

Cambiare paradigma? Perché noi siamo già unici

Un contributo di Valeria Negrini, portavoce del Forum Terzo Settore Lombardia

Riflessioni a margine della richiesta di istituire un'unica direzione generale per gli interventi socio-sanitari, socio assistenziali e sociali e commento riguardo la proposta del Piano Sociosanitario Integrato lombardo per il quinquennio 2019 – 2023 recentemente approvata.

a cura di Alice Melzi - martedì, 11 Febbraio, 2020

<http://www.lombardiasociale.it/2020/02/11/perche-noi-siamo-gia-unici/>

Premessa

Lo scorso dicembre, a seguito della presentazione da parte dell'Assessorato al Welfare [della proposta del nuovo Piano Sociosanitario Integrato per il periodo 2019-2023](#), il Forum Terzo Settore della Lombardia, interpretando il pensiero delle associate che si occupano anche di servizi socio-sanitari (Alleanza Cooperative Italiane-Welfare Lombardia; ANFFAS Lombardia; ARLEA, CEAL, CNCA, LEDHA, UNEBA Lombardia) ha proposto, in una lettera indirizzata al Presidente Fontana e agli Assessori Gallera, Bolognini, Piani, di affidare ad un'unica Direzione Generale le competenze in materia di interventi socio-sanitari connessi con gli interventi sociali.

Tale richiesta, che pure ha generato perplessità in alcuni mondi e alla quale nessuno degli interessati ha dato finora risposta, nasce dalla constatazione dell'enorme distanza che intercorre tra "la teoria e la prassi" e tra le aspettative (condivise) per un Assessorato "Unico" al Welfare come luogo di ricomposizione degli aspetti sanitari, socio-sanitari e sociali e la constatazione della loro, ad oggi, mancata e insufficiente realizzazione.

Di fatto, nel quadriennio, si è assistito non ad una integrazione tra settore socio-sanitario e settore sanitario, ma ad una progressiva e costante attrazione del primo verso il secondo, con conseguenze rilevanti, non solo in termini di risorse economiche, sulle attività svolte dagli enti e soprattutto sulla vita dei cittadini e cittadine lombardi.

A partire dall'approvazione della Legge 23/2015 (che, ricordiamo, aveva un carattere sperimentale di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, dovrebbe valutare i risultati della sperimentazione) abbiamo letto in molte delibere reiterati annunci da parte di Regione Lombardia in merito alla necessità, che in questo Piano viene accompagnata dall'aggettivo "imperativa", di attuare una integrazione tra servizi sociali e socio sanitari e sanitari al fine di organizzare risposte globali e integrate. Anche il nuovo PSL riporta, citiamo testualmente, *"L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio."*

Come non essere d'accordo? Ma dagli annunci si è passati all'azione?

Parrebbe implicito nelle parole di Regione Lombardia che poco è stato fatto in questo senso se oggi, a distanza di 5 anni dalla Legge di Riforma, diventa improcrastinabile l'integrazione; potremmo fare molti esempi in tal senso: solo nel luglio 2019 Regione Lombardia, con la DGR 2019 fornisce le [“Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità”](#) cioè di quei luoghi nei quali avrebbe dovuto avviarsi una nuova modalità integrata di presa in carico; ma pensiamo anche al ritardo nell' "arruolamento" dei pazienti cronici anche dopo la “pace fatta” con i MMG con la DGR 754/2018. [Ad oggi sono stati arruolati circa 335.000 pazienti](#), quasi tutti compresi nella fascia 3 (monopatologici – stimati da Regione in 1.900.000) numeri ben distanti dal bisogno mappato da Regione (3.350.000 i pazienti cronici, suddivisi in 3 livelli di complessità).

Resta ancora da capire e verificare, tuttavia, se, al netto delle difficoltà applicative che hanno richiesto ben una decina di delibere e centinaia di pagine di istruzioni e indicazioni operative, questo nuovo modello, molto centrato su aspetti formali e organizzativi, visite e prestazioni standardizzate entro un calendario programmato di controlli periodici (che peraltro non sono affatto garantiti), realizzi veramente una “presa in carico” della persona.

Noi pensiamo di no, perché la salute delle persone riguarda la loro vita in tutte le sue componenti e per ristabilire o raggiungere un proprio equilibrio non basta sottoporsi ad una serie programmata di visite specialistiche e di controlli; la persona (e nemmeno il paziente) non ha bisogno solamente di controllare alcuni parametri biologici, di eseguire test e di assumere farmaci secondo un calendario predefinito.

Tutto questo risulta ancora più evidente se parliamo di persone disabili (minori e adulti), di persone con problemi di salute mentale o con problemi di dipendenza (o meglio di dipendenze) di minori e adolescenti in difficoltà, di anziani in condizione di fragilità; “categorie” queste che hanno bisogno di essere gestite all'interno della comunità di riferimento, di essere viste secondo le proprie personali esigenze che mutano nel tempo e richiedono la costante ridefinizione dei percorsi di cura, in ragione dell'evoluzione del contesto familiare e sociale di riferimento e non solo dell'evoluzione della malattia. **Non basta dichiarare la rilevanza di questi aspetti a parole nei documenti e negli atti normativi, bisogna che il modello organizzativo, le azioni e le risorse messe in campo per attuarlo siano coerenti con gli annunci. E non basta nemmeno una puntuale definizione a livello normativo; è necessario un riposizionamento culturale e professionale di tutti gli attori in gioco, quelli del sistema pubblico così come del sistema privato.**

Per questo sospendiamo il giudizio sulla proposta di PSL 2019-2023 deliberato da Regione Lombardia, che ci appare generico e ridondante in molte parti.

A partire dalle priorità, di cui ben quattro^[1] riguardano la necessità di riorganizzare il sistema sanitario nell'ottica dell'integrazione, della trasversalità e dello spostare l'attenzione dalle strutture ai servizi territoriali e domiciliari. Il PLS, sulla base della consapevolezza che per rispondere all'aumento della complessità dei bisogni non sono più sufficienti azioni volte a programmare e organizzare i servizi, afferma la necessità di nuovi “*paradigmi più capaci di interazione collaborativa*”^[2]. In effetti in gran parte del PSL ritorna l'idea che un Servizio Sociosanitario non può più dare risposte settoriali e rigide. In

merito alle prime 4 priorità constatiamo quanto già commentato poco fa: se a distanza di 5 anni dalla Legge 23/2015 è necessario ancora ribadire l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e una diversa modalità di collaborazione significa che la stessa Regione ammette che siamo distanti dall'aver raggiunto l'obiettivo. Cosa vorrà dire poi cambio di paradigma sarà tutto da scoprire, perché indicazioni e volontà precise in questo senso mancano nel Piano, così come mancano, in generale, dati precisi relativi alla domanda, all'offerta, e, soprattutto manca una precisa pianificazione operativa, una programmazione, anno per anno, di cosa si vuole effettivamente fare. Senza questa programmazione il rischio è di approvare un Piano generico e poi, durante il quinquennio di vigenza, assistere a DGR o a Regole di Sistema che vanno in direzioni diverse.

Cambiare paradigma ... nuovo?

Per noi cambio di paradigma deve significare un ribaltamento, una rivoluzione. Se abbracciamo la visione bio-psico-sociale, non possiamo continuare a relegare al ruolo di cenerentola l'attività squisitamente sociale. L'unificazione del Welfare in un unico assessorato, è stata incompleta. Per ora si è vista la riconduzione delle UdO ad alta integrazione sociale e sanitaria, dall'ambito della L.r. 3/2008, a quello della L. 33/2009. Però la riconduzione ha riguardato solo le UdO che ricevono finanziamenti a carico del FSR, mentre altri interventi sono rimasti fuori. **Se si volesse davvero avere una visione dove la rilevanza sanitaria è ricompresa in un più ampio ambito che includa anche la dimensione sociale, forse si deve tornare a dare piena dignità ai contenuti della L.r. 3/2008;** una legge che è stata svuotata a seguito all'approvazione della L.r. 23/2015 e la cui revisione è stata incomprensibilmente abbandonata da ben cinque anni. Tutte le condivisibili aspirazioni del PLS di deospedalizzare e deistituzionalizzare, si possono ricomprendere in quanto la L.r. 3/2008 dichiarava all'art. 1 comma 1: “[...]promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio”. Se la finalità di ogni intervento socio-sanitario, sociale e anche – e soprattutto – sanitario fosse subordinato alle finalità dell'inclusione e del benessere, già si intraprenderebbe la giusta via di attuazione del progetto di vita e si potrebbero realizzare gli auspici del PSL.

L'unificazione del sistema socio-sanitario

Il tema dell'unificazione del sistema socio sanitario è spesso ripreso all'interno del testo, con alcuni passaggi davvero chiari e molto efficaci, come nel paragrafo relativo alla “Cronicità”, dove si legge “[...]lo stato di salute è l'esito delle “relazioni” tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, scuola, lavoro, ecc); fra questi sistemi la “sanità” e il “sociale” sono quelli per cui l'integrazione diventa una priorità strategica per rispondere alla complessità delle domande di salute che richiedono attenzione alla globalità dei bisogni della persona ed un approccio unitario ai suoi problemi di salute”[3]. Più avanti nel paragrafo sulla disabilità non si può non apprezzare l'attenzione a dignità e qualità della vita, e la presa di coscienza dei labili confini tra i bisogni sanitari, socio sanitari e sociali. Queste affermazioni trovano certamente approvazione e riscontro nella visione degli operatori dei servizi e dei cittadini che ne usufruiscono. Purtroppo però nella realtà quotidiana l'unificazione non ha

comportato una reale unificazione tra l'approccio sociale e quello sanitario. Ha piuttosto comportato un irrigidimento delle attività socio sanitarie e socioassistenziali che per rispondere a prassi tipicamente mediche **hanno dovuto rinunciare alla flessibilità della visione sociale, che ne rappresenta la specificità, nonché la ricchezza e l'efficacia per il benessere delle persone.**

Per fare un solo esempio, pensiamo alla difficile conciliazione tra partecipazione alla vita sociale e somministrazione farmaci effettuabile solo da parte dell'infermiere. Persone assistite in UdO per disabilità, ma anche per salute mentale, hanno viste ridotte le loro attività, che prevedevano la partecipazione sociale a causa dell'impossibilità di poter assumere le terapie^[4] con l'ausilio di figure alternative all'infermiere. Quotidianamente assumiamo terapie, somministriamo terapie ai nostri congiunti, e le collaboratrici familiari somministrano regolarmente terapie. Si tratta della norma e non dell'eccezione. Questo ci consente di vivere una vita normale. **La vocazione sociale dei servizi è proprio quella di "normalizzare" la vita delle persone.** Siamo perfettamente d'accordo col PSL laddove dice che "[...]L'approccio alla disabilità deve integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali". Concordiamo con l'affermazione che il piano assistenziale deve essere "declinato all'interno del Progetto di Vita", ma non capiamo perché nella declinazione pratica, in particolare durante l'esercizio delle vigilanze e delle appropriatezze, questo presupposto si ribalti per affermare prassi barocche riscontrabili più nelle carte che nella realtà.

Il coinvolgimento del Terzo Settore

Il PSL riporta alcuni dati, altri mancano. Con un servizio socio sanitario in generale gestito ed erogato da soggetti privati e in gran parte del privato sociale, **la messa a disposizione di tutti i dati in possesso di Regione Lombardia**, rappresenterebbe il modo migliore per consentire agli enti gestori di orientare la propria iniziativa imprenditoriale e non rischiare di sprecare risorse. Ad esempio i dati di permanenza media in RSA distinti in base all'anno di accoglienza, potrebbe chiarire l'effettivo bisogno di posti letto nel prossimo futuro, quindi orientare correttamente gli investimenti. Viceversa tenere conto del sapere tecnico-scientifico degli operatori che in effetti erogano i servizi potrebbe orientare Regione a definire nuovi standard utili ad incrementare la qualità della vita percepita dall'assistito e/o dal suo familiare. La percezione degli enti gestori è che i livelli regionali ritengano più competenti le ASST al riguardo, anche se non hanno gestito, se non in rari casi le UdO. **Mortificare o ignorare il sapere, l'esperienza, la competenza acquisiti dagli enti del privato sociale nella gestione dei servizi socio-sanitari e sociali, significa non consentire, nei fatti, l'integrazione tanto auspicata.** Gli stessi luoghi di confronto oggi previsti dal sistema regionale (Cabine di Regia, GAT, OCSM, Tavoli Tecnici, etc..) vedono a fronte di una nutrita truppa di figure del sistema pubblico (medici, responsabili, direttori, etc..) una sparuta presenza delle rappresentanze del privato sociale che pure gestisce la maggioranza delle strutture e delle progettualità sociali e socio-sanitarie sul territorio. E ancora più spesso il terzo settore è relegato al ruolo di uditor o spettatore alle presentazioni di importanti atti della Regione; **quel Terzo Settore che sul territorio da tempo sperimenta, propone nuove soluzioni e modelli attraverso investimenti propri o attraverso la capacità di attrarre risorse e finanziamenti altri da quelli pubblici.** Molte delle sperimentazioni di cui alla DGR 3239/2012 sono opera del Terzo Settore e della sua capacità di coinvolgimento di attori diversi nella comunità; così come molti dei progetti nel campo di "bisogni nuovi" (autismo, azzardo, riduzione del danno, residenzialità leggera per gli anziani o per pazienti

psichiatrici, e ancora i progetti e percorsi di vita indipendente e di autonomia per persone disabili) sono frutto della volontà e capacità del privato sociale di rispondere e interpretare le nuove sfide. **Risposte e soluzioni flessibili e costruite con e per la persona che spesso si scontrano con la rigidità e la burocratizzazione di un sistema codificato per misurare la corretta applicazione delle procedure e dei protocolli piuttosto che il benessere della persona e la sua qualità di vita.**

Proprio nella modalità di confronto e dialogo tra Regione Lombardia (e quindi, sul territorio, tra ATS e ASST) e Terzo settore chiediamo vi sia un vero cambio di paradigma; il Terzo Settore non è e non è mai stato solo e semplicemente un “fornitore/gestore di servizi”.

Il personale del sistema privato a rischio collasso

Anche se il PSL prende in esame le importanti e irrinunciabili tematiche relative alla sicurezza sul lavoro e all'invecchiamento della cittadinanza, nulla dice su due questioni che invece potrebbero generare una crisi nel sistema dei servizi socio sanitari. **La prima riguarda l'invecchiamento del personale** nelle UdO con elevato grande carico assistenziale, come RSA/ADI/RSD. Anche se privi di dati statici precisi, riteniamo che l'età media degli occupati, in gran parte donne, si possa attestare tra i 40 e 50 anni, più vicina alla quota più bassa nei settori delle dipendenze e disabilità, più alta nel settore anziani. Nell'ambito di vigenza del PSL la situazione potrebbe andare incontro ad un collasso; l'aumento degli operatori con limitazioni, difficilmente impiegabili in attività di assistenza, potrebbe, in assenza di un robusto piano di sostegno Regionale mutualistico e per l'innovazione tecnologica, portare a notevoli incrementi dei costi del personale per gli enti gestori. Ad aggravare la situazione vi è anche **il contingentamento delle figure sanitarie, in particolare medici e infermieri**. Le strutture pubbliche e private sanitarie sono in grado di attirare maggiormente le professioni sanitarie, sia perché in grado di offrire migliori trattamenti economici, sia perché percepite come ambiti lavorativi più stimolanti. Le strutture socio-sanitarie hanno grandi difficoltà nel trovare personale medico specializzato, e anche infermieristico a causa dell'interdizione del pubblico impiego a collaborare con i soggetti privati e a causa di clausole di esclusiva. Una prospettiva di prossimo pensionamento e di conseguente contingentamento del personale da parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private, mette a rischio il settore socio sanitario, la possibilità di garantire gli standard, e, peggio ancora, di garantire adeguate prestazioni ai propri assistiti. Si può solo sperare che nelle more del PSL, laddove si auspica il cambiamento dei paradigmi di assistenza, si possa trovare anche un'interlocuzione su questo spinoso argomento con l'obiettivo che la “centralità della persona” trovi declinazione anche per quanto concerne la pari dignità dei lavoratori impiegati nel settore socio sanitario.

Conclusioni

Il Terzo Settore si sente parte attiva del processo di cambiamento introdotto e concorda con i principi enunciati da Regione Lombardia; proprio per il suo essere fautore di una integrazione socio sanitaria territoriale e protagonista dell'innovazione **ribadisce la richiesta di una interlocuzione unica per tutto il settore sociosanitario, socio assistenziale e sociale come condizione che possa favorire:**

- il maggior coinvolgimento del terzo settore, nel suo complesso, come soggetto con cui confrontarsi, acquisire dati, esperienze e riflessioni, verificare punti di forza e di criticità, condividere obiettivi e mete;
- un analogo confronto e coinvolgimento delle amministrazioni comunali quali depositarie della responsabilità della qualità di vita dei propri cittadini;
- una crescita, a tutti i livelli della competenza di tutti gli operatori e parti coinvolte. Competenze oggi, quando presenti, poco riconosciute e valorizzate tanto nella pubblica amministrazione che nella società civile.

[1] L'altra priorità (prima nell'ordine del testo) riguarda la questione culturale, quasi filosofica, della diffusione di informazioni antiscientifiche, per quali il PSL mette a tema la necessità di un investimento nel "sapere comunicativo" in quanto fondamento della relazione di cura. In merito a questa priorità, pur condividendo le preoccupazioni, è piuttosto faticoso reperire nel corpo del testo in cosa consista questo investimento.

[2] PSL 2019-2023, p.2

[3] PSL 2019-2023, p. 8.

[4] Ovviamente parliamo di terapie che vengono assunte da anni e senza controindicazioni. Terapie che al di fuori delle UdO vengono somministrate da familiari e collaboratori domestici. Si sta assistendo all'esclusione della partecipazione sociale per coloro che, essendo epilettici, potrebbero aver bisogno di somministrazioni al bisogno.