

# LIVELLI ESSENZIALI E INTERVENTI SOCIOSANITARI: NODI E SCELTE<sup>1</sup>

MAURIZIO MOTTA,

ESPERTO DI POLITICHE SOCIALI, GIÀ DIRIGENTE SERVIZI SOCIALI COMUNE TORINO

Il DPCM 12/1/2017 ha introdotto i nuovi LEA, e la loro messa in opera è ancora lontana dall'essere completa; qui si riflette su una specifica componente dei LEA, il sistema di assistenza sociosanitaria per non autosufficienti (ed in particolare le forme di assistenza tutelare, per consentire un'adeguata vita quotidiana), anche per discutere se la nuova normativa è da considerarsi una occasione perduta, e quanto sia recuperabile.

Può essere utile iniziare chiedendosi:

a) **A che cosa dovrebbero servire i LEA?**

Dall'art. 117 (lettera "m") della Costituzione, i livelli essenziali delle prestazioni sono:

- Relativi ai "diritti" dei cittadini, formulazione che configura una *esigibilità delle prestazioni*. Per quanto gli interventi possano essere limitati (ossia "essenziali") l'obiettivo costituzionale è di garantirne la fruibilità.

- Da garantire in modo uniforme in tutta Italia, come set minimo di prestazioni che il cittadino deve poter ricevere ovunque.

b) **Come si connota il welfare italiano per i non autosufficienti?**

- Consiste troppo in erogazioni monetarie e non in servizi; il che implica capacità delle famiglie di usare il denaro per procurarsi assistenza da sole.

- Si fonda molto sul lavoro di cura a carico delle famiglie.

- E' radicalmente diversa nei territori, anche entro la stessa Regione.

- E' frantumata in troppi canali sconnessi di prestazioni, da richiedere a diversi servizi ed enti gestori, con gran fatica di peregrinazione per le famiglie ed i pazienti.

E' inevitabile leggere nei nuovi LEA un paradosso: da un lato è evidente la cresciuta dei bisogni connessi alla non autosufficienza e la drammatica inadeguatezza del welfare italiano; ma dall'altro i nuovi LEA non prevedono per gli interventi sociosanitari né aumenti di spesa, né riorganizzazioni nella rete d'offerta, le quali per la non autosufficienza sareb-

bero indispensabili. Ma a quali nodi è utile porre attenzione?

## I DIRITTI: QUALI ESIGIBILITÀ E UNIFORMITÀ TRA DIVERSE REGIONI?

Il D. Lgs. 229/1999, prevede che vadano incluse nei livelli essenziali prestazioni compatibili con le risorse disponibili. Ma ne è derivata una nuova strana famiglia di diritti, quelli "finanziariamente condizionati", la cui esigibilità per il cittadino è subordinata alla disponibilità di risorse degli Enti che devono erogare. Si potrebbe pensare che:

a) È ovvio che le prestazioni debbano essere compatibili con le risorse, altrimenti si proporrebbero in modo demagogico diritti virtuali, che poi non è concretamente possibile soddisfare se le prestazioni sono irrealizzabili.

b) Tutto il welfare pubblico funziona secondo questo criterio, ossia tutte le prestazioni sono sempre fruibili soltanto se le risorse lo consentono.

Invece vi sono molte prestazioni con natura di diritto soggettivo perfetto pienamente esigibile ovunque, per le quali dunque le Amministrazioni non possono dilazionare od evitare l'intervento motivando con la scarsità di risorse quando i cittadini che ne hanno i requisiti, pena un ricorso vincente del cittadino alla magistratura. Ad esempio:

- Molte prestazioni contro la povertà erogate dall'INPS (assegno sociale, maggiorazioni e integrazioni al minimo delle

<sup>1</sup> L'articolo riprende e utilizza contenuti esposti nell'inserto "Speciale sui LEA" in Welfare Oggi, n°5/2016, nonché nell'intervento dell'autore al workshop dedicato ai LEA per la non autosufficienza presso il Forum Non Autosufficienza promosso da Maggioli editore nell'autunno del 2017 a Bologna.

pensioni), assegni a famiglie povere con nuovi nati e/o tre minori. E le riduzioni tariffarie sull'energia.

- Ma anche interventi che consistono in servizi: scuola dell'obbligo al momento del suo inizio, o interventi dei servizi sociali nei casi di pregiudizio per i minori. O il diritto ad avere un medico di medicina generale, le vaccinazioni obbligatorie, una prestazione di Pronto Soccorso.

Ossia sono da tempo presenti nel welfare pubblico diritti a prestazioni che non possono essere dilazionate a causa dell'assenza di risorse.

Ma che c'entra questo con i LEA? C'entra perché se ci abituiamo al fatto che non è possibile garantire almeno un set minimo di interventi ai non autosufficienti, meglio sarebbe uscire dall'ipocrisia attuale e degradare i livelli essenziali di queste prestazioni da diritti soggettivi a più modesti "tentativi di richiesta" del cittadino, a "diritto di chiedere ma non di avere". Purtroppo il DPCM sui nuovi LEA non introduce alcuna miglior garanzia di esigibilità rispetto al precedente modello dei diritti finanziariamente condizionati, e dunque questo cruciale nodo resta immutato.

E' però bizzarro rilevare che per tutte le prestazioni (sanitarie e sociosanitarie) tutti gli articoli del dPCM si esprimono con queste parole "Il SSN garantisce ...."

#### **QUALI CONTENUTI NEI LIVELLI ESSENZIALI?**

In molti interventi sociosanitari per i non autosufficienti la prestazione per il cittadino, che è la sostanza concreta del diritto di tutela, dipende dal fatto che siano offerte quantità adeguate di intervento, e tempi certi e non dilatati di fruizione. Ad esempio:

- la possibilità di far permanere al proprio domicilio un non autosufficiente dipende dal numero di ore di assistenza domiciliare del quale può fruire (anche se l'assistenza può essere articolata e composta di più interventi, come vedremo).

- la possibilità di fruire di una collocazione in RSA con parte della retta a carico del SSN è concreta nella misura in cui l'attesa per poter entrare in una struttura non è troppo lunga.

Sono esempi che evidenziano come la definizione di livelli essenziali di prestazioni da garantire è in questo tipo di interventi molto legata alla contestuale definizione:

- del volume degli interventi, della quantità dell'offerta;

- dei tempi massimi entro i quali l'offerta diviene davvero fruibile.

Non sono perciò sufficienti LEA che si limitano a descrivere le prestazioni ma non quantificano almeno dimensioni e quantità dei tempi e volumi di offerta minime da assicurare. Né pare sufficiente lasciare la definizione di questi due ingredienti fondamentali dei livelli essenziali di assistenza alla totale discrezionalità delle Regioni.

Sul punto i nuovi LEA espongono alcuni vincoli su prestazioni sanitarie precisando tempi massimi (ad esempio la presa in carico dei nuovi nati entro il primo mese di vita) e volumi certi (continuità dell'assistenza sanitaria di base per l'intera giornata tutti i giorni della settimana, strutture semiresidenziali per persone con disturbi mentali e con dipendenze patologiche "...attive almeno 6 ore al giorno per almeno 5 giorni la settimana").

Dunque anche nell'assistenza sociosanitaria ai non autosufficienti, per garantire un minimo di uniformità nazionale ad un nucleo di diritti, i LEA dovrebbero definire anche standard minimi su tempi di accesso e volumi di prestazione. I nuovi LEA sono stati presentati come un miglioramento dei precedenti, perché puntano a esplicitare meglio le prestazioni; questa intenzione è molto importante, ma per quanto riguarda gli interventi sociosanitari purtroppo il nuovo dPCM non la traduce in meccanismi vincolanti. Le prestazioni e i servizi coinvolti sono descritti in modo molto più ampio rispetto ai precedenti LEA (del 2001), ma mancano standard da rispettare in ogni Regione del tipo prima richiamati, che diano concretezza ai tempi massimi ed ai volumi minimi di intervento da garantire. Questo rischia di rendere i LEA una mera elencazione di interventi, senza dare sostanza concreta a un minimo tangibile di prestazioni da assicurare.

## **COSTRUIRE BUONA ASSISTENZA DOMICILIARE PER I NON AUTOSUFFICIENTI**

Le situazioni delle famiglie con non autosufficienti possono essere molto diverse, e mutare nel tempo. E' quindi essenziale che il "modo" con il quale viene offerta assistenza tutelare al domicilio possa articolarsi in diverse forme, da adattare alla famiglia:

a) Vi sono famiglie che conoscono un assistente familiare di fiducia e desiderano utilizzare proprio quel lavoratore; e sono in grado di gestire il rapporto di lavoro (buste paga, contributi): in questo caso l'intervento più adeguato è un contributo economico per supportare il nucleo nella retribuzione del lavoratore, con il vincolo di essere utilizzato per una assunzione regolare.

b) Se la famiglia desidera assumere un lavoratore che conosce, ma non è in grado di gestire da sola il rapporto di lavoro: va affiancata all'assegno di cura la possibilità di far gestire le incombenze del rapporto di lavoro ad una agenzia idonea accreditata.

c) Per famiglie che non conoscono un lavoratore di fiducia, ma preferirebbero in ogni caso l'assistenza di un lavoratore che sia alle loro dipendenze dirette, è utile un assegno di cura abbinato al reperimento un lavoratore, ad esempio in agenzie di somministrazione accreditate.

d) Vi sono famiglie che preferiscono non avere un lavoratore alle loro dipendenze perché non sono in grado di gestirlo. Dunque preferiscono ricevere un operatore dipendente da altri. In questa situazione è appropriato un intervento che consista:

1) nel lavoro domiciliare di operatori pubblici, se può essere fornito per un numero di adeguato di ore, anche da profili di assistenti familiari non necessariamente qualificati come gli OSS.

2) Oppure in un buono servizio, un titolo di credito che avvia prestazioni da parte di fornitori accreditati a questo scopo. Un valore aggiunto del buono servizio consiste (se il bando di accreditamento dei fornitori lo prevede) nella possibilità per la famiglia di trasformare in ogni momento il

valore del buono in una o più prestazioni: ore di lavoro a domicilio di assistenti familiari dipendenti dal fornitore, o telesoccorso, pasti a domicilio, manutenzione dell'abitazione, ricoveri temporanei, e altri supporti che il fornitore sappia mettere in opera. Articolazione quanto mai utile da incentivare, come dimostra ad esempio l'esperienza delle Aziende Sanitarie e del Comune di Torino.

e) Per famiglie nelle quali si desidera che il lavoro di cura del non autosufficiente sia svolto non da estranei ma da un componente della famiglia stessa: è utile un contributo economico alla famiglia, anche per compensare le eventuali riduzioni di lavoro retribuito di chi dedica tempo al non autosufficiente.

f) Vi sono famiglie che preferiscono ricevere aiuto e assistenza da un conoscente, o da un vicino di casa. In questi casi, oltre alla possibilità di assumerli come lavoratori regolari retribuibili con l'assegno di cura, è utile poter attivare un affidamento del non autosufficiente, con un rimborso spese all'affidatario.

Non è quindi sufficiente che l'assistenza domiciliare offra "molte risorse" (ad esempio solo elevati contributi in denaro alla famiglia); occorre anche che il sistema per l'assistenza domiciliare possa consentire di scegliere con la famiglia e l'utente qual è la modalità migliore in quel momento per offrire aiuti, con possibilità di modificarla al mutare della situazione, evitando di obbligare ad assumere in proprio una badante anche se nessuno è in grado di gestire il rapporto di lavoro, con tutti i rischi di uso improprio del denaro pubblico nonché di possibili abusi.

E questo che c'entra con i LEA? Non è certo realistico che i LEA obblighino tutti i territori ad attivare tutte le forme di offerta; ma sarebbe importante che almeno vincolino le Regioni a mettere in opera il massimo di articolazioni delle modalità di assistenza domiciliare, a partire da un budget di spesa.

Ma i nuovi LEA non accennano minimamente a questi meccanismi, benché indichino genericamente di privilegiare gli in-

terventi che favoriscono la permanenza al proprio domicilio. Ne deriva il rischio di una messa in opera degli interventi domiciliari completamente dipendente dalle sole scelte regionali, o addirittura di singole Aziende Sanitarie ed Enti gestori locali, allontanando l'obiettivo di garantire con i LEA un livello uniforme e minimo di tutele.

#### **INTERVENTI “SOCIOSANITARI” E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

I nuovi LEA trattano il tema in tre modi:

1) Classificano come “sociosanitari” (titolo del CAPO IV del dPCM) interventi tradizionalmente svolti da servizi delle Aziende Sanitarie: cure domiciliari, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze, servizi psichiatrici, descrivendo in modo esteso quali interventi devono essere attivati.

2) Evidenziano come “sociosanitari” i presidi diurni e residenziali per disabili, non autosufficienti, pazienti psichiatrici e con dipendenze. E non cambiano rispetto ai precedenti LEA i costi a carico del SSN (la c.d. “quota sanitaria”).

3) Infine i nuovi LEA espongono in molti punti la necessità di un raccordo tra gli interventi sanitari e sociali, ma con un linguaggio che presume sia sufficiente evocare questa integrazione perché essa si realizi. Per ogni tipo di utenza e servizi/interventi i LEA ripetono che l’assistenza “...è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione multidimensionale”.

Certo l’obiettivo del raccordo con servizi ed interventi sociali è difficile per l’assenza dei livelli essenziali per questa area del welfare. Ma i LEA sociosanitari non dovrebbero essere un documento di intenti, bensì dispiegare precise disposizioni normative. Dunque potrebbero essere un’occasione per introdurre almeno alcune premesse per i livelli essenziali sociali, ad esempio impegnando alla loro approvazione, o introducendo nel sistema sanitario qualche vincolo che sia precondizione per un raccordo robusto con i servizi sociali.

#### **CHI DEVE FINANZIARE L’ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE**

Per i non autosufficienti è decisivo garantire la tutela del non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana, perché la qualità della vita dipende dalla possibilità di aiuto permanente quando queste funzioni mancano (muoversi, vestirsi, usare il bagno, lavarsi, alimentarsi, etc.). Ma in quasi tutte le Regioni per gli interventi sociosanitari a domicilio per i non autosufficienti:

- la competenza del SSN, anche di spesa, riguarda solo gli interventi svolti da personale con qualifiche strettamente sanitarie, o con qualifica di Operatori Socio-Sanitari (OSS)

- tutti gli altri interventi di tutela, mirati a garantire le funzioni della vita quotidiana, sono a carico del comparto socio assistenziale o delle famiglie.

Questa è anche la scelta dei nuovi LEA, ma questa impostazione deve essere messa in discussione, per più ragioni:

a) **Esigenze di ragionevolezza.** La ragionevolezza non è soltanto buon senso, ma un criterio costituzionale al quale devono uniformarsi i sistemi pubblici.

- Il “diritto all’assistenza” deve consistere nel ricevere tutto ciò che genera tutela, indipendentemente dal tipo di operatori coinvolti (infermieri, OSS, assistenti familiari) e dalla forma degli interventi (operatori pubblici, assunzione di badanti con contributo pubblico, lavoro di cura dei familiari, buono servizio per ricevere assistenti familiari da fornitori terzi). La ragionevolezza impone che il nucleo fondamentale del diritto da garantire sia “il vivere al meglio tutelati”, e non solo “ricevere ore di infermiere o di OSS”.

- Assumere che “sono LEA” (e quindi a carico del Sistema Sanitario) solo le prestazioni svolte da OSS, considerando che il costo orario dell’O.S.S. è notevolmente superiore a quello dell’assistente familiare, è irragionevole perché impone che il SSN contribuisca al 50% del costo delle prestazioni solo per l’operatore più costoso, l’OSS.

- Vi sono già diversi ambiti di intervento che non includono prestazioni sanitarie né

soltanto di operatori sanitari e/o di OSS e che pure sono tutti interni alle competenze del SSN, anche finanziarie. Ad esempio:

- la parte di retta che il SSN garantisce ai ricoverati in RSA. Spesa tutta sanitaria che copre non solo le prestazioni di O.S.S. o infermieri, ma parte del servizio di gestione corrente delle strutture. Perciò attenti a questo paradosso: se il SSN assume nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti solo i costi relativi agli OSS, c'è disparità di trattamento del SSN tra chi è ricoverato e chi è assistito al domicilio, con maggiori oneri di compartecipazione per le famiglie che optano per l'assistenza domiciliare.

- Il ricovero in ospedale, o nei posti letto di post acuzie e riabilitazione, dove la spesa del SSN riguarda tutte le componenti del costo e gli oneri per tutti i tipi di operatori, anche non sanitari, o non OSS.

- L'art. 55 dei nuovi LEA, che prevede a carico del SSN le spese di trasporto alla dialisi per i nefropatici cronici.

- I c.d. "assegni terapeutici": denaro erogato al paziente dai servizi di psichiatria in molti territori, quando utile per il progetto di vita

b) **Quali diritti vogliamo tuteli il SSN?** Assumere che i supporti nelle funzioni della vita quotidiana in lungo assistenza, sono "extra LEA", assegna il dovere di garantire queste prestazioni solo ai Comuni. I quali sono più soggetti a incertezze nei finanziamenti, con conseguenze sulla esigibilità di quello che per il cittadino dovrebbe essere invece un diritto garantito. Vogliamo un Servizio Sanitario che abbia come compito istituzionale solo l'erogazione di prestazioni incardinate in specifiche professioni, oppure la tutela della salute come diritto, a prescindere dagli strumenti che deve usare allo scopo? Considerando anche le cure domiciliari soltanto sanitarie sono quasi sempre inutili senza supporti robusti alla gestione della vita quotidiana del non autosufficiente (anche molte ore di infermiere a domicilio non garantiscono che il paziente possa nutrirsi, vestirsi, usare il bagno).

Sul tema delle spese a carico del SSN non si tratta di alimentare un conflitto su "chi

deve pagare" tra Aziende Sanitarie e Comuni, per far risparmiare i Comuni a scapito delle Aziende Sanitarie. Si tratta sempre di denaro pubblico per il welfare, il cui uso efficiente è da perseguire comunque. Ma la responsabilità finanziaria anche delle Aziende Sanitarie è ingrediente necessario a dare concretezza alla loro titolarità nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, comunque si attui la modalità di tutela. In caso contrario l'intera spesa di assistenza domiciliare che non consiste in lavoro di OSS ricade sulle famiglie o sui Comuni. Invece ci vuole un "budget di cura" con più fonti (sociali e sanitarie) e loro uso flessibile. Su questo tema il DPCM sui nuovi LEA, rispetto agli interventi sociosanitari: - da un lato ripropone il riparto di spesa (tra Azienda Sanitarie e cittadino/Comuni) che era già definito dal DPCM 29/11/2001; dall'altro prevede (art. 22, c. 4) che le cure domiciliari sono "...integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona" il cui costo è al 100% SSN nei 30 giorni dalla dimissione ospedaliera protetta, e al 50% nei successivi.

Il che significa confermare che la spesa a carico del SSN nelle prestazioni di assistenza domiciliare riguarda solo operatori con il profilo di OSS. Tuttavia lo stesso articolo prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il sociale: si può usare questo spazio da parte delle Regioni?

#### **SNODI FONDAMENTALI NELL'OFFERTA DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

La qualità di un sistema delle cure per la non autosufficienza dipende dal presidio di alcuni snodi del percorso degli utenti. Uno è il luogo di primo accesso del cittadino che si misura con due tipiche difficoltà: a) Esistono molti interventi da natura assai varia, ma che vanno richiesti in sedi separate (anche di amministrazioni diverse); il che implica che l'utente o i suoi familiari intanto conoscano questa gamma di possibilità, e poi si possano recare a presentare richieste in luoghi differenti ed in mo-

menti successivi.

b) Per contro è frequente la criticità per i familiari dei non autosufficienti nel recarsi presso i diversi servizi e nel gestire le procedure richieste.

In molte Regioni per ridurre queste criticità sono stati attivati "Sportelli unici" o "Punti Unici di Accesso" variamente denominati. Ma alla persona che deve assistere un non autosufficiente interessa essere aiutato a richiedere non solo le prestazioni che può ricevere nello "Sportello" (ad esempio prenotare la valutazione in UVG), ma anche tutti gli altri possibili supporti che aiutano a fronteggiare la situazione (prestazioni monetarie dell'INPS, agevolazioni fiscali, riduzioni tariffarie, possibilità di superamento delle barriere architettoniche, trasporti facilitati, misure di tutela degli incapaci).

Dunque è utile interrogarsi su questi aspetti:

- che cosa riguardano le informazioni che gli sportelli riescono a fornire ai familiari per facilitare l'accesso ai diversi interventi? Riescono a illustrare l'intera gamma di ciò che potrebbe essere utile, anche se la prestazione è attivata in altre sedi?

- E gli sportelli riescono a supportare i cittadini sia su "che cosa" richiedere, sia su "come" richiedere (consegnando la modulistica necessaria, fissando dallo Sportello appuntamenti anche presso altri enti, programmando eventuali accompagnamenti per i più fragili)? Evitando dunque informazioni che si limitino ad indicare al cittadino che "...lei deve recarsi a richiedere a qualche altro ufficio".

Certo i LEA non possono dettagliare il funzionamento degli sportelli, ma potrebbero prevedere un vincolo per le Regioni nell'attivarli.

#### **LA CONTRIBUTIONE DEL CITTADINO AI COSTI DELLE PRESTAZIONI**

La definizione dei livelli essenziali non dovrebbe trascurare questo aspetto solo perché è estraneo alla elencazione degli interventi, anche perché sarebbe oppor-

tuno introdurre sul tema criteri più uniformi tra le Regioni. Come è noto va utilizzato (anche) l'ISEE tra i meccanismi per definire la contribuzione. Tuttavia è semplicistico affidare completamente a Regioni ed Enti erogatori la scelta del modo di usare l'ISEE per ricavarne le contribuzioni per i cittadini, perché ne possono derivare meccanismi drasticamente diversi. Entro i LEA meriterebbe perciò almeno regolare:

- se per calcolare le integrazioni delle quote alberghiere delle rette di ricovero in RSA debba continuare ad operare la logica che di norma sinora è stata utilizzata: il ricoverato deve utilizzare tutti i suoi redditi (indennità di accompagnamento inclusa) per pagare la retta, meno una quota che resta in sua disponibilità. Se si usa solo l'ISEE questa modalità è irrealizzabile, sia perché tra i redditi ISEE non sono incluse (dal 1/6/2016) le indennità di accompagnamento, sia perché il valore finale dell'ISEE non rappresenta il "denaro davvero disponibile", bensì un mix di redditi e patrimoni con detrazioni e franchigie.

- alcuni criteri per ridurre le distorsioni derivanti dal solo utilizzo dell'ISEE, che contiene redditi e beni "vecchi" (del secondo anno solare precedente): se si usa il solo ISEE presentato a luglio 2018 dal nucleo di un non autosufficiente, per valutare la condizione economica vengono considerati i redditi posseduti nel 2016 e i patrimoni del 31/12/2017, ed entrambi possono essere molto diversi dagli attuali, a casuale vantaggio o svantaggio dell'utente o dell'Ente erogatore.<sup>2</sup> Il DPCM sui nuovi LEA tuttavia non accenna nemmeno a questa tematica.

#### **CHE COSA DEVE ANCORA ACCADERE?**

Alcune scadenze e impegni previsti dal DPCM 12/1/2017, potrebbero essere utilizzati per introdurre miglioramenti rispetto ai temi sin qui discussi

1) **A livello nazionale.** Il DPCM prevede almeno questi adempimenti: a) Percorsi integrati tra servizi sanitari e sociali; defini-

<sup>2</sup> Varicordato che il D.Lgs 16/9/2017 n°147 (che ha introdotto il Reddito di inserimento) attenua parzialmente questa criticità prevedendo che dal settembre 2018 i redditi entro l'ISEE siano quelli dell'anno solare precedente la dichiarazione che genera l'ISEE (la DSU).

zione di linee di indirizzo per garantire omogeneità nei percorsi di integrazione e uso del Fondo Non Autosufficienza (art. 21, c. 1 del dPCM); b) Protesi e ausili previsti nei LEA: entrata in vigore dopo decreto che definisca tariffe massime per le prestazioni e criteri di accreditamento dei fornitori.

2) **A livello regionale.** a) Semplificare e agevolare la procedura per l'assistenza protesica, definirne i tempi massimi (Allegato 12 del dPCM 15/2017); b) Garantire uniformità nelle procedure e strumenti di valutazione multidimensionale e del progetto di assistenza sociosanitaria (art. 21, c. 2); c) Modalità per le cure domiciliari sani-

tarie, con diverse intensità, e modelli di Integrazione con l'assistenza tutelare (art. 22, c. 3 e 4)

Merita ricordare che la scelta delle Regioni può muoversi su orizzonti diversi, ad esempio: aspettare gli atti nazionali di completamento e non deliberare nulla sui nuovi LEA; interpretare il loro ruolo sui nuovi LEA in modo riduttivo, limitandosi ad esporre che cosa già esiste nel sistema regionale; oppure applicare i LEA con atti che introducano riordini nel sistema dei servizi sociosanitari, anche sui temi discussi in questo articolo. □

### Ammorbidimento civile del modello capitalista?

Ma la misura del successo del terzo settore non può essere data esclusivamente dalle dimensioni dei fatturati e dal numero di servizi gestiti o svolti, né dalla capacità di "scalare" i modelli economici tradizionali di mercato. Il rischio di questo approccio è internalizzare una concezione puramente economica di terzo settore e imprese sociali, dimenticando la cruciale funzione politica e culturale svolta fino a oggi da tali organizzazioni. Vendere servizi a domanda privata pagante per esempio può essere un modo di creare sviluppo e fare crescere il terzo settore, ma è anche una strategia che incorpora il rischio di una selezione avversa delle persone bisognose di aiuto. Allo stesso modo, pensare di rincorrere solo gli investimenti privati incentivati dalla prospettiva di un profitto implica direttamente o indirettamente accettare l'idea che una parte delle risorse da destinare alla soddisfazione dei bisogni dei soggetti svantaggiati debba pagare un prezzo alla logica del profitto e del mercato. Se un faro e un orizzonte il terzo settore e l'impresa sociale devono avere, questo non può essere un'ecumenica tensione verso principi come la reciprocità o il rispetto della persona da realizzarsi attraverso una maggiore imprenditorializzazione. L'obbiettivo dell'agire economico e sociale del terzo settore va piuttosto individuato nella soddisfazione alla crescente domanda di giustizia e inclusione delle società contemporanee. L'unità di misura del successo del terzo settore e delle imprese sociali è di conseguenza soprattutto la capacità trasformativa di condizioni di vita, lavoro e cittadinanza di almeno una parte delle persone che vivono in una situazione di disagio e esclusione, sia di tipo materiale che sociale e culturale. Se questo passaggio non viene chiarito, il pericolo concreto è di ingenerare una grande confusione nelle forme di agire e nelle motivazioni di chi vuole operare con le forme giuridiche vecchie e nuove del terzo settore confondendo l'obbiettivo di una società più giusta con quello di un ammorbidimento civile del modello capitalista che deborda anche in sfere di azione che, per sua natura, a esso sono aliene o addirittura ostili.

**Luca Fazzi, in, Animazione sociale n. 7, Settembre/Ottobre 2017**