

**Osservazioni all' "Allegato 5 – INTERVENTI SOCIOSANITARI"  
della DGR 1827/24 di Regione Lombardia**

**Oggetto: DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024 – (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE ALPARONE E GLI ASSESSORI LUCCHINI E FERMI)**

1. Importante la sottolineatura data allo sviluppo del setting della RSA aperta, misura che favorisce l'apertura al territorio delle funzioni assistenziali delle RSA, attraverso l'intervento al domicilio a supporto della persona over 75 anni, in genere in condizione di decadimento cognitivo, e al suo caregiver, sviluppando l'aderenza terapeutica e la qualità della vita, sostenendo le competenze socio-relazionali della persona e la sua inclusione.

La RSA aperta può davvero contribuire al rafforzamento del numero, della durata e dell'intensità delle cure domiciliari, non solo perché consente di raggiungere il target finale assegnato alla Lombardia dalla "Missione 6 Salute Componente 1 Investimento 1.2: Casa Come Primo Luogo di cura", ma piuttosto **perché va oltre il livello III della stratificazione del rischio** delle tradizionali cure domiciliari, potendo quindi concretamente contribuire al mantenimento a domicilio delle persone con multimorbilità e le sue conseguenze.

2. Apprezzabile, inoltre, in ordine alle logiche operative per il conseguimento di integrazione tra tutti gli attori del sistema delle cure domiciliari e per centrare risultati di efficacia, che siano ritenuti opportuni incontri sistematici e strutturati a livello di distretto con i referenti delle AFT, **con gli enti gestori di ADI, di RSA aperta, di CP DOM**, per definire il programma di azione e il suo monitoraggio in itinere.
3. Laddove si afferma che la misura della RSA aperta vede una costante crescita il numero di prese in carico sul territorio e si colloca nel più generale processo di implementazione in corso della nuova sanità territoriale qualificato dal lavoro diretto a:
  - stratificare il bisogno di cura e di assistenza della persona in una logica di prevenzione, continuità assistenziale, inclusione e sostenibilità lavorando a connettere in filiera dei servizi/interventi/attività dedicati alle persone anziane;

**Si fa il seguente rilievo**

Si legge nel DM 77 "La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale."

**Tale conoscenza è legata alla stratificazione dei bisogni, che non risulta chiaro come verrà attuata** in Regione Lombardia e talvolta sembra venire confusa con il censimento della domanda di prestazioni e servizi. Ossia si sostituisce impropriamente il concetto di bisogno con quello di domanda.

4. Apprezzabile la previsione di **avviare l'integrazione tra i Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze e la rete residenziale per anziani e per persone con disabilità** con problematiche di disturbi del comportamento **mediante supporto consulenziale, anche in telemedicina**, e lo sviluppo di specifici protocolli di ammissione protetta e gestione nelle RSD.

La patologia psichiatrica stabilizzata nel paziente over 65 anni non rappresenta infatti un motivo di non arruolabilità nella rete delle RSA, purché sia sempre garantita l'integrazione con i Servizi specialistici.

5. Bene che le ATS possano procedere, nell'ambito delle rispettive assegnazioni, all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse dirette a garantire nuove contrattualizzazioni tese al riequilibrio territoriale del sistema d'offerta, tenendo conto della necessità di calcolare la relativa copertura a regime.

6. **Per quanto concerne la determinazione delle tariffe il tema appare di tale importanza per la sostenibilità dei servizi residenziali che richiede un urgente tavolo di negoziazione sui costi standard.** Si evidenziano in tal senso, a titolo esemplificativo:

- criteri di definizione della quota sanitaria e della quota sociale eccessivamente generici;
- determinazione della retta media eccessivamente semplificata (la cosiddetta area omogenea di una singola ATS non tiene conto dei costi analitici differenti; ad esempio distinguendo tra centro e periferia cittadini, tra enti che hanno in carico l'affitto dell'immobile e chi non ce l'ha, tra chi fruisce di agevolazioni fiscali e chi no);
- rischio di elaborazione dei 'costi standard' in maniera poco analitica (sarebbe opportuno prendere in considerazione la remunerazione di tutti i fattori produttivi impiegati nonché basati sulla determinazione della media del costo di aree e categorie effettivamente omogenee);
- prospettiva a medio termine dei futuri aumenti indefinita (impatto dell'inflazione e degli incrementi di costo dei CCNL di settore non considerati).

*Antonio Monteleone*

Presidente Dipartimento Lombardia Confcommercio Salute Sanità e Cura

*Carlo Iuculano*

Vice Presidente e Coordinatore Dipartimenti Nord Italia Confcommercio Salute, Sanità e Cura