

Dal welfare della prestazione a quello della presa in carico

Considerazioni e proposte delle organizzazioni di Terzo settore lombarde sul progetto di riforma del sistema sociosanitario regionale.

Il "Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia" presentato l'estate scorsa ha permesso di iniziare una discussione pubblica sulle prospettive del sistema sanitario e sociosanitario. Le organizzazioni di Terzo settore hanno già espresso le valutazioni, caratterizzate dall'apprezzamento sull'idea di avere una piena integrazione sociale e sanitaria, di spostare l'asse della cura dall'ospedale al territorio, di trasferire le cronicità in luoghi diversi dagli ospedali, di puntare ad una sanità di territorio, di passare dal "cure" al "care", alla richiesta di protagonismo alle più avanzate espressioni della società civile organizzata.

Il processo di riforma ora entra nel vivo del dibattito in Consiglio regionale. La presentazione di cinque distinti progetti di legge, di cui tre provenienti dalle forze di maggioranza, rendono in questa fase difficile - se non inutile - una disamina puntuale dei contenuti dei testi presentati.

Non si può non notare come in parallelo la Giunta Regionale abbia affidato ad una Delibera di Giunta (2989), per quanto significativa come quella sulle cosiddette "Regole di Sistema 2015", pezzi importanti di sostanziale riforma: basti pensare al sistema di *vendor rating* introdotto in merito alle RSA, all'annunciato piano per la cronicità, alle linee guida per la neuropsichiatria infantile, al nuovo sistema di valutazione nei servizi per le dipendenze.

In questa fase, le organizzazioni di Terzo settore, pongono all'attenzione del Consiglio regionale e del dibattito pubblico il proprio punto di vista. Analisi e proposte che emergono dalla lettura delle diverse proposte di legge, ma soprattutto a partire dalle riflessioni che scaturiscono da una conoscenza dei bisogni e dei diritti delle persone e in particolare di chi convive con situazioni di fragilità e di disagio. Sarà invece possibile un'analisi puntuale e l'elaborazione di proposte anche di dettaglio, non appena la Commissione delinearà un unico testo su cui concentrare l'attenzione.

Il percorso di riforma

Le ragioni di fondo di questo percorso di riforma possono essere diverse. In estrema sintesi le questioni della sostenibilità e dell'appropriatezza del sistema appaiono quelle prevalenti, alla luce dei limiti sempre più evidenti delle finanze pubbliche e della modifica delle esigenze di salute della popolazione. Sostenibilità e appropriatezza sono due parole che possono nascondere significati molto diversi.

Un sistema sostenibile perché efficace

Per noi, organizzazioni di Terzo settore, la sostenibilità non può più essere declinata come la ricerca spasmodica della maggior quantità e qualità delle prestazioni al minor prezzo possibile. Appropriately non può più essere ridotta alla proliferazione di procedure di certificazione per selezionare i "bisognosi e meritevoli di prestazioni" e indirizzarli verso il produttore considerato più adeguato. Questo approccio sta dimostrando con tutta evidenza i suoi limiti, perché premia la produzione di prestazioni senza occuparsi degli esiti nella qualità della vita delle persone. La sostenibilità che ci interessa perseguire è quella che coniuga efficienza con efficacia, ovvero la progettazione e realizzazione di interventi improntati a sobrietà e serietà, capaci di sostenere il protagonismo e la qualità della vita delle persone e di favorire l'attivazione dei contesti familiari e sociali di appartenenza.

Superare la frammentazione, sostenere la presa in carico

Le aspettative di gran parte della società civile lombarda riguardano il superamento della frammentazione tra sociale e sanitario e l'implementazione di forme di presa in carico e accompagnamento delle persone e delle famiglie nel loro percorso di cura, assistenza e di promozione sociale. Queste aspettative sembrano trovare alcune positive risposte in alcuni passaggi del "Libro Bianco" recepiti, con modalità differenti, in alcuni Progetti di Legge.

Condivisibile in questo senso ci appare il passaggio dall'approccio prestazionistico a quello della presa in carico: portando l'attenzione sulla necessità non solo di erogare servizi singoli sanitari e sociosanitari, ma di offrire percorsi di accompagnamento delle persone e delle famiglie, soprattutto quelle che convivono con diverse forme di fragilità, spesso croniche.

Altrettanto preziosi sono i riferimenti alla logica del budget di cura (o budget di salute) con la previsione di spostare il finanziamento dalla singola prestazione al rimborso dell'intero percorso, così come il rafforzamento di ruoli e funzioni delle figure deputate alla presa in carico della persona e della sua famiglia.

Si tratta di sfide ambiziose che presuppongono la promozione di una maggiore integrazione tra strutture sanitarie ospedaliere e servizi socio-sanitari e sociali territoriali e l'incremento di strutture sanitarie e sociosanitarie leggere e territoriali, che consentono una maggiore vicinanza tra contesto di vita e contesto di cura delle persone ed evitano il ricorso indebito alla istituzionalizzazione.

Dal dire al fare: le difficoltà presenti nei progetti di legge

Il passaggio "operativo", ovvero la traduzione di queste intenzioni in disposizioni applicative e in successivi atti di implementazione, appare però complesso e non privo di ombre e di incoerenze,

facendo emergere in molti casi una maggiore attenzione agli aspetti organizzativi, di governance e di definizione di nuove procedure piuttosto che ai contenuti dei processi di cambiamento e al monitoraggio dei loro esiti.

La salute non è solo un fatto sanitario, ma soprattutto sociale e relazionale. E' necessario che al processo della salute contribuiscano tutti gli attori che sul territorio possono favorire la socialità della persona. Gli operatori sanitari non possono essere lasciati gli unici deputati a garantire questo compito e devono essere affiancati costantemente con operatori sociali, anche nel processo programmatorio e progettuale.

La riforma deve comprendere anche l'ambito sociale

L'oggetto stesso della riforma dunque non può rimanere confinato nell'ambito sanitario e sociosanitario, ma deve comprendere quello socio-assistenziale e sociale. Questa è la strada a nostro avviso per superare progressivamente e con decisione uno dei problemi più gravi che affligge il nostro sistema di welfare: la sanitarizzazione dei bisogni sociali, causata dallo squilibrio tra le risorse e risposte presenti nel comparto sanitario e sociosanitario rispetto a quello sociale.

In questa direzione avanziamo alcune semplici proposte concrete, che possiamo considerare delle pre-condizioni affinché il processo di integrazione prenda concretamente l'avvio.

Proposte

Crediamo sia fondamentale **prevedere in modo esplicito e vincolante il coinvolgimento e la responsabilità degli enti locali sia nella programmazione regionale come in quella territoriale.** Analogamente i luoghi della programmazione regionale e territoriale non possono fare a meno dell'apporto di informazioni, idee ed esperienze delle organizzazioni intermedie e in particolare di quelle di **Terzo Settore**, capaci di rappresentare bisogni e diritti delle persone con fragilità e di promuovere risposte flessibili e efficaci, che rappresentano in molti casi l'eccellenza del nostro sistema sociosanitario e sociale. Appare allora auspicabile un rafforzamento e una maggior regolamentazione della presenza del mondo del Terzo settore in tutte le sedi di programmazione, come peraltro la stessa Regione Lombardia decise con la DGR 7797 del 2008, mai davvero attuata.

Purtroppo in alcuni passaggi di alcuni Progetti di Legge si prevede un Terzo settore ridotto a mero erogatore di servizi e uno scarso coinvolgimento degli Enti Locali, cioè proprio di quegli organismi e forze che possono di fatto garantire che avvenga questa tanto auspicata e necessaria integrazione.

Preoccupano poi tutte quelle previsioni di riorganizzazione del sistema che si contraddistinguono per un rinnovato centralismo regionale e per la proliferazione di livelli di governance e di controllo. Al di là delle scelte specifiche uno dei meriti del "Libro Bianco" si poteva rintracciare nel disegno di una articolazione funzionale del sistema semplice e snella. **Sarà quindi bene prevedere che vi continui ad essere una perfetta coincidenza, almeno da un punto di vista geografico, degli ambiti di programmazione sociali con quelli di programmazione sociosanitaria e sanitaria**, in modo da rendere possibile il massimo livello possibile di integrazione. La richiesta e l'indicazione è anche quella di impostare la riorganizzazione dei livelli di governance in modo essenziale, distinguendo con chiarezza responsabilità, ruoli e compiti di ognuno. **Piani sociosanitari e Piani sociali di Zona dovrebbero essere elementi molto intrecciati** e molto porosi rispetto al territorio; ciò a differenza di quanto avviene ora in cui viaggiano su canali del tutto separati e spesso con scarsissima o nessuna partecipazione della società civile. Una reale integrazione di sociale e sanitario su ogni territorio non può essere attuata aumentando il potere delle Aziende Sanitarie (qualunque denominazione esse assumeranno) a scapito della programmazione sociale dei Comuni. Si tratta di creare veri luoghi di conoscenza, confronto e programmazione, capillari su ogni territorio, dove vi sia una presenza paritetica di Regione e Comuni. Le attuali Cabine di Regia uniche tra ASL e Comuni dovrebbero quindi divenire organi realmente paritetici e il loro equilibrio tra sociale e sanitario dovrebbe essere garantito.

L'attenzione all'autonomia territoriale è ancora più importante in una regione come la Lombardia, caratterizzata da un'estrema differenziazione geografica e sociale tra i diversi territori. Non può essere una delibera regionale a dire cosa devono fare i territori ma devono essere gli stessi territori a indicare le strade più concrete per rispondere ai bisogni dei cittadini alla luce di indicazioni programmatiche regionali. La conoscenza dell'appropriatezza è strettamente legata ai territori, alla loro struttura geografica ed anche storica, costruita di relazioni, di storie pregresse. Al fine di valutare le dimensioni e i confini adeguati ai diversi livelli di governance, bisogna tenere presente che più la definizione territoriale si amplia e più il rapporto con il territorio diventa esclusivamente un fatto amministrativo.

Da questo punto di vista, sostituire le attuali ASL con una unica azienda regionale, l'ATS (Agenzia per la Tutela della Salute) che svolgerebbe le funzioni di programmazione, di acquisto e di valutazione del bisogno, rischia di indebolire la possibilità di programmare i servizi sanitari e sociosanitari in maniera aderente ai bisogni e alle risorse del territorio. Infatti, le Articolazioni Socio Sanitarie Locali nelle quali si suddividerebbe l'ATS sui territori, non avrebbero alcuna autonomia di

operare in relazione alle specificità della propria zona ma sarebbero solo dei suoi terminali locali con un rapporto di stretta dipendenza dalla struttura centrale e una vocazione prevalentemente amministrativo-burocratica.

L'ipotesi ricorrente di un **assessorato unico al welfare** - che riassume le attuali deleghe degli assessori alla salute e alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità - **risponde positivamente** a un disegno da tempo auspicato anche dal terzo settore. Questa integrazione, finalmente disegnata a livello di governance regionale, non potrà risultare utile se contemporaneamente si dovesse confrontare con un impianto pletorico e centralizzato cui è tolta a livello locale ogni responsabilità e titolarità della programmazione. E' opportuno chiedersi quindi come questo processo di unificazione e, ci auguriamo, di integrazione affronti e risolva le implicazioni giuridiche e tecniche sul versante sociale. In questo senso chiediamo che vi sia un più chiaro collegamento tra questa trasformazione e ciò che è stato stabilito dalla legge 3/2008.

In questo contesto non può continuare la delega in bianco alla Giunta sulla determinazione di criteri di accreditamento, strumenti di valutazioni, indicatori di funzionamento: strumenti che, prima di essere tecnici hanno aspetti politici, culturali e sociali molto rilevanti e quindi devono essere oggetti di dibattito pubblico, sia sociale che scientifico - culturale, anche all'interno dello stesso Consiglio Regionale.

Per quanto riguarda il nodo della **de-sanitarizzazione degli interventi sociali**, riteniamo che essa potrà essere attuata prevedendo una sempre maggiore e forte personalizzazione degli interventi e processi di presa in carico globale e integrata che vedano sul piano di parità tutti i soggetti, a partire dalle persone per arrivare alle istituzioni, e generino interventi sociosanitari capaci di coinvolgere la comunità sociale con la valorizzazione di tutte le professionalità (non solo quelle sanitarie) e competenze sociali. Un processo che pensi ad azioni quali la **valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata** e globale finalizzati non al semplice "orientamento e invio" verso un servizio piuttosto che a un altro, ma al protagonismo delle persone e delle famiglie coinvolte. Processi che quindi non si pongano in alternativa alla "libera scelta" ma che la possano riempire di significato, orientando ai bisogni e desideri delle persone il funzionamento stesso dei servizi.

Si richiama quindi la **centralità della responsabilità della funzione di presa in carico propria dei Comuni** che, per essere adeguatamente realizzata, **non può prescindere dalla collaborazione e dal coinvolgimento della rete dei servizi, pubblici e del privato sociale**, che possano mettere a disposizione competenze e professionalità adeguate al pieno svolgimento di questo delicato ruolo.

Inoltre, coinvolgendo gli organismi privati di utilità sociale (come li definisce la legge 328/2000) e riconoscendone davvero il valore di realtà promotrici di servizi alla persona e non di meri erogatori, occorre lasciare la scelta degli strumenti di valutazione, di progettazione personale e comunitaria, di verifica e di qualità, che hanno fondamenta antropologiche e pedagogiche, a chi accompagna le persone e/o le famiglie (che necessitano di essere supportate temporaneamente o permanentemente nel cammino della vita) con le proprie identità e progettualità, con propri valori e generativa creatività, senza imposizioni normative e/o di funzionari pubblici, oltre ogni pericolo di omologazione culturale. E dunque, per concretamente riuscire in questo, necessita superare immediatamente la logica sanzionatoria e preparare anche per questo i funzionari delle ASL non a meri controlli ma, nel rispetto reciproco e collaborazione valorizzante, alla logica costruttiva e migliorativa.

L'obiettivo della promozione della salute globale (che forse sarebbe meglio chiamare dinamica promozione globale della persona) deve comprendere il contrasto alle malattie acute così come le necessità di assistenza non come fine a se stesse, ma per **perseguire il miglioramento della Qualità della vita**. Il rischio, anche in campo sociosanitario, è quello di schiacciare tutte (o quasi) le condizioni di fragilità sulla cronicità (che è infatti un paradigma sanitario) e in particolare quella dei grandi anziani non autosufficienti, mentre le situazioni e le condizioni di vita degli stessi anziani, come dell'insieme della popolazione "più o meno fragile" (pensiamo anche ad esempio ai rischi di sanitarizzazione dei servizi per persone con disabilità, specialmente delle residenze che dovrebbero invece diventare la prima casa dei disabili che non possono più restare in famiglia, con una risposta al "Dopo di noi" rasserenante i genitori e i familiari di impronta prioritariamente educativa), sono molto più ampie e articolate.

Appare poi sempre forte **il rischio di trascurare il tema della prevenzione**. Il prendersi cura non si può non conciliare con la prevenzione alla patologia. Sarebbe auspicabile una maggiore centralità del tema della prevenzione per la quale ancora una volta le strutture sanitarie possono svolgere solo una parte del lavoro e altrettanto importanti sono le strutture e gli operatori sociali. Anche nel campo della salute mentale così come nell'area delle dipendenze la dimensione esclusivamente ospedaliera della cura rischia di porre nell'angolo la storia e la cultura di territorio e di sottovalutare l'accompagnamento educativo e lo sguardo pedagogico così preziosi anche in queste aree, anzi potremmo dire necessari per una vera umanizzazione. Appare pericoloso, da questo punto di vista, portare questi aspetti nell'area ospedaliera. Più sensato, appare invece un ritorno della psichiatria e della neuropsichiatria alle strutture territoriali.

Proprio la complessità dei bisogni e le difficoltà insite in un processo di riforma così ampio, suggeriscono la necessità di **prevedere in modo esplicito costanti occasioni di monitoraggio** e di confronto (rilanciando anche il regionale Tavolo del Terzo Settore, su basi rinnovate e di reale coinvolgimento sulle politiche e sulle normative nella fase di definizione, nella prospettiva delle reti solidali, oltre la concorrenza e la competizione) sugli esiti della riforma dei suoi successivi atti applicativi.

Forum Terzo Settore Lombardia (con l'esplicita adesione di)

ACLI Lombardia

AGESCI Regione Lombardia

ANFFAS Lombardia

ANTEAS Lombardia

ARCI Lombardia

ANPAS Lombardia

AUSER Lombardia

CEAL

Confcooperative Lombardia

CNCA

LEDHA

Legacoop Lombardia, Dipartimento welfare

e le seguenti organizzazioni che fanno parte della

Consulta Ecclesiale Regionale delle Opere Socioassistenziali:

Caritas Ambrosiana

UNEBA

Associazione Vita Consacrata in Lombardia

FELCEAF

MOVI

Gruppi di Volontariato Vincenziano

Federazione Regionale Società di San Vincenzo de' Paoli.

Milano, 2 di aprile duemila quindici