle regole: possiamo davvero definire una delibera che quando va bene viene approvata la settimana di Natale, uno strumento di programmazione? Una visione al massimo su scala annuale consente davvero ai nostri Enti di programmare le proprie attività, gli assetti organizzativi e gli investimenti?

In uno degli ultimi incontri svoltisi in Regione, il DG Welfare ci ha detto che chiediamo sempre soldi e aumenti tariffari...questo credo sia inevitabile perché navighiamo a vista e non abbiamo certezza delle risorse che ci verranno assegnate; se potessimo muoverci in un contesto programmatorio almeno triennale, con una chiarezza di risorse e linee di sviluppo del sistema, potremmo lavorare su altri aspetti di governo del sistema.

L'ultimo piano socio sanitario regionale è stato approvato nel novembre 2010...quasi 13 anni fa e in questi 13 anni abbiamo affrontato una crisi economia, una pandemia, una nuova crisi economica, la crisi del reperimento delle professioni sanitarie, un'evoluzione rapida e importante dei bisogni, una riforma sanitaria, una guerra, il PNRR...

Direi che ci sono abbastanza ingredienti per farci dire che l'annunciata approvazione entro l'anno di un nuovo PSSR è la notizia che stavamo aspettando (oltre all'incremento delle tariffe ovviamente!).

### **Cosa chiediamo al nuovo PSSR?**

L'individuazione di un percorso di medio lungo termine che poggi su una redistribuzione delle risorse in un'ottica di ottimizzazione del loro utilizzo e riduzione

degli sprechi. Durante il laboratorio sanità che si è svolto a Bergamo il 14 e 15 giugno, l'Assessore Bertolaso ha dichiarato che la prima cosa che regione Lombardia chiederà al ministero è un rifinanziamento del sistema: occorre passare dall'attuale 6.3% del PIL ad un valore sovrapponibile alla media OCSE dell'8.8%. Questa richiesta è stata portata all'incontro dei Presidenti delle Regioni con il ministro della salute Schillaci lo scorso 21 giugno e al termine dell'incontro il ministro si è detto soddisfatto, sottolineando come accanto alla necessità di avere più fondi ci sia la necessità di usarli bene. E mentre il governo prosegue nei lavori, ci aspettiamo che il nuovo PSSR sia il punto di partenza per una concreta valorizzazione delle risorse presenti nei territori: per cambiare non occorre necessariamente stravolgere un sistema, spesso occorre solo fare meglio quello che facciamo, partendo dai dati, dalle informazioni e dalle esperienze di cui disponiamo. Dobbiamo agire per mettere in sicurezza il nostro sistema.

L'obiettivo del confronto odierno credo sia quello di riuscire a mettere a fuoco qualche elemento che dovrà necessariamente trovare spazio nel nuovo documento programmatico. Proverò quindi solo a dare qualche spunto rinnovando, come sempre, la richiesta di UNEBA e ARIS di essere parte attiva del processo di programmazione.

## Da dove dobbiamo partire?

Alcuni elementi di metodo

***Dati → individuazione delle aree di bisogno (aree strategiche) → identificazione di obiettivi → identificazione degli strumenti/risorse → pianificazione delle azioni → individuazione di indicatori di valutazione/tempi e strumenti di verifica***

***Dati:*** il punto di partenza è senza dubbio un'analisi di contesto e una lettura critica dei dati ma non bisogna limitarsi al mero dato demografico. (Gli ultra65enni in Lombardia nel 2022 erano 2.304.000 ovvero il 23% della popolazione ma quanti di questi lavorano ancora e godono di ottima salute? È corretto calcolare l'indice di fabbisogno dei servizi basandosi solamente su questo indicatore?) L'evoluzione dei bisogni richiede una lettura più complessa che incrocia dati anagrafici, sociali, geografici, economici...la programmazione regionale deve essere declinata a livello locale perché è diverso calcolare un indice di fabbisogno in un territorio urbano ad alta densità di popolazione rispetto ad un territorio montuoso caratterizzato da una minor densità. Lo abbiamo visto per le Case di Comunità: 1 ogni 100.000 abitanti sul territorio della città metropolitana di Milano porta alla presenza di più CdC, lo stesso indice applicato in provincia di Salerno, ad esempio, richiede di unire più di una dozzina di comuni per

raggiungere la popolazione target, con conseguente compromissione del criterio della prossimità.

Se c'è una cosa che non manca in Regione Lombardia sono proprio i dati: le nostre strutture dedicano moltissime risorse all'elaborazione dei dati, prevalentemente quantitativi probabilmente ma non dimentichiamoci che le commissioni di vigilanza che effettuano le verifiche di appropriatezza dispongono di un patrimonio di dati sui bisogni e sugli interventi preziosissimo. Occorre tuttavia individuare strumenti per "misurare" le aree di bisogno non espresso o che, comunque, non arriva ai servizi.

Dobbiamo partire dai territori, dai servizi e dalle esperienze che rappresentano un osservatorio privilegiato e "prossimo" al luogo dove il bisogno si manifesta.

Partiamo dalle aree, dai bisogni, dai servizi esistenti e dal ruolo che potrebbero svolgere per tracciare percorsi possibili che portino non all'organizzazione di risposte pre confezionate e rigide ma alla definizione di modelli di presa in carico flessibili che accompagnino l'utente e la sua famiglia: basta scatolette ed incompatibilità perché i bisogni sono complessi. Per superare le incompatibilità l'accento va posto sulla valutazione e sui criteri con cui viene condotta. Vanno bene le Case di Comunità ma non senza il coinvolgimento del sociosanitario: non basta un poliambulatorio ma un punto nel territorio che si occupi della presa in carico a 360°.

Facciamo un piccolo esperimento: vi leggo un breve testo e vediamo chi riesce a capire, ...o chi sa perfettamente, da dove l'ho tratto:

*“Gli ultimi anni sono stati caratterizzati, oltre che da una crisi economica senza precedenti, da rapide e profonde modificazioni della struttura sociale, da un indebolimento dei valori educativi, da un basso indice di natalità, da un progressivo invecchiamento della popolazione e dalla cronicizzazione delle malattie. Questi fattori, insieme ad altri, favoriscono da un lato l'aumento di fasce “fragili” di popolazione e dall'altro l'emergere di bisogni più articolati e complessi sia da parte dell'individuo sia della famiglia. Si rende, perciò, necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo di costruzione del proprio percorso di vita. E' sempre più necessario, quindi, un approccio sinergico, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del prendersi cura”*

E ancora, tra gli obiettivi strategici :

- *implementazione di politiche innovative per migliorare l'attrattività e facilitare il reperimento del personale infermieristico, attraverso il riconoscimento di risorse aggiuntive regionali per obiettivi di miglioramento dei servizi all'utenza;*
- *valorizzazione del ruolo dei MMG, dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti ambulatoriali,*
- *definizione e razionalizzazione dei fabbisogni del personale medico specializzato nelle diverse discipline e individuazione di un modello predittivo a supporto della programmazione stessa;*
- *miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno dei diversi profili professionali/specialistici del personale dei servizi socio sanitari in relazione ai bisogni emergenti della popolazione rilevati attraverso il contributo degli osservatori;*
- *valorizzazione del personale operante nelle unità d'offerta socio sanitarie accreditate e gestite dal privato anche attraverso accordi tra le parti, organizzazioni sindacali, datori di lavoro e Regione, per la sperimentazione regionale della contrattazione di secondo livello;*
- *definizione e razionalizzazione del fabbisogno di Operatori Socio Sanitari (OSS) e Ausiliari Socio Assistenziali (ASA)*

Da dove ho preso queste parole?...dal PSSR del 2010!

Il PSSR del 2010, riletto con la consapevolezza di oggi, conteneva delle intuizioni importanti declinate sottoforma di dichiarazione di intenti, alcune delle quali sono state poi riprese in atti specifici. Personalmente trovo che fosse eccessivamente sbilanciato verso il sistema sanitario (di 41 pagine solo 3,5 sono dedicate al sociosanitario...) e questo oggi non ce lo possiamo più permettere: ancora una volta, oggi, sosteniamo con forza il ruolo strategico del sistema sociosanitario per l'intero sistema sanitario regionale. Sicuramente dobbiamo continuare a chiedere un rifinanziamento del sistema ma nel frattempo l'unica soluzione possibile è valorizzare il ruolo del sistema sociosanitario come partner del percorso di cura e valvola di sfogo per ospedali e pronto soccorso, per esempio. E un PSSR deve assumere questo elemento come presupposto di base.

Il nuovo PSSR deve avere una visione sistemica che metta insieme bisogni e risorse disponibili tracciando percorsi anche sperimentali e monitorandone l'impatto economico con l'obiettivo di ridistribuire le risorse tra i nodi cruciali della rete. Sperimentiamo percorsi di reale integrazione tra ospedale e territorio che mettano in rete PS e reparti di medicina con strutture intermedie (nell'accezione più ampia del termine) per l'invio diretto di situazioni clinicamente stabili. Gli ospedali di comunità

nascono per questo ma, perdonatemi, l'ospedale non è geneticamente predisposto ad una presa in carico *globale* dell'anziano e della famiglia e fatica a costruire percorsi di accompagnamento all'interno della rete dei servizi. Il sociosanitario non può essere escluso da questo percorso perché il sistema sanitario non se lo può permettere.

**Prossimità, innovazione, uguaglianza** sono le parole chiave della riforma sanitaria: servono modelli nuovi per andare oltre ad una visione ospedalocentrica e questo non può prescindere dal contributo di tutti gli attori.

Nelle scorse settimane è stato approvato il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile e come sappiamo il documento rappresenta la traccia per l'elaborazione del PSSR e la sua impostazione è allineata con molti degli elementi che ho rappresentato fin qui. Proprio perché il documento rappresenta la traccia del nuovo PSSR, partirei dalla sua lettura per evidenziare alcuni nodi.

Il Programma è costruito su 7 pilastri (collegati ai 17 obiettivi dello sviluppo sostenibile definiti dall'ONU), ciascuno articolato in ambiti strategici (29) a loro volta declinati in obiettivi strategici (112 obiettivi); per ciascun obiettivo sono individuati:

- Azioni
- Portatori di interesse
- Enti del sistema coinvolti
- Indicatori
- Fonti di finanziamento

Di particolare interesse per il nostro settore sono gli ambiti strategici 2.2 e 2.3:

- sostegno alla persona e alla famiglia
- sistema sociosanitario a casa del cittadino da cui emergono le linee di intervento regionale.

Proviamo a leggere gli obiettivi che coinvolgono il Terzo Settore:

### *AMBITO STRATEGICO 2.2: SOSTEGNO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA*

#### *Obiettivo strategico*

Favorire la realizzazione del progetto di vita delle persone con disabilità

#### *Azioni*

Promozione di un sistema integrato di servizi per riconnettere l'offerta esistente con il progetto di vita, fondo unico disabilità per rafforzare il raccordo tra interventi sociali,

sanitari e sociosanitari. L'accento viene posto sugli interventi a sostegno del mantenimento al proprio domicilio, alla partecipazione alla vita comunitaria e al sostegno della vita autonoma.

#### *Punti di attenzione*

Sebbene la linea sia pienamente condivisibile, trascura alcuni elementi fondamentali: la stratificazione del bisogno (complessità), il percorso in atto sulle misure dedicate all'autismo...per rafforzare il raccordo degli interventi vanno tenuti dentro tutti i pezzi del sistema, altrimenti ci riconfermiamo nel consueto modello a silos. Questo aspetto rappresenta indubbiamente un punto di attenzione importante.

#### *Obiettivo strategico*

Promuovere e sostenere la famiglia e i suoi componenti in tutto il ciclo di vita

#### *Azioni*

Potenziamento del "sistema famiglia lombardo" con particolare attenzione al benessere e allo sviluppo socio-emotivo e cognitivo dei minori, potenziare lo sviluppo dei centri per la famiglia per orientare l'accesso ai servizi favorire l'integrazione e la relazione tra pari, attivare interventi di sostegno ai carichi di cura e alla genitorialità con un'attenzione particolare alle situazioni di fragilità anche nell'ottica di contrastare la povertà educativa e relazionale.

#### *Punti di attenzione*

La presenza di componenti fragili all'interno del nucleo familiare si può solo leggere tra le righe e non sono declinate azioni specifiche per questa "fase del ciclo di vita familiare": se questo è l'obiettivo allora dobbiamo pensare ad interventi a sostegno dei giovani adulti schiacciati tra i compiti di cura verso i figli piccoli o i nipoti e quelli verso genitori anziani.

#### *Obiettivo strategico*

Promuovere il Terzo Settore, l'associazionismo e le esperienze di cittadinanza attiva

#### *Azioni*

Sostegno alle attività del TS, assicurandone anche il coinvolgimento attraverso il confronto, la condivisione e la co-realizzazione di interventi e servizi per la comunità

#### *Punti di attenzione*

Grande assente nella declinazione delle azioni per la realizzazione dell'obiettivo è la Co-progettazione: co-progettazione e co-programmazione sono il fondamento per la promozione del TS. Parlare di promozione del TS senza considerare lo strumento principale è un altro elemento di attenzione importante.

## *AMBITO STRATEGICO 2.3: SISTEMA SOCIOSANITARIO A CASA DELLA FAMIGLIA*

### *Analisi di contesto<sup>1</sup>:*

*723 RSA di cui 683 contrattualizzate*

*103 RSD di cui 101 contrattualizzate*

*75 Hospice tutti contrattualizzati*

*36 strutture di cure intermedie tutte contrattualizzate*

*72 strutture di riabilitazione rx art.26 di cui 69 a contratto*

*30 strutture per le cure intermedie a contratto (ex post-acuta)*

### *Obiettivo strategico*

Sviluppare l'offerta di infrastrutture e servizi della sanità territoriale

### *Azioni*

Sviluppo del CdCom e attivazione di nuovi pl in OdCom, rafforzamento tramite le COT dei diversi soggetti che costituiscono la rete territoriale integrando i servizi di assistenza domiciliare, MMG, ambulatori sociosanitari territoriali ed RSA

### *Punti di attenzione*

Il TS non è citato tra gli Enti del sistema regionale coinvolti nella realizzazione delle azioni e la ricchezza di servizi declinata nell'analisi di contesto è sparita: CdCom e OdCom di comunità possono davvero bastare a riempire quell'area che si colora di grigio tra ospedale e territorio?

Lo sviluppo delle infrastrutture (gli indicatori si limitano a contare quante CdCom, OdCom e COT verranno realizzate) deve poi poter essere riempito di contenuti e di professionisti in grado di operare in coerenza ai bisogni.

Solo un esempio: nelle scorse settimane (31 maggio) è stato pubblicato sul corriere della sera ed. Milano un articolo dal titolo "Pazienti parcheggiati in corsia. Il 22% blocca posti per le urgenze": questo è un esempio di come la valorizzazione della rete territoriale sia uno degli strumenti privilegiati, se non lo strumento, per alleggerire la pressione sugli ospedali e sui pronto soccorso. È potenziando la rete di servizi che si colloca tra l'ospedale, ovvero la fase acuta, e il domicilio o la lunga degenza che riduciamo la spesa sanitaria impropria e ancora una volta il sociosanitario può e deve essere un alleato importante. Il problema degli anziani in ospedale, come evidenziato dall'articolo, è sempre più spesso un problema assistenziale e sociale prima e più che

---

<sup>1</sup> I numeri di UNEBA Lombardia:

*Più di 450 strutture, 50.000 pl in RSA, 5.000 posti in CDI, 3.500 pl in RSD, 1.000 pl in CSS, 200 strutture di Cure Domiciliari, 850 pl in Hospice, oltre a Comunità educative e unità di cure intermedie*

sanitario. Valutiamo il bisogno che genera inappropriatelyzza e definiamo i possibili modelli di presa in carico che ne conseguono. Abbiamo 1214 posti letto di Cure Intermedie parcheggiati nel limbo delle riforme promesse...1214 posti che per loro natura si connotano come una rete d'offerta nata per garantire la presa in carico di anziani, e non solo, proprio nella fase intermedia tra ospedale e domicilio. Un malato ricoverato in un reparto di Medicina Interna di un ospedale costa circa €800/€1000 mentre la degenza in CI ne costa poco più di €156,00: che margini di recupero di inappropriatelyzza e risorse su FSR possiamo intravedere?

### *Obiettivo strategico*

Potenziare le cure domiciliari anche attraverso la telemedicina

### *Azioni*

Attivazione della rete d'offerta pubblica e privata nonché della medicina generale per erogare tutti i livelli di intensità, avvio del progetto di sorveglianza domiciliare a favore di >65 in condizioni di cronicità che richiedono un monitoraggio costante (con MMG, IdF, comunità e unità di continuità assistenziale), rimodulazione dei percorsi di erogazione delle CP-dom attraverso il completamento dei livelli di intensità assistenziale, potenziamento dell'infrastruttura tecnologica (anche con fondi PNRR) e anche attraverso l'integrazione con la nuova piattaforma informatica regionale SGDT (sistema di gestione digitale del territorio)

### *Punti di attenzione*

Gli Enti gestori sono considerati portatori di interesse e non enti coinvolti nella realizzazione del percorso. Non si cita la misura RSA Aperta, ripresa in un obiettivo successivo di potenziamento degli interventi per la popolazione fragile, che potrebbe altresì essere parte attiva, con le C-Dom ad esempio nella realizzazione del progetto di sorveglianza domiciliare a favore di >65 in condizioni di cronicità. Se l'obiettivo è ricomporre l'offerta non possiamo spezzettare gli obiettivi e non includere i nodi della rete che già sono protagonisti di alcuni processi.

### *Obiettivo strategico*

Diffondere i servizi di telemedicina sul territorio

### *Azioni*

Implementazione dei servizi di telemedicina su tutto il territorio attraverso la nuova piattaforma unica, integrata, centralizzata

### *Punti di attenzione*

In questo caso il sociosanitario non è considerato né tra i portatori di interesse né tra gli enti coinvolti: ricordiamo che la telemedicina e il fascicolo sociosanitario informatizzato connesso al FSE sono requisiti di accreditamento per le C-Dom; inoltre



i servizi sociosanitari potrebbero sia erogare che fruire di prestazioni di telemedicina (pensiamo alle cure palliative in RSA o alla possibilità di accedere a servizi di telemedicina senza spostare utenti fragili accolti nelle strutture residenziali).

### *Obiettivo strategico*

Potenziare gli interventi rivolti a soggetti fragili e cronici

### *Azioni*

RL si confronterà con le RSA e le diverse strutture che operano con la fragilità nell'ambito del riordino della sanità territoriale, nell'ottica di centri multiservizi per anziani del territorio in collaborazione con CdCom e OdCom, promuoverà il modello di presa in carico territoriale a garanzia della continuità di cura e della possibilità di accesso ad una filiera di servizi, RSA Aperta come modello innovativo di presa in carico a sostegno della domiciliarità

### *Punti di attenzione*

Credo che questo obiettivo vada nel cuore di molte delle tematiche di interesse per il Terzo Settore e per il sociosanitario in generale ma ancora una volta siamo considerati portatori di interesse e non enti coinvolti. La programmazione in questo ambito, però, non può prescindere da un coinvolgimento diretto dei nostri enti se quello che vogliamo è un PSSR che possa essere messo a terra e non rischiare di rimanere solo una bella dichiarazione di intenti.

Nel programma non c'è traccia della rete semiresidenziale, altro alleato strategico per consentire ad un utente fragile di continuare ad essere assistito il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita; una rete che ancora oggi paga un prezzo altissimo per la pandemia in molti territori.

In conclusione voglio solo riprendere alcune parole chiave:

- *Ricomposizione*
- *Riduzione degli sprechi*
- *Ridistribuzione delle risorse*

...attraverso uno sguardo all'intero sistema e non alle singole parti! Perché *“I bravi programmatori sanno cosa scrivere. I migliori sanno cosa riscrivere.” Eric Steven Raymond*

*Dr.ssa Stefania Pozzati*

Direttore Sociale Fondazione Sacra Famiglia

Coordinatrice Commissione Anziani UNEBA Lombardia