

Le posizioni del Presidente Fontana sul welfare lombardo

Attilio Fontana è il nuovo Governatore della Lombardia: in questa intervista le sue posizioni e linee programmatiche sui principali temi del welfare

a cura di Lombardia Sociale - giovedì, aprile 05, 2018

<http://www.lombardiasociale.it/2018/04/05/le-posizioni-attilio-fontana-sul-welfare-lombardo/>

Attilio Fontana è il nuovo Governatore della Lombardia ed è appena stata nominata la nuova Giunta che vede la presenza di 3 assessorati dedicati ai temi del welfare: Silvia Piani, Assessore alle politiche per la Famiglia, genitorialità e pari opportunità; Stefano Bolognini, Assessore alle politiche sociali, abitative e disabilità; Giulio Gallera, Assessore al welfare. Mentre si aspettano le nuove nomine relative alle dirigenze, riproponiamo qui il testo integrale dell'intervista rilasciata da Fontana durante la campagna elettorale a proposito del welfare in Lombardia e delle principali linee programmatiche per il suo sviluppo.

IL FINANZIAMENTO E LA SPESA

Le questioni

Dopo un primo iniziale rafforzamento del fondo sociosanitario, tramite la costituzione del cosiddetto “Fondo famiglia”, nel corso di questa legislatura le risorse proprie che la Regione ha investito nel sociale, tenuto anche conto dei programmi del Reddito di Autonomia, si sono complessivamente indebolite. Dopo anni di annunci si è concretizzato il taglio al Fondo sociale regionale. La Regione ha favorito la messa in circolo di varie tipologie di risorse esterne (i fondi nazionali, tornati a crescere, e i fondi comunitari per le misure connesse al Reddito di Autonomia), ma allo stesso tempo, nelle proprie politiche di bilancio, sembra avere rinunciato al ruolo di finanziatore del welfare sociale, privilegiando altri scopi.

DOMANDA 1. QUALE TIPO DI IMPEGNO SI SENTE DI ASSUMERE PER IL PROSSIMO QUINQUENNIO RISPETTO AL BUDGET PER IL WELFARE SOCIALE (FONDI GESTITI DALLA DG REDDITO DI AUTONOMIA E PARTE DELLA DG WELFARE DESTINATI AL SOCIO SANITARIO)?

In un sistema assai complesso nel quale le “indicazioni” e le “regole” del legislatore nazionale condizionano in misura significativa le azioni della Regione, emerge l'esigenza di “ricomporre” le risorse, sia nazionali che regionali volte a sostenere le politiche di Welfare. Mi sembra qui doveroso sottolineare come le politiche regionali, in un momento quale quello attuale – nel quale la condizione socioeconomica di molte persone determina e condiziona la loro “qualità della vita” e influenza i percorsi

di “inclusione sociale” – debbano orientarsi sempre più nel cercare di trovare un equilibrio tra tre fondamentali dimensioni:

1. Il sostegno al reddito e, di conseguenza, il sostegno economico nelle situazioni di “vulnerabilità sociale”;
2. Il sostegno alla genitorialità attraverso specifiche misure che favoriscano l’accesso ai servizi destinati ai minori;
3. Il sostegno a percorsi di “inclusione” sociale orientati a favorire l’accesso alle persone vulnerabili o fragili alle reti di inclusione sociale e al lavoro.

Nel quadro di queste complessive linee di intervento regione mette in campo risorse proprie, oltre alle risorse nazionali e europee. Per tale motivo occorre valutare il dato da Voi rilevato (relativo alla diminuzione delle risorse regionali) alla luce del complesso delle risorse e non solo del Fondo Sociale Regionale. Se, infatti, si può affermare che il Fondo Sociale Regionale ha subito una diminuzione in termini assoluti, non si può non tener conto del corrispettivo incremento degli interventi in altre aree di bisogno.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si evidenzia quanto investito, in termini di risorse proprie, per sostenere le misure previste dal FNA 2017 che come a Voi è certamente noto, non è sufficiente per garantire alle persone con gravissima disabilità la misura prevista cui si somma quanto previsto da una specifica misura regionale, condivisa con le Associazioni dei Malati di SLA, per sostenere i nuclei famigliari nei quali alla presenza di una persona con “gravissima disabilità” – a prescindere dalla diagnosi clinica – vi è la presenza di un figlio minore o studente. Interventi che superano i 10.000.000 di euro.

Linee programmatiche

Per il futuro ritengo di assumere l’impegno di sviluppare investimenti mirati su misure orientate a sostenere il Welfare locale in una logica di “investimenti” verso il cambiamento di paradigma. Ovvero nel sostenere interventi e sostegni volti a sviluppare le reti di prossimità. Tale decisione parte anche dalla valutazione che i servizi, salvo rare eccezioni, hanno nella nostra Regione raggiunto un livello rilevante e che, quindi, si debba oggi puntare a completare, attraverso interventi mirati, il complesso della rete locale capace di rispondere in misura articolata e flessibile alle esigenze dei cittadini generando valore aggiunto nella partecipazione del terzo settore di prossimità.

LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE FRAGILI

Le questioni

Regione Lombardia, nella Legislatura che si sta concludendo, ha investito molte energie e risorse nella complessa riforma della Presa in carico che, sin qui, prende però in considerazione solo le principali malattie croniche. Le disabilità che ad esse inevitabilmente conseguono, fino alla totale perdita delle autonomie, e le altre forme di fragilità, non sono ancora contemplate dal sistema.

DOMANDA 2. COSA FARA’ IL SUO ESECUTIVO SULLA RIFORMA DELLA CRONICITA’?

Il tema delle disabilità e della non autosufficienza rinvia e postula il tema della “presa in carico” come momento centrale del sistema di Welfare. Tale tema deve necessariamente essere affrontato a due livelli, il primo dei quali riguarda la necessità di avere un pensiero sul significato che tale concetto postula, il secondo ne definisce gli aspetti organizzativi. Per quanto riguarda il significato, la “presa in carico” supera il tradizionale rapporto tra domanda ed offerta di servizi, tra bisogni e prestazioni. Tale modello è un sistema fatto prima di tutto di “relazioni”, ovvero di un rapporto tra la persona fragile, intesa come un individuo nella sua “complessità”, una persona nella quale interagiscono le sue aspettative, il suo contesto di relazioni – relazioni affettive, familiari e relazioni sociali – la sua famiglia e gli operatori chiamati condividere le tematiche legate al “percorso di vita” offrendo sostegni – servizi e soluzioni operative – indirizzate a rispondere ai bisogni della persona fragile e del suo contesto familiare. In questa prospettiva la “presa in carico” è prima di tutto la capacità del sistema sociosanitario e sociale di “leggere” non tanto e non solo i bisogni delle persone “fragili” nella loro complessità, ma quello che possiamo definire come la capacità di “tradurre” in sostegni la prospettiva esistenziale della persona fragile e del suo contesto di vita. Sul piano organizzativo ritengo debba essere avviata una risposta coerente a quanto sopra.

Linee programmatiche

Riteniamo essenziale, in questa prospettiva, definire una “azione sinergica” tra il sistema sociosanitario (ATS/ASST) e sociale (Comuni) per arrivare a realizzare équipes territoriali capaci di “farsi carico” dei complessi bisogni che le persone fragili manifestano evitando il rischio di “parcellizzare” le complessità delle situazioni in singoli “bisogni” cui rispondere.

Le questioni

Nel corso dell'ultima legislatura, in particolare in alcune aree (es. domiciliarità), è cresciuta l'articolazione dell'offerta di interventi pubblici con il moltiplicarsi di differenti misure (B1, B2 Residenzialità leggera, RSA aperta, Voucher per l'autonomia). Non è sempre facile però sapersi orientare. Muoversi nell'attuale quadro di sostegni, infatti, si rivela particolarmente difficile, sia per gli utenti che per gli stessi operatori. Il dibattito scientifico è ormai concorde nel considerare presupposti perché un simile sistema possa funzionare a) l'efficace funzione di informazione e orientamento all'utenza; b) la valutazione multidimensionale e la una presa in carico unitaria e integrata; c) il raccordo/l'integrazione di tutti gli interventi ad opera di un case manager istituzionale, punto di riferimento continuato nel tempo. Nella legislatura appena passata si sono fatti passi importanti in questa direzione (istituzione delle UVM, definizione di strumenti di valutazione univoci, richiami al case manager e all'integrazione socio-sanitaria, previsione di sportelli unici welfare). Benché tutto questo sia previsto dalla norma, nella realtà l'applicazione è molto varia e le famiglie nella maggioranza dei casi ancora cercano di orientarsi da sole e di “assemblare” gli interventi in autonomia, fungendo da case manager di sé stesse.

DOMANDA 3. QUALE STRADA PENSA DI INTRAPRENDERE SULLA PRESA IN CARICO? CONCRETAMENTE QUALI PASSI ATTUATIVI PENSATE DI COMPIERE?

Le esperienze sin qui condotte in tema di presa in carico ci hanno convinto che tra “risposte” e “sostegni”

vi sia una sostanziale differenza, le prime rinviano a specifici “bisogni”, i secondi richiamano inevitabilmente gli obiettivi di vita; le prime rinviano alla “valutazione” delle condizioni clinico-funzionali, i secondi alla valutazione dei percorsi necessari alla persona fragile per realizzare se stessa – ovvero al “progetto di vita”; le prime si traducono spesso in interventi che assumono il connotato di “prestazioni” i secondi si connotano come “supporti”. Coerentemente con quanto sin qui detto penso sia necessario “superare” il modello che ancora oggi si basa sulla “presa in carico” connotata da elementi di natura “valutativa” e orientata a definire la necessità di erogazione “singole misure o interventi” per approfondire e realizzare un modello di intervento che si basa sulla “presa in carico” intesa come analisi e condivisione dei “percorsi di vita” e delle aspettative della persona fragile e del suo contesto familiare per realizzare un percorso nel quale gli interventi programmati si configurino come sostegni che si affiancano e si integrano con le risorse personali e familiari che le persone fragili e le loro famiglie “mettono in campo” per realizzare il loro percorso di vita.

Linee programmatiche

Un tema che credo debba essere sviluppato e che è una conseguenza del modello di “presa in carico” come sopra descritta è quello della “ricomposizione” delle diverse misure in un “fondo unico per la disabilità e la non autosufficienza” col quale attivare i “sostegni” che il “progetto di vita” rende necessari. Superfluo sottolineare come, al riguardo, prima che regionale il problema è “nazionale”. Se si vuole, in certa misura il percorso di “presa in carico” deve travalicare il limite della “situazione presente” di una osservazione e valutazione del “qui e ora” per approfondire le tematiche legate alle prospettive future, all’evoluzione prospettica, alle attese possibili che la persona fragile e la sua famiglia hanno individuato.

Basti qui ricordare come, nell’area dei soli “fondi sociali destinati alle persone fragili – disabili e non autosufficienti – oggi a livello nazionale vi siano specifiche misure quali:

- il FNA, assegnato alle Regioni, per sostenere i percorsi di presa in carico domiciliare delle persone con gravissima o grave disabilità. Fondo le cui linee programmatiche generali sono determinate a livello centrale;
- il Fondo per la “vita autonoma ed indipendente” delle persone disabili, gestito direttamente dal Ministero attraverso apposite convenzioni con alcuni Ambiti territoriali, per sostenere i percorsi di “autonomia dalla famiglia d’origine” di persone disabili adulte;
- il Fondo del cosiddetto “Dopo di Noi” assegnato alle Regioni per realizzare percorsi destinati a sostenere percorsi di “uscita” dal nucleo familiare d’origine di disabili gravi verso forme di residenzialità quali “gruppi appartamento o forme di Housing”;
- il fondo – di prossima attivazione – destinato a sostenere il riconoscimento del care giver familiare.

Noi pensiamo che “ricomporre” il complesso di tali misure sia il primo passo per realizzare una “presa in carico” capace di incidere e sostenere i “percorsi di vita” delle persone disabili e non autosufficienti consentendo quelle flessibilità che tali progetti richiedono e, se volete, anche una attenzione ed una conseguente possibilità di assicurare misure coerenti col “ciclo di vita” delle stesse persone fragili.

NON AUTOSUFFICIENZA

Le questioni

I dati del Ministero della Salute stimano che in Lombardia siano presenti non meno di 370.000 anziani non autosufficienti (2013), sostenuti solo in minima parte dai servizi domiciliari, con una prevalenza, invece, di utilizzo di assistenti famigliari, sostenuti quindi dalla spesa privata delle famiglie. La stima è di 150.000 badanti presenti sul territorio e, in termini economici, il 75% delle risorse economiche necessarie al sostegno appartiene alla spesa privata delle famiglie, mentre la dotazione di servizi formalizzati residenziali e domiciliari è lontana dai dati medi europei. Nei prossimi anni il problema è destinato a aumentare. Entro i prossimi dieci anni, ad esempio, gli ultra85enni lombardi saranno 150.000 in più, mentre l'andamento della dotazione di servizi e dei budget collegati è sostanzialmente stabile da diversi anni e i budget economici a disposizione crescono solo in modo limitato e certamente non in proporzione all'aumento della popolazione 65+.

DOMANDA 4. COME INTENDE AFFRONTARE IL PROBLEMA? QUALI FORMULE E APPRICCI SI INTENDONO FAVORIRE E PERSEGUIRE PRIORITARIAMENTE?

A nostro parere va aperta una discussione col Governo sul significato e sulla distinzione, anche con riferimento ai L.E.A., ma non solo, tra persona “disabile di ogni età” (art. 34) e “non autosufficiente” (art. 30) cui si aggiunge la problematica delle persone “con gravissima disabilità o con patologie non acute che presentano la necessità di supporto alle funzioni vitali” (art. 29).

Tutto questo anche perché, laddove valga il dato da Voi evidenziato di 370.000 persone anziane non autosufficienti ci sembra opportuno osservare come, sulla base dei dati INPS del marzo 2017 riferiti all'anno 2016, il totale delle persone adulte ed anziane con il riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento siano, a livello nazionale, 1.775.431 con una “stima” (calcolata sul rapporto tra beneficiari di “prestazioni assistenziali” a livello regionale e quello nazionale – pari all'11,9%) sia a livello regionale di 210.600. Ora, come potete osservare i due dati evidenziano una potenziale “platea di beneficiari” assai differente in termini di numerosità a meno che non si ipotizzi un significativo scostamento tra le persone anziane non autosufficienti ed i beneficiari dell'Indennità di accompagnamento – il che porrebbe un problema assai rilevante in termini di tutele assistenziali assicurate dal sistema previdenziale.

Ciò premesso siamo convinti che si debba “rilanciare” prioritariamente a livello nazionale e, in secondo luogo, a livello regionale, il tema dei costi da assumere a carico del Fondo Sanitario che il sistema sociosanitario evidenzia perché possa effettivamente essere un “servizio a misura del cittadino”. Costi che, a nostro parere, sono assai maggiori, di quanto i nuovi L.E.A postulano sia in termini di Servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali e Domiciliari che uniti alla totale assenza di specifici “L.E.A. sociali” vedono spesso interventi nazionali “inadeguati” se non carenti. Sul piano delle “politiche regionali” oltre a quanto detto sopra relativamente al tema della “presa in carico” pensiamo debbano svilupparsi logiche di sostegno alle persone anziane non autosufficienti integrando le risposte di natura sociosanitaria con quelle di natura sociale e sviluppando percorsi, quali l'esperienza della “RSA aperta” che offrono sostegni alle famiglie nello svolgimento del loro ruolo di “cura”.

Linee programmatiche

Riteniamo prioritario investire nella rete dei servizi e dei sostegni volti a supportare la domiciliarietà della persona anziana non autosufficiente evitando il ricorso alla risposta residenziale in quanto siamo convinti

che il “bisogno” è talora condizionato, in una significativa misura, non solo dai desideri e dalle condizioni della persona e del suo contesto familiare ma anche dalla presenza dei servizi e dell’offerta così come si strutturano. In questo senso penso si debbano sviluppare e promuovere iniziative di “integrazione” tra l’A.D.I. e i S.A.D. oltre a sviluppare sostegni flessibili quali la “RSA aperta” affinché la risposta domiciliare sempre più sia un “continuum” articolato e flessibile capace di incidere significativamente sulla vita delle persone anziane non autosufficienti e dei loro familiari accudenti. In questo quadro penso debbano svilupparsi interventi capaci di superare la logica dei singoli servizi o Unità d’Offerta sviluppando iniziative che incentivino i gestori dei servizi verso un nuovo concetto di servizio il “Centro Multiservizi Integrato” all’interno del quale tradurre in azioni concrete il progetto di “presa in carico”.

PERSONE CON DISABILITA’

Le questioni

In Lombardia è in atto un ampio dibattito circa le derive verso la sanitarizzazione dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità (CDD, RSD in particolare). Quest’area di servizi è cresciuta nel tempo e contemporaneamente si è consolidato anche il sistema della loro regolazione (accreditamento, appropriatezza, controllo e vigilanza) strutturato su un modello sanitario che ha focalizzato l’attenzione su aspetti clinici e di cura della salute trascurando le esigenze di vita e di inclusione sociale della persona con disabilità, che invece rappresentano una parte altrettanto rilevante nella mission di questi servizi.

DOMANDA 5. DAL SUO PUNTO DI VISTA QUESTO ASPETTO RAPPRESENTA UN PROBLEMA? E, SE SÌ, COME INTENDE AFFRONTARLO?

Una premessa fondamentale anche in ragione della Vostra osservazione sulla centralità dei temi legati alla dimensione sociale. Nella nostra Regione alla rete delle Unità d’Offerta socio-sanitarie per disabili costituita da:

- 264 CDD autorizzati per un totale di 6.766 posti di cui:
 - Accreditati 263 con 6.684 posti;
 - A contratto 262 con 6.684 posti;
- RSD autorizzate 98 con un totale di 4.251 posti letto di cui:
 - Accreditati 97 con 4.251 posti letto;
 - A contratto 93 con 4.181 posti letto.

si affianca una rete sociale destinata a realizzare percorsi di presa in carico per persone disabili con diversi profili di abilità che non è affatto “marginale”. Tale rete è costituita:

- da 266 Comunità Alloggio /Comunità Socio Sanitarie per complessivi 2.130 posti;
- da 204 Centri Socio Educativi per disabili per complessivi 4.314 posti;
- da 122 Servizi di Formazione all’Autonomia per disabili per complessivi 2.726 posti.

Mi pare quindi doveroso premettere quindi che la rete dei servizi per le persone disabili in Lombardia presenta una significativa quantità di servizi con caratteristiche e tipologie orientate in senso “sociale” che non può non essere presa in considerazione allorchè si analizzano compiutamente le politiche a favore delle persone disabili. In tema di servizi sociosanitari, come a Voi noto i percorsi di accreditamento, cui Voi vi riferite, sono stati definiti nel 2003 e prevedevano che, seppur nell’ambito di tale tipologia di servizi, vi fosse una significativa se non prioritaria presenza di personale “educativo/animativo” rispetto a personale sanitario o di “assistenza tutelare” e come, al centro di tali servizi e degli standard gestionali, vi fosse il “progetto di vita” delle persone disabili e, se volete, la loro “qualità della vita” fatta da un insieme di risposte di natura sanitaria e tutelare, ma anche e soprattutto, di risposte di natura educativa e sociale più che una mera attenzione alla risposta di natura esclusivamente sanitaria.

Mi pare opportuno, inoltre, qui ricordare, al riguardo, come la Delibera 3612 del 21 maggio 2015 nella quale si evidenziava come, nei CDD e nelle RSD, a fianco di attività di natura sanitaria – abilitative riabilitative – si affermava che elemento determinante erano e sono anche le attività di natura educativo/animativo volte a favorire “percorsi di socializzazione, di inclusione sociale e di miglioramento della qualità della vita”. Rientra altresì in tale ambito la decisione assunta con la DGR 7600 del 20 dicembre 2017 nella quale, nel prendere atto della rilevanza che la “continuità della presa in carico” – che nelle RSD coincide con la continuità del luogo e del contesto di vita -, costituisce un valore fondamentale per le persone disabili al fine di evitare improprie dimissioni dalle strutture, si è travalicato il tradizionale limite – 65 anni – posto all’accoglienza dei disabili in tali struttura.

Linee programmatiche

La programmazione ed il complesso quindi dei servizi sociosanitari per le persone disabili credo dovranno in futuro sempre più porsi il problema della domanda che viene loro rivolta e che, a mio parere, sempre più richiede di “conservare” quel percorso di inclusione sociale e di continuità nelle relazioni che le persone hanno costruito nella loro vita. Le Unità d’Offerta, in particolare quelle residenziali, non possono prescindere, nel nostro contesto lombardo, dal fatto che l’accoglienza delle persone disabili non può realizzarsi “negando” i percorsi di vita precedenti l’accoglienza e non può concretizzarsi se non consolidando le relazioni della persona disabile col suo contesto di vita che non può ridursi alle sole relazioni familiari. In questo senso ritengo possibile che alcuni meccanismi che oggi regolano tali servizi vengano modificati per rendere tali Unità d’Offerta più coerenti con il principio di “continuità dei percorsi di vita” e più rispondenti al bisogno di “prossimità col contesto di vita” che le persone disabili richiedono.

LE RETTE NEI SERVIZI

Le questioni

I livelli delle rette dei servizi di welfare sociale rivolti ad anziani non autosufficienti e persone con disabilità evidenziano un trend crescente negli anni più recenti, e oggi, per accedere ad alcune strutture nella regione, le cifre mediamente richieste agli utenti risultano piuttosto elevate. Nei servizi per gli anziani non autosufficienti, in particolare i servizi residenziali per anziani – cioè le RSA – nei quali il problema si mostra con forza, si dispone di dati piuttosto chiari in proposito (+11% dal 2011 al 2016, 63

Euro la retta media – dati 2016). Nel 2017 la Regione ha stanziato 10 milioni di Euro destinati a ridurre le rette di anziani inseriti in RSA contrattualizzate, misura che ha rappresentato certamente uno sgravio ma non una soluzione al problema complessivo. Al contempo la quota sanitaria, che il SSR versa ai gestori delle Rsa, e che dovrebbe pagare i costi sanitari in quanto all'interno dei LEA, risulta immutata da anni e non adeguata alla piena copertura di tali costi. A tutto ciò si aggiunge l'esigenza di adeguare lo strumento di valutazione SOSIA ai cambi demografici e soprattutto clinici emersi negli ultimi anni.

DOMANDA 6. IL VOSTRO PROGRAMMA PREVEDE INTERVENTI PER REGOLARE I LIVELLI DELLE RETTE NEI SERVIZI DI WELFARE SOCIALE LOMBARDO? SE INTENDE INTERVENIRE, A CHE TIPO DI AZIONI AVETE PENSATO PER TUTELARE GLI UTENTI CON MINORI DISPONIBILITA' ECONOMICHE DA UN LATO e NEI CONFRONTI DEI GESTORI DALL'ALTRO?

Il tema delle rette nei servizi sociosanitari, come vi è noto, dipende, in misura rilevante, da quanto definito dai L.E.A. a livello nazionale e dalla conseguente disponibilità di risorse assegnate alla Regione. La programmazione regionale, è quindi in larga misura determinata da vincoli e risorse che dalla stessa Regione non dipendono. Basti qui osservare che, come voi certamente sapete, i L.E.A. – febbraio e novembre 2001 – hanno definito in modo “esplicito” che la retta a carico dell'utente per i servizi sociosanitari residenziali risulta pari ad una percentuale calcolata sulla base dei “costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali ..” che:

- per gli anziani non autosufficienti è pari al 50%;
- per le persone disabili:
 - se disabili gravi è pari al 30%;
 - se disabili privi dell'assistenza familiare è pari al 60%.

A tali elementi (in particolare nel determinare il “costo medio”) Regione Lombardia si è riferita per definire la “compartecipazione” ai costi delle tariffe “sanitarie” per il complesso del sistema lombardo.

Ci permettiamo di osservare che in Regione, come a Voi noto, vengono annualmente raccolti, attraverso “Scheda struttura” i dati economici relativi a tutte le Unità d'offerta sociosanitarie.

Con riferimento alle RSA su un totale di 688 strutture la retta media praticata dalle RSA risulta leggermente inferiore a quella da Voi evidenziata mentre le tariffe assicurate dal FSR (al netto dell'intervento realizzato per ridurre le rette ai cittadini più fragili ospiti di RSA) sono sostanzialmente allineate a quanto previsto dai L.E.A. In merito al costo della retta sostenuto dai cittadini i dati in nostro possesso ci confermano, sostanzialmente, quanto già presentato ai gestori e riferito ai dati dell'anno 2015, che vede come la retta media sostenuta dagli ospiti o dai loro familiari risulta essere mediamente intorno ai € 58 al giorno. Tale retta è destinata a sostenere anche l'onere di quelli che possiamo definire come “servizi aggiuntivi rispetto agli standard regionali” che, variano in misura significativa tra diversi territori e, all'interno degli stessi territori, tra diverse RSA. I nuovi L.E.A. – DPCM 12 gennaio 2017- hanno posto e porranno rilevanti problematiche al sistema sociosanitario anche con riferimento all'affermazione secondo la quale l'approvazione dei suddetti non avrebbe comportato, per il sistema sociosanitario, alcun maggiore onere. In particolare i nuovi L.E.A. pongono una serie di problematiche che possiamo così riassumere:

- la definizione dei “destinatari” dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali. In

particolare:

- viene “ampliata” la tipologie di persone il cui ricovero è a totale carico del Fondo Sanitario introducendo nuove tipologie rispetto alle precedenti (ART. 29);
- viene mantenuto (ART. 30) il concetto di “non autosufficienti” sostituendo il concetto di “anziano” con “persona”;
- viene mantenuto (ART.34) il concetto di persona “disabile” introducendo però alcuni elementi di rilevante significato:
 - il criterio di persona disabile “di ogni età” con ciò ponendo il problema della differenza tra “persona non autosufficiente” e persona “disabile di ogni età”;
 - il criterio di “persone disabili in condizione di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare” distinguendole dalle “persone disabili che richiedono un moderato impegno assistenziale e tutelare”;
- la definizione di prestazioni a carico del “gestore” dell’Unità d’Offerta quali: accertamenti diagnostici, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e fornitura dell’assistenza protesica;

che certamente determinano non solo l’esigenza di ridefinire le reti dei servizi e degli utenti degli stessi, ma anche impatti sui costi a carico del Fondo sanitario, e anche a carico dell’utenza.

Linee programmatiche

Penso che alla luce di quanto sopra si debba avviare una stagione di “ridefinizione” del complesso dei servizi sociosanitari sia residenziali che diurni (semiresidenziali) destinati alle persone anziane e alle persone disabili esaminando se, oggi, tali servizi rispondono in modo appropriato ai bisogni delle persone fragili: non autosufficienti o disabili o se non debbano essere avviate azioni di “cambiamento” sia in termini di “standard gestionali assicurati” sia in termini di strumenti di valutazione “multidimensionale”. Quanto sopra deve necessariamente accompagnarsi ad una analisi del “fabbisogno territoriale” sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale manovra complessiva di riordino della rete dei servizi e delle Unità d’Offerta deve necessariamente essere sostenuta dalle risorse economiche, in particolare quelle relative al Fondo sanitario, necessarie a ridurre il più possibile, e comunque non oltre quanto previsto dai L.E.A., il costo a carico dei cittadini. Nelle more di quanto sopra si andranno a realizzare, sul modello di quanto già sperimentato, forme di intervento mirate su specifiche tipologie di cittadini per ridurre l’impatto delle rette che oggi sono chiamati a sostenere. Ritengo inoltre possibile, col consenso dei gestori dei servizi, procedere alla definizione di modalità in base alle quali per ogni singola Unità d’Offerta sia reso evidente le componenti “essenziali” dei costi che determinano la retta così come viene praticata. Ritengo cioè possibile che ogni cittadino possa scegliere la struttura anche sulla base di “certificati” costi che evidenzino i contenuti di natura “assistenziali” dalle diverse componenti di natura “alberghiera”. Nel complessivo quadro di quanto sopra ritengo che per le Unità d’Offerta oggi non contrattualizzate debba avviarsi un percorso di progressiva contrattualizzazione partendo dalle realtà territoriali che oggi presentano un dato carente rispetto alla media regionale.

MINORI E FAMIGLIE

Le questioni

Durante l'ultima Legislatura la Regione, nell'area degli interventi rivolti alle famiglie, ha dato continuità a una linea strategica che caratterizza da sempre la Lombardia, secondo cui le risorse sono primariamente assegnate alle famiglie, in forma di voucher e buoni, nella logica di favorire l'accesso ai servizi riducendone i costi per le stesse, o di sostenerne i compiti educativi e di cura attraverso l'erogazione di risorse economiche dirette. In questa direzione sono infatti state erogate le misure del Bonus Famiglia e dei "Nidi Gratis", misure rivolte a una fascia ampia di popolazione, considerando come principale requisito il possesso di una dichiarazione ISEE inferiore a 20.000 euro. Nella stessa direzione, precedentemente, era stato utilizzato il Piano Nidi, le cui risorse in Lombardia erano state utilizzate con la finalità di ridurre il costo dei servizi per la prima infanzia a carico delle famiglie.

DOMANDA 7. IL VOSTRO PROGRAMMA PREVEDE DI PROSEGUIRE NELLA DIREZIONE DI FORNIRE UN SOSTEGNO DIRETTO ALLE FAMIGLIE, IN FORMA DI VOUCHER O DI CONTRIBUTO ECONOMICO, OPPURE DI SOSTENERE I SERVIZI PER MINORI E FAMIGLIE, INVESTENDO LE RISORSE NELL'AMPLIAMENTO E/O NELLA QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA ATTUALE?

La considerazione da cui partiamo è quella relativa al complesso della rete lombarda destinata a sostenere gli interventi a favore dei minori e delle loro famiglie. Giova qui ricordare che sulla base di quanto consultabile sul sito regionale il complesso della rete destinata ai minori e alle loro famiglie si compone di:

- una rete volta a sostenere i minori e le loro famiglie fatta di:
 - a) 2.355 asili nido (comprendendo nidi, micronidi e nidi famiglia) per un totale di 61.286 posti ubicati in 775 Comuni cui si sommano 97 Centri Prima Infanzia per complessivi 1.926 posti su 62 Comuni;
 - b) 2.000 Centri di aggregazione (comprendente Centri Diurni per Minori e Centri di Aggregazione Giovanile) per un totale di 10.331 posti ubicati in 669 Comuni;
- una rete volta a "proteggere" i minori e "sostenere" i ruoli genitoriali fatta di:
 - a) 734 Comunità (comprendente Comunità educative, Alloggi Autonomia e Comunità Familiari) per un totale di 4.552 posti ubicate in 158 Comuni;
 - b) 565 Servizi Domiciliari Minori spesso gestiti in forma "intercomunale";

che credo possa essere valutata come una rete rilevante che, oggi, non sembra avere tra le sue priorità il tema dello "sviluppo" e, solo in alcuni casi, necessita a mio parere di interventi "mirati" di qualificazione.

Quello che è sembrato in questi anni di cogliere è stato invece il tema degli interventi di "sostegno" al completo utilizzo di tale rete (es. Asili Nido), utilizzo talora fortemente condizionato dai costi a carico degli utenti. Al riguardo i dati da Voi presentati in data 12 febbraio nell'articolo "La ripartizione delle spesa sociale" e che "...mostrano un andamento fortemente critico: tra il 2013 e il 2014 il numero di utenti dei servizi socioeducativi in Lombardia è diminuito in maniera consistente (da circa 47.000 a poco più di 41.000); la riduzione non è avvenuta solo in termini numero di bambini iscritti, ma anche rispetto alle dinamiche dell'utenza target: il tasso di copertura del servizio nidi è sceso dal 15 al 13,4%.

Parallelamente, si sono notevolmente ridimensionate anche le partecipazioni degli utenti (-11,4% nel 2014, per circa 9 milioni, che spiegano la generale riduzione delle entrate a carico degli utenti a cui si è fatto cenno nel punto precedente)" confermano quanto sopra.

Caso a parte il sostegno messo in campo, da ultimo con la DGR 7626 del 28 dicembre 2017, da Regione, nei confronti dei “minori vittime di abuso, violenza o grave maltrattamento” nella quale si interviene a sostegno dei Comuni impegnati a sostenere i percorsi di “allontanamento dal contesto familiare e il miglioramento della qualità degli interventi” destinati a tali minori con un onere complessivo di 13 milioni di euro.

Linee programmatiche

Alla luce di quanto sopra si ritiene di ribadire l'intenzione di proseguire nelle linee di sostegno ai minori e alle famiglie sin qui seguite valutando la possibilità di specifici interventi volti a sostenere percorsi di miglioramento della qualità dei servizi assicurati a favore di specifiche tipologie di servizi e/o utenti. In particolare ritengo si debba estendere la misura “nidi gratis”, coinvolgendo il complesso della rete degli asili nido con l'obiettivo di ampliare la platea dei beneficiari consentendo una maggior “accessibilità” del nido alle famiglie lombarde.

POVERTA'

Le questioni

Se nella prima parte della X Legislatura la Giunta sembra aver raccolto l'eredità di scelte passate che identificavano come target le marginalità estreme (vedi l'emanazione della L.r. 34/2015 per il diritto al cibo) con la sperimentazione e successiva implementazione del Reddito di Autonomia, la scelta sembra invece essere stata quella di intervenire su un target diverso, non più annoverabile nella categoria della povertà e della marginalità, bensì in quella della vulnerabilità (si veda l'ampliamento del criterio di accesso per i voucher di autonomia da € 10.000 a € 20.000). Allo stesso tempo a livello nazionale, dopo l'esperienza del SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva), è stato recentemente introdotto il Reddito di Inclusione (REI), che investe i territori di un significativo lavoro per erogare interventi economici e misure e servizi di sostegno a persone in condizioni di povertà. Nell'esperienza di questi anni relativa all'implementazione del SIA da una parte, e del Reddito di Autonomia regionale dall'altra, i territori hanno più volte sottolineato la mancanza di una funzione di regia del complesso sistema di misure, di sostegno nell'acquisizione di nuove competenze e nella definizione delle modalità organizzative necessarie per espletare efficacemente il mandato.

DOMANDA 8. QUALE E' DAL SUO PUNTO DI VISTA LA PRIORITA' OGGI DELLE POLITICHE REGIONALI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'? L'INTERVENTO SULLE MARGINALITA' ESTREME, ANCHE IN RELAZIONE ALLE MISURE IMPLEMENTATE A LIVELLO NAZIONALE, OPPURE SULLA VULNERABILITA'?

Una premessa fondamentale, le misure regionali in realtà non hanno “spostato” l'attenzione di Regione dalle marginalità estreme verso le fragilità, ma hanno ampliato l'area degli interventi estendendo quanto realizzato nell'area delle marginalità estreme anche alla platea delle persone vulnerabili. Quanto sopra ha avuto il pregio, attraverso le diverse misure del Reddito d'Autonomia, di contribuire ad evitare che persone vulnerabili, nel protrarsi di tale condizione, cadano in condizione di povertà assoluta, marginalità estrema. Si può quindi parlare, a nostro parere più correttamente – come i numeri ci evidenziano – di una

“estensione” della platea di persone cui Regione ha rivolto la propria attenzione.

Ciò premesso Regione Lombardia, ha da sempre ritenuto che la risposta alle persone in condizione di marginalità estrema, che comunque rientra nelle tipologie di “tutele universalistiche” di competenza statale, così come per le persone vulnerabili, dovesse realizzarsi in una logica destinata a favorire anche e soprattutto percorsi di “inclusione” capaci di realizzare o offrire soluzioni che consentano di consolidare nel tempo i miglioramenti ottenuti. La sperimentazione del Reddito di Autonomia non esclude le misure mirate alla marginalità estrema, ma le integra, con una logica diversa e complementare come del resto anche richiamato a livello nazionale con il SIA e ora con il REI.

Linee programmatiche

Accanto alla programmazione regionale di recepimento delle indicazioni previste nel REI e relative alla organizzazione delle politiche ad esso connesse, Regione intende proseguire in un intervento orientato a sostenere percorsi di reale inclusione sociale. Riteniamo inoltre di realizzare e sviluppare interventi che, nelle situazioni di grave marginalità, siano capaci di sostenere le persone nelle complesse “fasi di passaggio” attivando sostegni che, in un percorso condiviso con loro, siano capaci di determinare le “precondizioni” perché le politiche di inclusione si realizzino diminuendo la loro dipendenza da risposte meramente assistenziali. Un ulteriore intervento sarà quello mirato a sostenere le situazioni di vulnerabilità orientando le risposte, di natura temporanea e condivisa, non tanto su singoli bisogni o con una prospettiva di natura meramente assistenziale, ma attivando interventi volti a realizzare percorsi orientati a sostenere reali “progetti di vita” capaci di essere strumento per il consolidarsi dei percorsi di uscita dalle condizioni di vulnerabilità. Proprio per questo motivo vogliamo continuare con la positiva esperienza del “Reddito di Autonomia”, esempio di politiche integrate – complementari alle iniziative programmate dallo Stato – per riconoscere ai soggetti opportunità di accesso a servizi sociali orientati in senso inclusivo.

IMMIGRAZIONE

Le questioni

La Lombardia nel 2015 è entrata a far parte, insieme a Sicilia e Lazio, delle tre regioni che rendono disponibile il numero maggiore di posti di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati rispetto a tutte le altre regioni, con persone accolte per la maggior parte in Centri di Accoglienza Straordinaria. Oltre a questi interventi di accoglienza nella nostra regione sono attivi numerosi progetti e interventi – finanziati per lo più dai Fondi dedicati – che operano a favore di una sempre maggiore integrazione della popolazione straniera. Fino a oggi la Regione Lombardia non ha giocato un ruolo significativo né nel favorire un coordinamento e una maggiore strutturazione del sistema di accoglienza regolato dal livello centrale, né nella promozione di politiche e misure volte a sostenere e favorire l'integrazione delle persone straniere.

DOMANDA 9. COME PENSA DI SVILUPPARE IL RUOLO DELLA REGIONE NELLA PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE DEI MIGRANTI IN LOMBARDIA?

All'interno della programmazione pluriennale in tema di politiche rivolte alla popolazione migrante (lavoro, integrazione, lotta alla dispersione scolastica, ecc.), Regione ha partecipato e dato seguito alle linee governative, secondo una logica di coordinamento e integrazione degli interventi e degli strumenti finanziari di competenza nazionale e regionale. I Piani si articolano in diverse sezioni che tra cui: analisi del contesto regionale, in cui si evidenziano le caratteristiche del fenomeno migratorio e l'organizzazione del sistema dei servizi territoriali disponibili in materia di lavoro e integrazione, con l'obiettivo di aiutare questi ultimi a garantire interventi tra loro complementari ed integrati e azioni propedeutiche per la progettazione, strutturazione, sperimentazione del sistema dei servizi territoriali, che nella quotidianità hanno bisogno di un supporto non solo di carattere formativo ma anche di in termini di risorse. Gli interventi si stanno realizzando con l'utilizzo del Fondo Politiche Migratorie (FPM) con azioni pilota declinate secondo le priorità di intervento definite nella programmazione integrata.

L'attenzione regionale si dovrebbe concentrare sul target popolazione migrante regolarmente presente in Italia, con specifico riferimento ai richiedenti/titolari protezione internazionale e i minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, tramite politiche attive del lavoro e di integrazione sociale, promozione programmi di inserimento socio-lavorativo, promozione programmi rivolti ai giovani provenienti da un contesto migratorio attraverso misure rivolte al contrasto alla dispersione scolastica e al raccordo tra la formazione e il mondo del lavoro. Regione Lombardia ha in questi anni "risposto alla chiamata" dello Stato, con responsabilità istituzionale, risolvendo molto spesso le problematiche relative ad una condizione che ha ormai raggiunto il limite di accoglibilità. Per farlo, ha prodotto piani e azioni (cito ad esempio la programmazione con fondi FAMI) diretti all'inclusione di una fascia di popolazione straniera che ad oggi si trova sul nostro territorio, attraverso lo sviluppo di reti territoriali tra pubblico e terzo settore.

Linee programmatiche

Premesso che il tema dell'immigrazione necessita di una precisa definizione dei diritti e delle tutele cui le diverse tipologie di migranti possono accedere, definizione che prima di tutto è di competenza del livello nazionale, ritengo debbano continuare le azioni già avviate. In particolare penso debbano intensificarsi le azioni mirate alla piena realizzazione dell'integrazione di stranieri che si trovano regolarmente residenti nella nostra Regione che hanno possibilità di accedere a tutti i servizi della la Regione Lombardia, e che, sembra opportuno ricordarlo sono 1 milione e 200 mila. Particolare attenzione penso debba essere dedicata ai minori non accompagnati con riferimento a quanto previsto dalla legge 7 aprile 2017 n° 47, con l'elenco volontario dei tutori. Penso inoltre al già puntuale utilizzo, sempre in una logica di cooperazione internazionale, dell'apposito fondo destinato a sostenere interventi e bisogni di natura sanitaria.

IL TERZO SETTORE

Le questioni

In questi anni il ruolo del Terzo Settore è cresciuto ed evoluto, la recente Riforma nazionale del Terzo Settore ne è una conferma, rafforzandone il ruolo oltre che di gestore dei servizi, anche di partner della programmazione. A livello locale negli ultimi anni si sono diffuse esperienze di co-progettazione tra

pubblico privato nel sociale che fanno della Lombardia un laboratorio sperimentale a cui altre regioni guardano con interesse. A livello regionale il ruolo del Terzo Settore dal punto di vista programmatico era stato sancito nella Legge Regionale 3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario” oggi abrogata dalla L.R.23/2015, lasciando un vuoto su questo tema.

DOMANDA 10. QUALE RUOLO SI IMMAGINA PER IL TERZO SETTORE NELLA PROGRAMMAZIONE DEL WELFARE SOCIALE NEI PROSSIMI ANNI? E COME PENSA DI CONTRIBUIRE A COSTRUIRLO CONCRETAMENTE?

Una doverosa premessa: per immaginarsi il futuro del Terzo Settore in Regione è necessario partire da quanto si è fatto per consentire al Terzo Settore di svilupparsi e consolidarsi come elemento fondamentale nella gestione dei servizi nell’ambito del sistema di Welfare lombardo. Al riguardo credo sia opportuno fare la sintesi di alcuni dati. Il Terzo settore, inteso come l’insieme di Enti ed organismi così come definiti dalle vigenti normative (Associazioni, Fondazioni e Coop. Sociali), ha, nei principali servizi dedicati agli anziani, alle persone disabili e ai minori:

- nell’area degli anziani
 - nelle RSA ha un peso del 64,23%;
 - nei CDI ha un peso del 67,21%;
 - negli Alloggi protetti ha un peso del 65.06%,
- nell’area della disabilità:
 - nelle RSD ha un peso del 74.53%;
 - nelle Com.All./C.S.S. ha un peso del 86,54
 - nei CDD ha un peso percentuale del 59,74%;
 - nei Servizi Diurni (C.S.E/S.F.A.) ha un peso del 17.38%;
- nell’area dei minori:
 - negli Asili Nido (Nidi, Micronidi e Nidi Famiglia) ha un peso del 27,54;
 - nelle Comunità (Comunità educative, Familiari e Alloggi Autonomia) ha un peso del 43,36%.

A tale significativo ruolo che il Terzo Settore ha assunto nel tempo e grazie alle possibilità offerta dalla legislazione lombarda si somma quanto oggi rappresentato dal “volontariato” che coinvolge, secondo le ultime stime, circa 1.300.000 cittadini lombardi.

Linee programmatiche

Quanto sopra per affermare che immagino il ruolo del terzo settore non solo come un elemento “costitutivo” del welfare lombardo, ma anche e soprattutto, come un “determinante” elemento del Welfare locale e dei processi di “integrazione” di prossimità. Il terzo settore nelle sue diverse componenti è spesso, a mio parere, il “collante” capace di integrare le risposte “strutturate” (i servizi) con la risposta solidaristica (relazione di prossimità), ed in questo senso assume il ruolo di elemento costitutivo e fondamentale della “rete locale”. Penso sia necessario sviluppare sempre più percorsi che “coinvolgano attivamente” a tutti i livelli istituzionali il Terzo settore nell’ambito della programmazione delle reti locali e delle reti delle Unità d’Offerta.

IL RUOLO DEI COMUNI

Le questioni

Il modello di welfare lombardo si caratterizza a livello territoriale per una netta separazione tra socio-sanitario e sociale. Dopo la riforma della L.R.23 questo modello è nei fatti confermato: le AST deputate alla programmazione, regolazione e governo del sistema socio-sanitario, i comuni con titolarità sul sociale. La trasformazione della governance che ne è derivata, con l'ampliamento dei confini di riferimento delle nuove ATS nella maggior parte dei casi a carattere sovra-provinciale, e con la modifica degli organismi di governo relativi (Conferenze e assemblee dei sindaci) riferiti a perimetri più ampi, sembra aver acuito tale separazione. Le Cabine di regia – previste dal legislatore regionale – a cui è specificatamente dedicata una funzione di raccordo tra i due comparti, sono risultate nei fatti piuttosto deboli ed hanno subito in questi anni fasi di stallo generate dall'applicazione della riforma (ridotte le convocazioni, luoghi unicamente informativi...). A fianco di tale indebolimento nell'integrazione tra ATS e Comuni dal punto di vista programmatico, si registra l'accrescimento del ruolo dei comuni quali esecutori di misure programmate dal livello centrale (B2, voucher per l'autonomia, nidi gratis...).

DOMANDA 11. QUALE DIREZIONE ASSUMERA' IL SUO ESECUTIVO NELLA REGOLAZIONE DEL RAPPORTO ATS-COMUNI?

Tutto quanto si è cercato di evidenziare nelle domande precedenti ci porta a considerare come la presa in carico delle persone fragili, vulnerabili o, comunque, in condizione di disagio postuli che vi sia un "continuum" fatto di risposte assistenziali, sociali, socio-sanitarie e sanitarie. In questo senso, Regione Lombardia, da sempre e ancor di più in futuro, ritiene che i processi ed i percorsi di "presa in carico" debbono rispondere ad una logica di continuità che, necessariamente deve vedere partecipare sia il sistema socio-sanitario che il sistema sociale, sia le ATS e le ASST che i Comuni. In questo panorama non sfugge che il tema di quanto avviene a livello nazionale, con particolare riferimento anche alle risorse destinate a sostenere le politiche sociali e socio-sanitarie risulta determinante. Al riguardo sembra doveroso evidenziare come a livello di interventi sociali nei prossimi anni (vd anche il vostro articolo "I fondi sociali nella legge di Bilancio 2018") vedranno un significativo incremento solo nell'area degli interventi previsti dal REI mentre vedranno aumento marginali se non nulli nelle aree relative alle: Politiche Sociali (Fondo Politiche Sociali +1,8% dal 2018 al 2020), Fondo non autosufficienze (nessun aumento). Per quanto riguarda il Fondo sanitario valgono le considerazioni fatte in altre domande.

Linee programmatiche

Al fine di realizzare quanto sopra ipotizzato sulla centralità della "presa in carico" ritengo che alla riforma sanitaria e socio-sanitaria deve necessariamente accompagnarsi, facendo sintesi di quanto emerso in questi anni, una organica revisione della legge regionale dell'area sociale (n. 3 del 2008) riguardante il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona. Lo scopo di quanto sopra, da realizzare in stretta sinergia con i Comuni, è quello di sviluppare una modalità di lavoro che "sposti" l'attenzione da un rapporto di natura consultiva – seppur necessaria – ad un rapporto di co-progettazione delle reti territoriali e della creazione di "poli unici" per la presa in carico capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini orientandoli nei percorsi di erogazione delle prestazioni e nella gestione dei sostegni. Ulteriore elemento cui ritengo debba essere prestata particolare attenzione e che, diventa obiettivo della legislatura, è quello di unificare il complessivo patrimonio di informazioni che oggi possediamo sulle persone fragili,

sui loro contesti di vita e sulle condizioni di natura sanitaria realizzando compiutamente la “cartella sociale”, non solo per favorire ai cittadini l’accesso ai servizi, ma anche per orientare verso un modello realmente integrato sia le programmazioni regionali che quelle territoriali.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station