



Osservazioni all'emendamento al PDL 228 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo"

Osservazioni generali

Nel documento "Dal welfare della prestazione a quello della presa in carico" abbiamo già avuto modo di presentare le aspettative delle organizzazioni di terzo settore in merito al processo di riforma del sistema sociosanitario regionale. Abbiamo indicato come i temi della sostenibilità e dell'appropriatezza debbano essere messi in relazione diretta con la capacità del nostro sistema sociosanitario di garantire la salute, la migliore qualità della vita e quindi l'inclusione ed il protagonismo di tutte le persone, a partire da quelle, per diversi motivi, sono maggiormente a rischio di fragilità ed esclusione. La richiesta di fondo era quella di superare l'approccio prestazionistico in favore di un modello di che privilegiasse la presa in carico delle persone nella loro globalità: la strada indicata era quella di una forte integrazione che comprendesse anche l'ambito sociale per contrastare la frammentazione tra i diversi livelli di intervento. Questo è il punto di vista con il quale abbiamo letto ed esaminato il maxi emendamento al PDL 228: una proposta che conferma alcuni degli elementi caratterizzanti il PDL originario: sia quelli di criticità che quelli di positività. In sintesi, ci sembra, che non sia stata colta la necessità di porre come obiettivo la promozione integrale della persona e di riscoprire la dimensione educativa che riempie di significato e di senso le relazioni umane, l'accompagnamento della persona. I servizi che devono essere concepiti come comunità di accoglienza piuttosto che come dispensatori di prestazioni. Insistiamo quindi nel proporre una rinnovata accezione dell'integrazione sociosanitaria, che non può essere ridotta alla sommatoria di cure sanitarie e prestazioni assistenziali. Continuiamo a chiedere dunque, in modo esplicito, di superare l'approccio prestazionistico in favore di un modello di che privilegi la presa in carico delle persone nella loro globalità: continuiamo a indicare la strada di una forte integrazione che comprenda l'ambito sociale anche per contrastare la frammentazione tra i diversi livelli di intervento.

Troppo forte, anche nell'emendamento oggi in discussione, l'impianto sbilanciato sulla cornice sanitaria di tutto il sistema: non si riconosce in modo efficace un ruolo di co-costruttori del sistema

ACLI, ADA, AGESCI, AIBI, AICS, ANFFAS, ANTEA, ANPAS, ARCI, A.N.C.E.S.C.A.O., AUSER, AVIS REG., AVAL/ACLI, CEAL, CNCA LOMBARDIA, CONFCOOPERATIVE FEDERSOLIDARIETÀ, COLOMBA – CONSULTA DEGLI ENTI DI SERVIZIO CIVILE DELLA LOMBARDIA, CSI, FED. COMPAGNIA DELLE OPERE NONPROFIT, FONDAZIONE BANCO ALIMENTARE, FONDAZIONE EXODUS, IPSIA MILANO, LEDHA, LEGACOOP SOCIALI, LEGAMBIENTE, MCL LOMBARDIA, MOVI, MOVIMENTO CONSUMATORI LOMBARDIA, SIGHTSAVERS, S.N.M.S. CESARE POZZO, UISP, U.S. ACLI LOMBARDIA.

Piazza Castello 3 Milano 20122, Tel. +39-2-54178309 - Fax +39-2-54178222

sito web: www.forumterzosettore.it Indirizzo di posta elettronica: lombardia@forumterzosettore.it

di welfare lombardo ai soggetti che concorrono, quanto le strutture sanitarie, a generare salute nelle persone, cioè i soggetti che si occupano della dimensione della socializzazione (scuola, tempo libero, sport, cultura, ecc), del lavoro (disoccupazione, welfare aziendale, formazione professionale) e dell'abitare (situazione residenziale, relazioni di vicinato e di quartiere). Queste dimensioni sono assenti di fatto dalla programmazione, poiché è molto ridotto e comunque subordinato il ruolo dei Comuni e in generale l'autonomia dei territori nel legarsi con le altre politiche e servizi della zona. Significativa, da questo punto di vista è l'assenza di qualsiasi rimando ai Piani sociali di zona, come luogo di programmazione congiunta sul territorio. Rimane ancora troppo vago il modo in cui si realizzerebbe la continuità assistenziale sui territori e le forme di valutazione multidimensionale del bisogno.

All'interno di questo quadro critico generale non mancano gli elementi di positività: si può menzionare soprattutto il mantenere alta l'attenzione prioritaria alla presa in carico integrata e alla continuità assistenziale sul territorio (le AFT, le UCCP con un ruolo di presa in carico da parte delle ASST), anche se con contorni ancora poco chiari delle responsabilità e della esigibilità per i cittadini. Tra gli elementi per i quali si registra qualche passo avanti, si può menzionare la riduzione del livello di centralismo programmatico, con il superamento dell'ipotesi dell'ATS unica per tutta la Regione e il rimarcare maggiormente il ruolo di rappresentanza del terzo settore, seppur senza alcuna specificazione vincolante. Per questo in particolare risulta preoccupante la totale assenza di una menzione al funzionamento di Tavoli di rappresentanza gestiti con regole certe e vincolanti. Sulla scorta di queste nostre considerazioni basilari e irrinunciabili, abbiamo quindi esaminato in modo puntuale l'emendamento al PDL 228 verificando comunque che, in molti passaggi, alcune delle nostre proposte abbiano trovato spazio e riscontro. Ci riferiamo in particolare al tema della presa in carico e a quello della valorizzazione del contributo delle organizzazioni di terzo settore.

Con l'intento di offrire un contributo positivo al dibattito e al lavoro della Commissione, seppur limitato ai contenuti del PDL così come è stato redatto, vi presentiamo una serie di osservazioni puntuali, sia a livello generale che su alcuni passaggi dell'articolato, lasciando ai Consiglieri regionali se e come ricavare proposte puntuali di emendamenti.

Osservazioni generali

Presa in carico

Riteniamo necessario l'introduzione di un articolo che introduca il diritto alla presa in carico da parte di tutti i cittadini o per lo meno di quelli fragili. Un passaggio indispensabile per rendere credibile

quel riferimento "all'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso" che non compare solo nei principi ispiratori della riforma (articolo 2) ma trova puntuali riferimenti in diversi passaggi della legge: facciamo riferimento, ad esempio, all'articolo 3 comma 4 che affida alla Regione il compito di definire gli strumenti per la valutazione multidimensionale, all'articolo 6 comma 3, lettera d che individua le nuove ATS come organo di governo del percorso della presa in carico, all'articolo 7 comma 11 che dichiara come le ATTS debbano concorrere alla presa in carico globale della persona individuando in passaggi successivi il ruolo attivo dei medici di medicina generale e di tutte le Unità di offerta sociosanitaria, Trattandosi di un cambiamento radicale di visione del welfare sociale, è necessario definire meglio cosa si intenda con "presa in carico", precisare con maggiore precisione il carattere di esigibilità di tale diritto, l'indicazione di chi debba assumersene la responsabilità e la priorità delle indicazioni che emergono dalla progettazione individuale rispetto ad altre istanze (pure legittime) come quelle di carattere organizzativo e gestionale dei singoli servizi.

Integrazione della programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale

Chiediamo sia prevista una reale integrazione tra programmazione sanitaria e sociosanitaria con la programmazione sociale. Si tratta forse del passaggio in cui le nostre richieste e raccomandazioni non hanno trovato riscontro, se non in alcune insufficienti affermazioni di principio. Un dato concreto su tutti: nella nuova conformazione dei livelli di governance e di gestione dei servizi (AST, ASST, CSST/POT, AO) non troviamo traccia del riferimento alla conformazione degli attuali o futuri ambiti sociali. Ci rendiamo conto che si tratta "solo" di una questione molto pratica. Occorre considerare però che l'attuale coincidenza tra distretti sociosanitari e ambiti sociali e la loro riconducibilità ad una sola e unica ASL sono stati uno degli elementi che hanno reso possibile l'attuale livello di integrazione tra competenze sanitarie regionali e quelle sociali comunali. Ribadiamo quindi la nostra richiesta, proposta nel documento precedente che "vi continui ad essere una perfetta coincidenza, almeno da un punto di vista geografico, degli ambiti della programmazione sociale con quelli di programmazione sociosanitaria".

Partecipazione degli Enti Locali e delle organizzazioni di terzo settore.

La governance complessiva del sistema sociosanitario sembra ancora fortemente centralizzata, in particolare nelle mani della Giunta Regionale. Vi Sono importanti passi in avanti, in particolare nella valorizzazione del Terzo Settore, sia nelle funzioni regionali che in quelle dalle AST. Il nuovo testo

prevede anche in modo esplicito il ruolo delle conferenze e assemblee dei sindaci. Sarebbe auspicabile che ogni livello di governance e di amministrazione preveda un forte coinvolgimento degli enti locali (premessa di una integrazione reale con gli interventi sociali) e, in parallelo, organismi di consultazione delle realtà di terzo settore maggiormente attive e rappresentative (al fine di garantire un flusso costante di informazioni e segnalazioni dal territorio).

Partecipazione alla spesa dei servizi

Viene richiamata in diversi passaggi dell'emendamento senza che alcuna declinazione specifica. Crediamo sia corretto il rinvio alla migliore applicazione del Dpcm 159/13 e alle iniziative, già in atto da parte della Giunta in collaborazioni con associazioni, enti locali e organizzazioni sindacali, di monitoraggio al corretto utilizzo dello strumento Isee all'interno delle scelte volte a garantire equità, sostenibilità e efficacia agli interventi di politica sociale.

Osservazioni ai singoli articoli

Articolo 1 Principi (in merito alla valorizzazione del Terzo Settore)

Il testo riporta un elenco più snello, rispetto al testo base da cui sono partiti i lavori di commissione, dei principi cui si ispira la programmazione e la gestione del Sistema Sociosanitario. Con specifico riferimento al terzo settore così richiamato alla **lettera g.** partecipazione del volontariato, dei benefattori e del terzo settore" si evidenzia che la formulazione prevista nel testo del Pdl 228 era certamente più valorizzante. L'Art. 2 del Pdl 228 recitava: "e) promozione del volontariato, del terzo settore e di tutti i soggetti socialmente attivi quali attori fondamentali per concorrere al completamento dell'offerta sociosanitaria". Ora dato che il testo dell'emendamento, come già evidenziato, è certo più asciutto rispetto al testo emendato, varrebbe la pena ripristinare la formulazione originaria con estensione della possibilità di intervento anche all'offerta sanitaria e sociale che, invece, sembra data per implicita. La legge 3 2008 (articolo 3) include già infatti i soggetti del terzo settore tra quelli che "secondo il principio di sussidiarietà concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie."

Articolo 3 (Promozione del servizio sociosanitario regionale) punto 6

Segnaliamo un possibile refuso nel **comma 6** in cui si fa riferimento a "L'accesso alla rete delle unità di offerta sociosanitarie di cui all'articolo 9 bis ... ". Non esiste nel maxi emendamento l'articolo 9 bis (l'articolo 9 parla di Cure primarie). Probabilmente si fa riferimento all'articolo 29. Nello stesso

comma si "(...) prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario regionale nel rispetto della disciplina statale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale." Molto positivo il riferimento al fatto che si ribadisca come la partecipazione alla spesa dei servizi non possa essere richiesta per la quota sanitaria. Desto qualche perplessità che venga assegnato alla Giunta il compito di stabilire "modalità e criteri" nel rispetto della normativa statale. Si tratta infatti di una competenza tipicamente comunale. Per favorire la massima omogeneità di trattamento possibile sono auspicabili interventi di carattere regionale, prevedendo il coinvolgimento delle realtà più rappresentative delle persone coinvolte e degli Enti Locali (come in effetti sta avvenendo) ma anche dello stesso Consiglio regionale, come elemento di rafforzamento delle indicazioni offerte agli Enti locali.

Articolo 5 (Funzioni della Regione)

Per le considerazioni appena effettuate il passaggio dell'articolo 5 al **comma 2** "*La Regione (...) dispone (...) alla determinazione dei livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini*" appare almeno per i servizi dell'area sociosanitaria di dubbia legittimità. Un altro passaggio critico è rappresentato dal **comma 3** laddove si ribadisce come la Regione debba stabilire "annualmente le regole per la definizione di contratti con gli erogatori": già in diverse sedi e occasioni è stato fatto presente come le "regole" dovrebbero assumere un carattere pluriennale per consentire una programmazione degli interventi di medio periodo. Le funzioni della Regione sembrano essere declinate con un linguaggio ed un approccio decisamente sanitario che non sembrano considerare l'importanza degli esiti delle politiche di promozione della salute anche in termini sociali. A questo proposito non possiamo non segnalare come l'indicazione dei componenti dell'Osservatorio sociosanitario (**comma 10**) siano tutti di origine sanitaria: "*professioni sanitarie, governo dell'innovazione in materia di politiche del farmaco, dispositivi medici e tecnologie sanitarie, rischi clinico e gestioni dei sinistri.*" Sarebbe auspicabile prevedere una composizione dell'Osservatorio che comprenda una adeguata presenza di esperti e competenze in ambito sociosanitario e sociale. Trattandosi infine di un organo consultivo e non esecutivo la sua composizione non dovrebbe essere decisa dalla sola Giunta Regionale. Al punto successivo (**comma 11**) si fa riferimento, correttamente, alla valorizzazione del terzo settore. Le modalità con cui la Regione intende raggiungere questo obiettivo non sono però indicate con precisione. Bene sarebbe prevedere un rafforzamento del ruolo e delle funzioni del Tavolo del Terzo Settore, già attivo presso la DG Famiglia, che potrebbe allargare il suo raggio di azione e dotarsi di un programma di lavoro non necessariamente e solo determinato dalle proposte e iniziative della Giunta Regionale.

Articoli 6 (Agenzia di tutela della Salute) e 7 (Aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere)

Gli articoli 6 e 7 disegnano la "geografia" dei nuovi livelli di governance regionali. Le attuali funzioni e competenze delle attuali Asl vengono suddivise tra AST e ASST. A nostro avviso questa suddivisione dovrebbe essere meglio descritta e definita, per evitare nella fase di implementazione situazione di confusione che possono generare da un lato carenze e dall'altro sovrapposizioni, generando una dispersione di energie in luogo di una maggior efficienza e efficacia dell'intero sistema. Ad esempio il **comma 3, punto a dell'articolo 6** prevede che le ATS attuino gli "indirizzi programmatori regionali": sarebbe bene prevedere un margine maggiore di libertà programmatica, per adeguarsi alle specificità di ogni territorio e quindi riconoscere il giusto peso alle indicazioni delle conferenze dei sindaci come il testo prevede (*"sentite le conferenze dei sindaci di cui all'articolo 6 bis"*). Segnaliamo innanzitutto che l'articolo 6 bis sia in realtà l'articolo 22. Come vedremo poi nell'esame dell'articolo 22, la formulazione dei rapporti tra Comuni e sistema sociosanitario (AST/ASST) non appare chiaro. In questo specifico passaggio vogliamo sottolineare due aspetti: il primo che, ancora una volta, l'attenzione del confronto sia tutta sulla rete dell'offerta territoriale, tipica di un approccio prestazionistico, e non in generale sulla efficienza, efficacia del sistema in termini di esiti sulla salute e qualità della vita dei cittadini. In secondo luogo nel confronto tra organismo tecnico regionale (AST) e organismo politico (Conferenza dei sindaci) è sempre il primo a detenere il maggior potere, dato che le AST hanno solo l'obbligo di "sentire" il parere delle Conferenze dei sindaci. L'emendamento al PDL 228 non sembra recepire la nostra raccomandazione di mantenere la coerenza tra gli ambiti della governance e dell'azione sanitaria e sociosanitaria e gli ambiti sociali. Sarebbe bene che il PDL affronti direttamente la definizione dei confini della AST e delle ASST (non demandandola a successivi atti di Giunta) e che questo passaggio indichi e garantisca la relazione diretta che deve esserci tra i diversi livelli di pianificazione e di azione del welfare sociale in Lombardia. In linea di massima, ci sembra di poter affermare che alle AST siano affidati i compiti di Programmazione, Acquisto e Controllo mentre la ASST dovranno occuparsi direttamente dell'organizzazione e erogazione dei servizi. L'emendamento prevede, seppure con le riserve già indicate, un ruolo degli enti locali in relazione con le AST, mentre non risulta ruolo analogo a livello territoriale che è poi quello "reale" dove si svolge la vita delle persone e delle loro relazioni con la realtà dei servizi. In realtà **l'articolo 7 punto 5** prevede che *"al fine di garantire l'integrazione della rete sociosanitaria con quella sociale (...) presso ciascuna ASST è istituita una Cabina di regia"*. Cabina di regia è un termine generico che sarebbe meglio specificare. Non si capisce quali siano le motivazioni che spingano a demandare ad un successivo atto di Giunta la sua

composizione, che dovrà ovviamente vedere la presenza dei Comuni del territorio. A nostro avviso, essa dovrà essere un organismo realmente paritario tra Comuni e AST, prevedendo al suo interno anche una rappresentanza del Terzo Settore. La Cabina di regia dovrà avere una propria autonomia e non essere considerata un ufficio interno dell'ATS. Siamo stupiti di come non siano previsti né a livello di AST né a quello di ASST organismi di consultazione, pure oggi presenti nelle ASL, finalizzati al coinvolgimento delle realtà più rappresentative del terzo settore per poter rendere disponibili alla pianificazione sociosanitaria, il patrimonio informativo e delle competenze delle nostre organizzazioni. Affrontando nello specifico alcuni passaggi dell'**articolo 7** accogliamo con soddisfazione il passaggio (**comma 3**) in cui si specifica che le ASST *"concorrono all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitari e sociosanitari nella logica della presa in carico della persona. Tale attività (...) deve garantire la continuità della presa in carico in tutte le sue fasi di vita con specifico riguardo al reinserimento nel proprio contesto di vita, anche attraverso organizzazioni di rete."* Una indicazione forte e chiara, in netta discontinuità con il modello attuale di welfare sanitario e sociale, che vedeva nell'esercizio della libera scelta del servizio il suo punto fondamentale. Una indicazione che prevederebbe, per la sua attuazione, un forte sostegno ai processi di integrazione sociosanitaria e un deciso investimento sulle istituzioni, servizi e personale deputati alla gestione della presa in carico delle persone, alla progettazione personalizzata, all'orientamento della rete dei servizi verso la risposta ai bisogni delle persone e alla promozione dei loro diritti. Una indicazione che si scorge ma in modo non sufficientemente definito nell'attuale formulazione del PDL. Deputato alla gestione della presa in carico dovrebbe essere ovviamente il settore territoriale delle nuove ASST che si precisa (**articolo 7, punto 7**) dovrebbe ricomprendere "l'attività distrettuale" di cui però non viene offerta alcuna ulteriore specifica. Si potrebbe immaginare quindi che si mantenga l'attuale organizzazione per distretti sociosanitari, corrispondente anche gli attuali ambiti sociali, ma questa potrebbe essere solo una supposizione. L'attività delle ASST viene svolta da CSST (Centri SocioSanitari Territoriali) e POT (Presidi Ospedalieri Territoriali). La definizione di questi ultimi appare sufficientemente chiara, anche se non particolarmente dettagliata. I CSST (**articolo 7 comma 11**) invece vengono definiti come "modalità organizzativa" che è una espressione che non trova un riscontro chiaro. La funzione di questi nuovo Centri è quella *"di integrare le attività di prestazioni di carattere sociosanitario e sociale con quelle sanitarie e concorrere alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento."* La descrizione delle attività (**articolo 7 comma 11, punto a**) appare generica e non particolarmente coerente: *"erogano una pluralità di interventi e prestazioni coordinate per le persone fragili, in una logica di prossimità e di continuità assistenziale e operano in*

stretto raccordo con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali e con quelli ospedalieri." Sarebbe bene definire (almeno per titoli o quanto meno per esempi) quali siano questi interventi e prestazioni. Il nostro forte interesse per i CSST è dato dal fatto che sembra di scorgere tra le loro funzioni e attività, anche quelle di rappresentare il luogo della presa in carico: questa mission non viene però indicata con la chiarezza e semplicità necessaria. A dire il vero non appare neanche tanto chiaro se i CSST rappresentino una novità assoluta o la trasformazioni di servizi e realtà già esistenti. Non viene descritto chi governa e come funzionano questi centri, chi ci lavora dove siano e quanti debbano essere. Se saranno "Centri" gestiti direttamente dal pubblico, e se solo dalle ASST o (come auspicabile) in collaborazioni con i Comuni e infine se, come si lascia immaginare (**articolo 7, comma 18**) che *"queste funzioni (ma qui il riferimento è a tutte le funzioni delle ASST non solo i CSST) possono essere svolte anche da soggetti di diritto privato accreditati"*. Sarebbe necessario specificare quali siano le regole per essere accreditati come soggetti gestori, quali rapporti si debba intrattenere con gli altri soggetti e come garantire l'integrazione della presa in carico.

Articolo 8 (Modelli di cura)

Questo articolo prevede che si attivino "modalità organizzative innovative di accompagnamento e presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle nuove tecnologie (...) i bisogni complessi delle persone (...) al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni e la proporzionalità delle cure, compreso l'approccio alle cure palliative." L'approccio è chiaramente sanitario ma anche in questo caso non viene chiarito chi avrà questa responsabilità e quindi anche l'autorevolezza per raggiungere gli obiettivi di appropriatezza e proporzionalità. In questo modello troviamo anche il riferimento alla valutazione multidimensionale del bisogno (comma 3, punto a.) non come primo passo della presa in carico globale e verso la progettazione individualizzata ma come strumento di individuazione della *"intensità assistenziale."*

Articolo 9 (Cure primarie)

Le regole per l'accreditamento delle UCCP e per la loro integrazione con la rete di offerta locale (**comma 11**) devono essere, a nostro avviso, di competenza del Consiglio Regionale. Non si tratta di regole organizzative ma di regole per garantire al cittadino la presa in carico e la qualità della vita. Quindi non è questione solo esecutiva, da lasciare alla sola Giunta.

Articolo 10 (Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale)

La Regione prevede di dotarsi di una Agenzia di Controllo del servizio sociosanitario regionale a cui, curiosamente, vengono affidate numerose funzioni ma non quella di verificare l'efficacia del funzionamento sanitario e sociosanitario, in termini di promozione della salute e della qualità della

vita delle persone che vivono in Lombardia. Auspichiamo quindi la implementazione di una Agenzia che quindi possa controllare non solo l'assetto delle ASST ma anche quelle delle AST e quindi, esplicitamente, valutare gli esiti del funzionamento complessivo del sistema. Il direttore dell'Agenzia (**comma 5**) dovrebbe essere votato dal Consiglio, su proposta della Giunta, poiché è organo non esecutivo ma di garanzia. Inoltre dovrebbe disporre di risorse certe, decise dal Consiglio, sempre per non dipendere troppo dalla Giunta.

Articolo 12 (Organi delle ATS, delle ASST e delle aziende ospedaliere)

In merito alla nomina del direttore generale (**comma 1**) si rileva come 24 ore per avere il diniego formale del rettore nel caso di strutture ospedaliere con attività accademica sono troppo poche. Sarebbe meglio prevedere almeno 72 per poter conoscere meglio il candidato proposto dalla Giunta. La commissione che definisce gli idonei a diventare direttore di ATS, ASST e AO (**comma 3**) dovrebbe essere scelta con criteri certi di comprovata esperienza e professionalità e dal Consiglio Regionale, a cui in ultima analisi l'Agenzia di controllo dovrebbe rispondere.

Articolo 14 (Agenzia per la promozione del sistema sanitario regionale)

Non si capisce la ragione per cui sia necessario la creazione di una Agenzia le cui funzioni potrebbero essere attribuite ad un ufficio interno all'Assessorato al welfare, dotato di adeguate competenze e risorse. La proliferazione di Agenzie esterne stabili espone al rischio di ridondanze e sprechi. Esse si giustificano solo quando è richiesta una attività specializzata sistematica, le cui competenze non possono essere individuate nell'organico della Giunta Regionale.

Articolo 18 (Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)

Sarebbe auspicabile che il riferimento fosse alle professioni sociali e sanitarie e prevedere tra gli obiettivi comuni allo sviluppo di tutte le professioni in gioco nel sistema sociosanitario, l'attenzione alla dignità e globalità della persona, ai processi di presa in carico delle persone con fragilità e all'attenzione alla promozione della miglior Qualità della Vita.

Articolo 22 (Conferenza dei sindaci)

In questo articolo troviamo la conferma che la Conferenza dei sindaci, viene istituita a livello di ATS (ovvero di un territorio molto vasto) per concorrere alla pianificazione e verifica dell'attività sociosanitaria e per promuovere la l'integrazione delle funzioni e prestazioni dell'offerta sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie. Una osservazione di dettaglio: al **punto c. del comma 1** si specifica che la promozione dell'integrazione degli interventi verrà svolta "*anche attraverso organismi integrati con i comuni.*" che è un'affermazione il cui significato appare oscuro e che quindi dovrebbe essere meglio illustrata. Nel **comma 2** si specifica che "*l'assemblea dei sindaci, [è] istituita a livello*

distrettuale (...)." Quale è la differenza tra conferenza dei sindaci e assemblea dei sindaci? Ad una prima lettura la conferenza dei sindaci sembra avere come interlocutore l'ATS (che è un livello macro territoriale) mentre l'assemblea dei sindaci il distretto che ad oggi è un'articolazione operativa dell'ASL coincidente con l'ambito sociale dei piani di zona (che in questo PDL non viene mai definito). Sarebbe opportuno precisare meglio i poteri, la composizione e i meccanismi di funzionamento di questo organismo e prevedere, che in fase di definizione dei provvedimenti, il livello di consultazione sia delle amministrazioni comunale (analogamente a quello delle organizzazioni di Terzo Settore) avvenga in modo vincolante tanto a livello regionale che a livello di AST e ASST.

Articolo 23 (Diritti di partecipazione dei cittadini)

Sarebbe opportuno che a dotarsi di modalità di verifica della qualità e di relazione con cittadinanza e terzo settore (**comma 1**) non debbano essere solo le unità d'offerta ma anche le ATS e le ASST. Gli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) dovrebbero essere autonomi dalla Direzione Generale delle ATS, avere un organico e risorse proprie, altrimenti finirebbero per essere subordinati al controllato (**comma 3**).

Articolo 24 (Sistema informativo e contabile)

Si evidenzia l'opportunità che gli utili costituiti dal risparmio prodotto nella gestione dell'azienda e che vengono accantonati in un fondo (**comma 5**) oltre che essere utilizzati per i ripiani delle perdite d'esercizio e per investimenti, siano destinati a finanziare le sperimentazioni anziché gli incentivi al personale.

Articolo 28 (Rapporti tra Regione ed Università ed altri istituti di formazione)

E' necessario precisare e chiarire che il riferimento non potrà che essere a tutti i dipartimenti universitari che contribuiscono alla formazione del personale che opera nel sistema socio-sanitario, compreso quello di carattere prevalentemente sociale. E' necessario prevedere (perché implica un cambiamento rispetto alla situazione odierna) che la formazione di tutti i professionisti debba essere orientata a promuovere l'attenzione alla dignità e globalità della persona e ai processi di presa in carico delle persone con fragilità.

Articolo 29 (Unità di offerta socio-sanitaria)

L'individuazione delle Unità di offerta socio-sanitarie (**comma 3**) non può avvenire con la sola consultazione dell'Osservatorio socio-sanitario (che ricordiamo ad oggi sembra avere una composizione solo sanitaria) ma deve prevedere un ampio coinvolgimento degli enti locali (che sono poi chiamati a cofinanziarne il funzionamento), e naturalmente del terzo settore: anche la definizione di criteri di riordino della rete socio-sanitaria regionale (**comma 4**) non può essere attribuito alla sola Giunta; si tratta di decisioni il cui contenuto tecnico dipende dalla visione

culturale e politica del welfare e della società stessa. Va quindi previsto un passaggio vincolante in Consiglio Regionale. In questo passaggio, come in verità in altri, sembra che ci si dimentichi che le Unità di Offerta Sociosanitarie sono già state definite nella legge regionale 3 del 2008. Quale relazione tra l'articolo 5 della legge 3/2008 e l'articolo 29 di questo PDL? E' in questo articolo che viene previsto in modo esplicito e diretto che la Giunta Regionale promuova il processo complessivo di presa in carico (**comma 5**), ovvero "le modalità di presa in carico della persona fragile, attraverso un piano personalizzato di assistenza", le "modalità di valutazione multidimensionale dei bisogni" e "l'attivazione o rafforzamento del supporto della persona fragile". Si prevede quindi che la "presa in carico" divenga una "Unità di offerta sociosanitaria" con pari dignità con altri interventi oggi ben più diffusi. Un passaggio significativo, che dietro a cambiamenti di carattere organizzativo, potrebbe indicare un diverso orientamento del complesso degli interventi e di evoluzione culturale dello stesso concetto di welfare sociale regionale. Per questo motivo riteniamo utile raccomandare che, nella versione definitiva della norma, si possa specificare in modo chiaro e semplice che:

- l'accesso al processo di presa in carico globale e continuativo sia un diritto esigibile della persona: chiunque ritenga di averne bisogno sulla base della propria condizione di fragilità;
- vi sia una istituzione che abbia la responsabilità ultima dell'esigibilità di questi diritto. Nel rispetto delle indicazioni normative nazionali questa responsabilità appartiene ai Comuni, auspicabilmente all'interno delle attività promosse a livelli di Ambito.
- tutte le istituzioni sociosanitarie devono concorrere al processo di presa in carico e che le singole funzioni della presa in carico possono essere svolte sia da soggetti pubblici che del privato sociale. - la valutazione multidimensionale del bisogno sia il primo passo della presa in carico, veda la partecipazione attiva della persona affiancata da specialisti non solo di area sanitaria e sia finalizzato non all'orientamento o invio ad un servizio ma alla consapevolezza della situazione complessiva della persona e della sua famiglia;
- la valutazione multidimensionale abbia come esito la definizione di un progetto globale al cui interno si collochino i singoli interventi di educazione, cura, assistenza, riabilitazione orientati complessivamente al riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona, nei limiti del possibile e comunque garantendo comunità di accoglienza in stile familiare (e non mere residenze) quando la persona permanga in una situazione di necessaria dipendenza e necessiti una realtà sostitutiva della famiglia.
- progressivamente l'insieme degli interventi, anche quelli realizzati all'interventi di Unità di offerta semiresidenziali e residenziali siano orientati secondo la logica del Budget di cura/ Budget di salute.

Possono essere i CSST i luoghi dove questo processo prende forma e si realizza?

Articolo 31 (Valorizzazione del ruolo del volontariato)

Non è chiaro se per volontariato si intendano solo gli enti a prevalente attività volontaria o tutto gli enti in cui vi è una componente di volontariato. Meglio sarebbe, in linea con le recenti tendenze del settore (vedi ad esempio la discussione in atto all'interno della più generale riforma del Terzo Settore in discussione in Parlamento), che venissero individuate forme di rappresentanza precise e sistematiche del Terzo Settore, dentro cui debbono essere previste tutte le sue componenti.

Nella speranza di aver offerto un utile contributo alla discussione, rimaniamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento, anche attraverso un momento di confronto e ascolto diretto da parte della Commissione Terza.

Forum Terzo Settore - Lombardia unitamente ai Forum territoriali del Terzo Settore della Lombardia

ACI -Alleanza Cooperative Italiane- Lombardia welfare, ACLI Lombardia, AGESCI, ANFFAS Lombardia ONLUS, ANPAS Lombardia, ANTEAS Lombardia, ARCI Lombardia, AUSER Lombardia, CNCA Lombardia, Ledha, Società di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo

Milano, ventotto di maggio duemila quindici