



Dall'integrazione sociale a quella sanitaria?

Riforma sociosanitaria: il punto di vista del Forum Terzo Settore Lombardia

A cura del Forum Terzo Settore Lombardia

La legge 23/2015 è una riforma che nei principi promuove l'integrazione fra interventi sanitari, sociosanitari e sociale ma che nei fatti rischia di rafforzare ulteriormente la predominanza dell'approccio sanitario e del centralismo regionale a scapito del protagonismo dei territori e della libera iniziativa dei cittadini e delle loro organizzazioni.

La promessa del Libro Bianco: dalla cura al prendersi cura

Il Terzo Settore ha seguito da vicino l'iter che ha portato, dalla pubblicazione del "Libro Bianco" (Sviluppo del sistema sociosanitario lombardo), all'approvazione della Legge Regionale 23/15 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo) che modifica la precedente legge 30/2009 (Leggi regionali in materia di sanità) ma anche la legge 3 2008 (Governo delle reti degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario). Un processo di riforma che ha seguito un percorso lungo e abbastanza accidentato lungo il quale il Forum non ha mai smesso di far sentire la propria voce e di offrire il proprio contributo.

Le premesse erano interessanti e significative. Le affermazioni del "Libro Bianco" erano senz'altro coraggiose, in particolare nei passaggi di analisi critica sugli esiti dell'attuale modello di welfare regionale. La premessa infatti era quello di considerare necessaria la riforma per aggiornare una normativa ormai vecchia, fondata su un modello ospedaliero da superare. L'obiettivo era riassunto nello slogan *"Dalla cura al prendersi cura"* che riassumeva in modo efficace la necessità di superare la frammentazione degli interventi, promuovere la presa in carico delle persone con fragilità e definire una chiara azione di regia complessiva per rispondere in modo integrato ai bisogni complessivi delle persone, rendendo necessario anche recuperare il ruolo dei Comuni, tenuti fino a quel momento ai margini delle programmazione e degli interventi. Tematiche che avevano riscosso l'adesione delle organizzazioni di terzo settore. In particolare da quelle che, da tempo, mettevano in risalto i problemi causati da un modello di welfare fondato sull'offerta di prestazioni piuttosto che sui bisogni delle persone e delle comunità sociali.

Con questi occhi leggiamo e analizziamo ora la nuova legge regionale, andando a verificare se e in che misura possa promuovere un welfare capace di rispondere al diritto al benessere e alla salute dei cittadini lombardi, promuovendo la presa in carico globale della persona, favorendo l'integrazione tra interventi sanitari, sociosanitari e sociali, sostenendo la libera iniziativa delle persone e delle loro organizzazioni, attivando le risorse già presenti nelle comunità sociali, perseguendo l'inclusione e la coesione sociale. Un'analisi che si attiene al testo della legge,

tralasciando alcuni contenuti presenti nelle comunicazioni che non trovano al momento riscontro normativo, come ad esempio la promessa di riduzione dei ticket o la prossima emanazione di provvedimenti di contrasto alla povertà.

Cambiano i "contenitori". E i contenuti?

Si tratta di un provvedimento che si occupa molto più del contenitore che del contenuto. La novità più rilevante è quindi la trasformazione delle ASL in ATS e delle Aziende Ospedaliere in ASST. I principi affermati in più parti nei primi tre articoli della Legge (Oggetto, Principi e Finalità) riprendono le analisi del "Libro Bianco" riaffermando la volontà della Regione di indirizzare il suo sistema di welfare sanitario, sociosanitario e sociale verso una sempre maggiore integrazione, con un orientamento che privilegi la presa in carico delle persone e la promozione dei cittadini e delle comunità. Orientamenti e previsioni che quando si passa alle parti applicative non sembrano trovare una applicazione coerente. Al contrario, l'analisi delle modalità di implementazione fa emergere un possibile processo di sviluppo del welfare regionale che potrebbe puntare in direzioni diverse, accentuando in parte problemi storici del modello di welfare lombardo

Dalle parole ai fatti: il modello non cambia anzi ...

Salta immediatamente all'occhio come i principi fondamentali del cosiddetto "modello di welfare lombardo" (libera scelta, parità pubblico-privato, concorrenza tra enti erogatori) vengano non solo confermati ma, in buona misura, radicalizzati: una radicalizzazione determinata innanzitutto dalla netta separazione tra le funzioni di "Programmazione, Acquisto e Controllo" (che rimangono in capo alle nuove ATS) e quelle di erogazione che vengono attribuite alle ASST e alle Unità di offerta sociosanitarie. Da notare come l'allargamento territoriale delle nuove ATS, che sono 8 rispetto alle 15 precedenti ASL, rendano ancora più distanti i luoghi della pianificazione degli interventi dai contesti di vita delle persone. Una scelta che renderà ancora più complesso di quanto non sia già oggi generare i flussi di informazione e le occasioni di confronto fra decisori e cittadini o anche solo dei loro rappresentanti. Viene inoltre ribadito (e fatto divenire legge) la distinzione tra accreditamento e contrattualizzazione delle unità di offerta accentuando gli elementi di concorrenza a scapito di quelli di cooperazione e integrazione. Rimangono invece opachi i criteri e modalità con cui ieri le ASL, oggi le nuove ATS vadano a identificare con chi sottoscrivere i contratti e l'entità dei budget. Una radicalizzazione che spinge a un'ulteriore e netta separazione tra il governo della rete sanitaria e sociosanitaria (in capo alla Regione) da quella sociale (in capo ai Comuni) confermata dalla sostanziale abrogazione di ampie parti della Legge 3 2008 che ha governato fino ad oggi la rete di intervento dei servizi alla persona in ambito sociosanitario e sociale lombardo. L'articolo 2 dell'Allegato 1 (punto 8, comma 1) interviene riformando il titolo della stessa legge 3/08 che diviene "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale" e sopprimendo in modo chirurgico tutti gli articoli che prevedevano compiti e funzioni in capo alle Asl o alle realtà sociosanitarie in relazione con il sistema dei servizi sociali. La legge regionale 23/2015 sembra quindi essere destinata a governare la rete sanitaria e sociosanitaria, rafforzandone l'approccio sanitario anche quando prevede l'integrazione fra questi e il sistema dei servizi sociali. L'impressione è che quando si prevede di promuovere la presa in carico della persona e l'integrazione fra gli interventi lo si faccia

avendo sempre in mente la logica del sistema sanitario piuttosto che di quello sociale. L'obiettivo di questi interventi infatti viene descritto in genere come "garanzia della continuità di cura e assistenziale" e "promozione dell'appropriatezza" mentre non troviamo mai parole come "benessere e salute della persona", "inclusione sociale", "autodeterminazione e vita indipendente".

Al centro la Regione. Poco spazio ai Comuni.

Viene confermato un forte centralismo regionale, in particolare della Giunta. Non mancano alcuni passaggi in cui viene incrementato il ruolo e il peso del Consiglio Regionale. Analogamente il ruolo e le possibilità di intervento dei Comuni nella programmazione territoriale, viene in realtà molto ben descritto ma non viene costituito alcun specifico organismo di confronto fra Comuni e Regione. Una funzione che viene ricondotta all'interno del ben più ampio "*Osservatorio integrato del Sistema Sociosanitario Lombardo*", riducendone il peso e l'importanza. Il confronto e l'integrazione tra l'azione sociale dei Comuni e quella sanitaria e sociosanitaria della Regione viene prevista in modo specifico a livello di ATS, sia livello generale che nelle sue articolazioni territoriali.

Un confronto che quindi potrà occuparsi al limite di come meglio interpretare e applicare a livello locale le direttive della Regione, che vedrà i Comuni giocare un ruolo ancora subalterno a quello regionale. Una situazione che non permetterà, almeno in un primo periodo, di rendere evidente come uno dei fondamentali problemi connessi alla sostenibilità del welfare lombardo sia la sostanziale disparità di potere e risorse del sistema sanitario e sociosanitario regionale e quello sociale comunale. La risposta sanitaria rimarrà sempre e comunque "conveniente" per il cittadini e per la sua amministrazione comunale, a scapito dell'attivazione di quelle risposte sociali capaci di mobilitare e moltiplicare le risorse naturali presenti nella società di cura e inclusione, che potrebbero ridurre in modo drastico la pressione verso, ad esempio, verso i servizi residenziali sociosanitari.

Scompare il Terzo Settore come interlocutore delle politica sociale regionale

L'impianto della politica sociosanitaria regionale, così come delineata dalla Legge regionale 3 2008, prevedeva un forte investimento di energie e di attenzione nel Terzo Settore tanto nella fase di programmazione come in quella di erogazione. Il nuovo assetto, non conferma questa scelta, prevedendo al contrario una forte contrazione di riconoscimento del ruolo e della funzione delle organizzazioni della società civile in ambito sociosanitario. All'interno "*Osservatorio integrato del Sistema Sociosanitario Lombardo*" di carattere regionale, che abbiamo già visto avere un carattere pletorico, è prevista infatti la presenza della sola componente associativa del terzo settore. Viene formalmente mantenuto il passaggio della Legge 3 2008 (articolo 11, lettera m) da cui sono derivate la DGR 7797 del 30 luglio 2008 che ha istituito il Tavolo del Terzo Settore e i successivi atti di identificazione dei soggetti che ne fanno parte. Un "tavolo" depotenziato dal fatto che le istituzioni previste da ciò che rimane della Legge 3 2008 riguarderanno il sistema dei servizi sociali e non potranno farne parte le organizzazioni di terzo settore attive nel solo ambito sociosanitario. Tra le funzioni della Regione (Articolo 5, comma 16) ci sarà anche quello di favorire la crescita dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, "*appartenenti anche al terzo settore*", attraverso modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo.

(...). Un "anche" che ben rappresenta il peso e l'importanza oggi riconosciuta a questo insieme di realtà, fino a ieri considerate determinanti per determinare la qualità complessiva del welfare sociosanitario regionale. Non è prevista alcuna modalità di consultazione del terzo settore a livello territoriale nelle ATS mentre alle ASST viene chiesto di *"riconoscere il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti di terzo settore (...) assicurando un pieno coinvolgimento degli stessi"*, ma solo *"nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni"*. **Un approccio che in, altre parole, guarda con interesse alle realtà di terzo settore quando queste si dimostrino efficienti nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni (permettendo quindi un risparmio della spesa) e non come espressione della società civile, per favorire la libera iniziativa dei cittadini e costruire nuove forme di relazione e quindi di intervento sociale.** Una visione di cui si trova ampia conferma anche laddove (articolo 24) si intende valorizzare il ruolo del volontariato, non certo come *"espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo"* (articolo 1 legge 266/1991) ma come *"funzione complementare e ausiliare al SSL finalizzata al raggiungimento e consolidamento della buona qualità dell'efficienza, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari (...)"*. Una scelta che conferma ulteriormente un approccio centralistico che rinuncia, considerandolo poco interessante, all'apporto originale di informazioni, idee, esperienze e innovazione che proviene dall'insieme delle organizzazioni di terzo settore, che sono espressione del protagonismo delle persone e dei territori.

La presa in carico e l'integrazione sociosanitaria: di chi è la responsabilità?

La principale novità in termini di contenuto, come si accennava, è la chiara scelta di promuovere un sistema di welfare capace di meglio affiancarsi alle persone che necessitano oltre che di intervento di sanità acuta anche di servizi di carattere sociosanitario continuativi nel tempo. Una scelta positiva che ha visto, sin dalle sue prime espressioni, un forte plauso e appoggio da tutte le componenti del terzo settore regionale. L'intenzione esplicita è quella di favorire la presa in carico continuativa, superare la frammentazione degli interventi, promuovere l'integrazione fra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. La funzione della presa in carico viene descritta in diversi passaggi e attribuita a diversi soggetti: alla Regione stessa con i suoi diversi strumenti di programmazione, alle ATS (governo del percorso della presa in carico) e dei loro distretti (contribuire alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse), alle ASST (garantire la continuità della presa in carico) anche attraverso i PreSST (concorrono alla presa in carico delle persone e della fragilità), ai medici di medicina generale attraverso AFT e UCCP (partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica) e alle Unità di offerta sociosanitarie (promuove la modalità di presa in carico della persona fragile ...).

Il maggior rischio è che vi sia una poca chiarezza sui compiti e responsabilità di ciascun attore del sistema che l'inerzia del funzionamento degli operatori e dei servizi lasci la situazione sostanzialmente immutata, derubricando i processi di integrazione alla mera esecuzione di pratiche burocratiche. Una situazione cui abbiamo già assistito, in tempi recenti. In definitiva traspare che l'aspettativa sia comunque quella di migliorare l'efficienza dei sistemi di cura e di assistenza senza occuparsi del contenuto e degli obiettivi degli interventi rivolti alla persona in relazione alle sue effettive esigenze e desideri. In altre parole si parla molto di integrazione e di presa in carico, ma non è affatto chiaro in che modo questa sarà pianificata e implementata, con

quali finalità e nemmeno se e come sarà valutata. Dalla lettura complessiva di tutti questi articoli e passaggi della legge non si capisce, ad esempio, a chi (né dove, né come) il cittadino possa chiedere di "essere preso in carico" e a quali condizioni questa sua richiesta debba trovare risposta certa e quindi essere configurata come un diritto esigibile.

Sarà compito di tutti (tranne forse di chi ne avrebbe la competenza fondamentale cioè i Comuni) e quindi, forse, di nessuno. Interessante notare come anche nell'articolo 6, punto 4 della Legge 3 2008, fino ad oggi unico punto di riferimento normativo regionale per la presa in carico e l'integrazione sociosanitaria, venga tolto ogni riferimento agli aspetti sociosanitari e al ruolo attivo dell'ASL. Quello che rimane di questo articolo è una prescrizione abbastanza originale ai Segretariati sociali dei Comuni di provvedere alla presa in carico della persona, avendo cura di non coinvolgere la rete dei servizi sociosanitari anche nei casi di situazioni complesse dove dovrebbe essere assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e continuità.

Bisognerà quindi attendere di conoscere in che modo verrà implementato l'articolo 9 (Modello di presa in carico per il paziente cronico e fragile) che descrive le "modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità per garantire la continuità nell'accesso ai servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. Si prevede che la Regione definisca i modelli per "l'individuazione delle prestazioni appropriate ..." attraverso la valutazione multidimensionale e "i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica e privata" interessati ad attuare questo modello.

La presa in carico sembra divenire una prestazione e come tale sarà riconosciuta anche da un punto di vista economico e gestionale. Una previsione che si abbina all'intenzione di arrivare a definire una retta unica, in favore dei servizi e delle Unità di Offerta che si occupano della cura e dell'assistenza della persona, non direttamente connessa con l'erogazione di singole prestazioni. Una visione molto distante dal modello che pensa alla presa in carico come ad un processo che veda la persona non come utente - paziente (posizione tipica di chi riceve una prestazione sanitaria) ma come attore protagonista, dal cui esito dipenderanno tipologia e orientamento dei progetti e delle prestazioni.

L'evoluzione possibile delle Unità di offerta sociosanitaria

In questo contesto si considera comunque interessante quanto previsto in merito alle Unità di Offerta sociosanitaria. Abbiamo visto come viene abrogato ogni riferimento alla loro disciplina e funzionamento previsto dalla Legge 3/08. A esse viene dedicato l'art. 26 della Legge 23/15 dove, tra le altre cose, si prevede che la Giunta, ne ridisegni il profilo e l'identità. Si tratta di una finestra di opportunità, per favorirne l'evoluzione in servizi maggiormente attenti alla personalizzazione degli interventi e all'inclusione sociale anche se la cornice, fundamentalmente sanitaria, della riforma non pone le basi per uno sviluppo in questa direzione.

Partecipazione alla spesa dei servizi

Non ci sono particolari previsioni, diverse dalla semplice applicazione della normativa nazionale. La Regione, stando ben attenta a non intervenire nell'ambito di competenza dei Comuni, infatti ricorda che "l'accesso alla rete delle unità di offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al

costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo nel rispetto della disciplina nazionale inerente i LEA". La Giunta si ritaglia la possibilità di intervenire per consentire alle persone con basse capacità reddituali di accedere alla rete di offerta sociosanitaria. Tra le abrogazioni più significative della Legge 3/08 ci sono anche diversi passaggi dell'articolo 8 (su cui si è tanto discusso in passato) che si occupa appunto della partecipazione alla spesa dei servizi che sostanzialmente sostituiti da un semplice comma "L'accesso agevolato alle prestazioni sociali e il relativo livello di compartecipazione al costo dei medesimi è stabilito dai Comuni, nel rispetto della disciplina statale (...) e dei criteri ulteriori che tengano conto del bisogno assistenziale" che saranno stabiliti dalla Giunta.

Assessorato al welfare: buon lavoro!

Come previsto la Riforma ha istituito un unico Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali (Welfare), assumendo le deleghe dei precedenti assessorati alla Salute e alla Famiglia. L'orizzonte dovrebbe essere, almeno di principio, quello di promuovere e favorire una rinnovata integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale ma le premesse culturali e operative della nuova norma non fanno guardare con eccessivo ottimismo verso questa prospettiva. Al Presidente Maroni, oggi e al nuovo Assessore domani il compito, nella fase di applicazione e implementazione della nuova Legge, di non privarsi della voce che proviene dai cittadini e dai loro territori, al fine di sviluppare un sistema di welfare capace nei fatti di "promuovere la tutela della salute" (articolo 1), garantendo "il rispetto della dignità della persona" e "l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso" e "la promozione alla partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità" (articolo 2).

Consiglio Regionale: la possibilità di valutare

Un compito molto impegnativo, sul cui esito anche il Consiglio Regionale avrà modo di esprimersi, dato che l'articolo 27 sexies, gli affida uno specifico ruolo di valutazione dei risultati e dell'efficacia delle nuove politiche sociosanitarie. Si tratta della "Clausola valutativa" che affida a Giunta e Consiglio regionale il compito di valutare "i risultati e l'efficacia delle politiche socio-sanitarie": impegna la Giunta a presentare ogni due al Comitato paritetico di controllo e alla Terza Commissione, una relazione dettagliata sugli interventi realizzati, le risorse impegnate, le azioni di sistema, le criticità, e gli effetti delle politiche sociosanitarie. Una opportunità che, se ben utilizzata, potrebbe finalmente consentire la valutazione delle politiche basata prima di tutto su un'ampia raccolta di dati e informazioni.

Forum Terzo Settore Lombardia

Ufficio di segreteria

(Sergio Silvotti, Giambattista Armelloni, Lella Brambilla, Giovanni Merlo e Francesca Paini)

Milano, 6 ottobre 2015