

Il Presidente

**Oggetto: DGR 2983 del 16 gennaio 2015 PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE: "EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO" E SOSTITUZIONE DELLA DGR X/2983 DEL 23/12/2014. In subordine testi di modifica presentati dai partiti di maggioranza FI e NCD.**

## **In merito all'Art. 2 sui Principi generali**

Il politico ha per obbligo professionale non di fotografare, ma di vedere e di prevedere. Vale a dire il suo sguardo può anche perdersi qualche particolare (*de minimis non curat praetor*), purché sia tridimensionale e sistemico e in aggiunta prefigurante, vale a dire capace sì di osservare l'attualità ma anche di andare verso scenari possibili nel prossimo futuro, quello della prevedibile durata della riforma (altri 17 anni?).

Ci preme anche sottolineare che la Lombardia ha sempre esercitato un ruolo esemplare per tutte le regioni italiane e non solo, per cui quanto viene qui deliberato va sotto la lente d'ingrandimento d'osservatori italiani e stranieri.

Entrando nel merito,

C'è indubbiamente visione sistemica e precorrente il futuro, ossia propriamente politica, in questo articolo. Ove, però, avremmo voluto vedere altre quattro aspetti:

1. **attenzione alla non autosufficienza**, sia in termini di prevenzione – declinata in tutti i tre livelli – sia in termini d'impegno per appropriati servizi di sostegno e cura, quando essa si manifesta nella sua drammaticità.

Il termine non autosufficienza:

compare solo nell' ALLEGATO B – SCHEDE PER COPERTURA FINANZIARIA PDI, "Evoluzione sistema sociosanitario".

compare solo e quasi *en passant* all'art. 8 p. 6 del testo presentato da FI;

mentre nella proposta di NCD vi si dedica un richiamo importante nell'art. 6 (La Regione), comma 1, p. z) *promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o inadatta a provvedere*; nell'art. 15 comma 6, *Viene messa a sistema l'esperienza dei CreG con provvedimento che verrà adottato dalla Giunta a 6 mesi dall'adozione della presente legge, quale modello organizzativo, inteso come "Gruppo Associato" dei MMG e innovativa modalità di presa in cura delle persone con problemi di cronicità / non autosufficienza... integrando all'interno dei CreG i servizi per la non autosufficienza, ADI, CDD, CDI, RSA, RSD*; nell'art. 33, comma 3, p. a. *Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie ... le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da: a) non autosufficienza dovuta all'età o a malattia; b) inabilità o disabilità; ...*; nell'art. 40 *(Al fine di garantire la continuità contributiva per i periodi di astensione dal lavoro dedicati alla cura e all'educazione dei figli e all'assistenza domiciliare di familiari*

# AGeSPI

LOMBARDIA

*gravemente non autosufficienti, ...*). Inoltre è dedicato ai Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza è dedicato l'intero articolo 7.

Perché la non autosufficienza da luogo a un obbligo di analisi situazionale e di sviluppo programmatico fondamentali? Perché, purtroppo, essa costituisce, già adesso e ancor più nei prossimi anni, a causa dell'arrivo nella quarta età della generazione del *baby boom*, una delle maggiori sfide del servizio sanitario.

Ovviamente all'interno della non autosufficienza inseriamo quella che l'OMS ha definito una priorità mondiale delle politiche sanitarie, ossia la demenza<sup>1</sup>. La demenza non compare in alcun testo tra gli obiettivi maggiori dei prossimi anni.

2. **gradualità d'implementazione delle misure** così da consentire a un sistema ampio e articolato qual è fortunatamente quello lombardo, una transizione tranquilla verso un nuovo assetto, sempre più adeguato a bisogni e domanda di servizi.
3. **semplificazione amministrativa** con maggiore razionalizzazione dell'attività deliberativa. Non si può ogni anno resettare il sistema con nuove regole! Ricordo che la sanità è una delle realtà più normate in assoluto, per cui quando si ha di mira tale semplificazione occorre innanzitutto guardare in questa direzione.
4. **maggiore valorizzazione della flessibilità e autonomia organizzativa**, funzionale alle preoccupazioni persistenti di sostenibilità e alla conciliazione famiglia lavoro e sulla base della previsione di una sostanziale invarianza di spesa.

La DGR 2983 ne parla marginalmente all'Art. 8 (Modelli di Cura per il Paziente Cronico) "La Regione definisce i requisiti di accreditamento che si ispirano al principio della *piena flessibilità e autonomia organizzativa* di tutti gli erogatori quale strumento per perseguire la massima efficienza ed il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini.."

Sempre nei principi generali si ribadisce la promozione del volontariato, del terzo settore e di tutti i soggetti socialmente attivi quali attori fondamentali per concorrere al completamento dell'offerta sociosanitaria. Perché non aggiungere che *s'intende dare sostegno allo sviluppo della nuova imprenditorialità lombarda*? Questa, infatti, è un contrassegno della Lombardia e contribuisce al livello elevatissimo di qualità ed efficienza col cui si lavora in ogni ambito scientifico, sanitario e (attenti a non scotomizzare la realtà sull'acuzie!) sociosanitario.

## Il ruolo dei soggetti profit

Ci permettiamo anche di far presente che gli imprenditori *profit* giocano un ruolo di assoluto rispetto. Per limitarci alle sole RSA è facile rendersi conto che buona parte degli occupati (circa 1 a posto letto, e i posti letto sono circa 60.000) sono nell'ambito dell'imprenditoria profit di cui si beneficia anche la Regione, perché essa non gode di finanziamenti né a fondo perso né facilitati e neppure di alleggerimenti fiscali. Perciò la rete profit immette nelle casse statali e regionali somme che non rispondono a "partite di giro".

Non ci risulta quindi comprensibile nella proposta NCD, l'art. 7, comma 5, p. d) *le modalità di partecipazione dei comuni, delle province, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, dei soggetti del terzo settore e degli altri soggetti di diritto privato senza finalità lucrative maggiormente rappresentativi che operano in ambito sociale e sociosanitario a favore della non autosufficienza*:

---

<sup>1</sup> World Health Organization and Alzheimer's Disease International, Report "Dementia: a public health priority".

# AGeSPI

LOMBARDIA

Perché solo quelli senza finalità lucrative? Peraltro l'affermazione è in contrasto con vari altri passaggi dello stesso testo e in particolare con l'art. 2, comma 1, p. c. ove si afferma *"piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, e concorso degli stessi, nonché dei soggetti in possesso dei soli requisiti autorizzativi, alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria"*. Ed è ovviamente in contrasto con lo Statuto della Lombardia in merito al principio di sussidiarietà.

## **Dal "curare" al "prendersi cura".**

Viene anche richiamato più volte il passaggio da "curare" a "prendersi cura". Ricordiamo che l'idea del "prendersi cura", principio cardine e vero salto di paradigma della riforma, nasce e si sviluppa nella rete sociosanitaria e in particolare nei servizi residenziali. Tale rete ha dunque tutto il *know how* e tutto il *network* dell'efficacia e dell'efficienza in tale senso. Infatti, essa costa meno rispetto all'ospedale. Per di più suonerebbe come un canzonatorio ritorno al passato, l'idea di riportare, anche solo in parte, l'utenza tipica dei servizi sociosanitari in ospedale, senza nemmeno studiare e verificare l'appropriatezza di una simile scelta e senza tener presente che contratti e altri elementi di costo sono sicuramente più onerosi.

## **Modelli di cura per il paziente cronico e organizzazione delle cure primarie (artt. 8 e 9)**

Non capiamo come mai nei modelli di cura per il paziente cronico e nei presidi territoriali non debbano essere coinvolte le RSA, la cui presenza sul territorio è stimata in quasi una ogni due comuni.

In un nostro precedente documento sul "Libro bianco" abbiamo osservato che i modelli organizzativi più efficienti sono quelli che rispettano le situazioni già in atto e i profili di competenza esistenti, ossia quelli formati in ambito sociosanitario, senza rendere necessari sovvertimenti del contesto, sforzi di riqualificazione di professionisti e operatori né, tantomeno, nuovi cospicui investimenti.

Voi giustamente dite di volere valorizzare tutte le risorse umane e le competenze già operative. Perciò come mai le RSA, nonostante siano un orgoglio lombardo, sono marginalizzate nel testo della riforma?

## **Mettere l'esperienza delle RSA al servizio del SSR**

Non sarebbe più opportuno ipotizzare che la sede fisica dei servizi base di comunità, dove le relazioni umane dominano sulle professionalità cliniche, possa essere collocata presso strutture residenziali, vista anche la loro distribuzione capillare?

Riteniamo che il patrimonio materiale e immateriale della Rsa vada messo al servizio del rinnovamento del Servizio sanitario regionale attraverso il collegamento in rete delle strutture e dei professionisti.

Questo patrimonio offre, infatti, diversi vantaggi:

- **prossimità:** le strutture sono diffuse nel contesto di vita della popolazione o in vicinanza dei centri abitati;
- **dimensioni** di ampiezza non dispersiva;
- **clima umano** in sintonia con quello di provenienza degli ospiti;
- **pluralità dei servizi erogabili** (residenziali, semi residenziali, ambulatoriali, domiciliari). Vengono garantite cure mediche, assistenza infermieristica, tutela sociale e la

# AGeSPI

LOMBARDIA

somministrazione di terapie non farmacologiche. Inoltre sono in corso sperimentazioni di servizi a bassa/media intensità di cura (cure intermedie, posti letto post acuti) che saranno messi a regime ordinario:

- **competenze clinico-assistenziali.** In alcuni contesti le Rsa gestiscono pazienti con gravi livelli di compromissione sia sul piano assistenziale, sia sul piano clinico;
- **efficace capacità di presa in carico della cronicità e del sistema familiare** correlato non semplicemente sotto il punto di vista clinico e assistenziale, ma anche relazionale, psicologico e di affiancamento nella rete dei servizi sociali e sociosanitari, garantendo una cerniera efficace tra ospedale, territorio e rientro a domicilio.
- **esperienza di *assessment* in team multi-professionali** ed elaborazione di piani riabilitativi o assistenziali personalizzati col concorso di familiari e di volontari;
- competenze per facilitare e gestire **iniziative di auto mutuo aiuto**;
- **competenze gestionali e organizzative**, acquisite in un contesto caratterizzato da elementi di libera concorrenza e di libera scelta dei cittadini.

## **Il Sistema Salute Lombardo va affrontato in un'ottica bifocale: ospedale da una parte ed RSA dall'altra**

A nostro modo di vedere non sussistono le condizioni per aumentare l'efficacia del Sistema Salute Lombardo rendendolo sempre più ospedale-centrico o esclusivamente salva-ospedali, aumentando l'impiego *tout court* di risorse provenienti proprio dal settore sanitario.

Infatti **tali risorse, se si vuole davvero e appropriatamente spostarle sul territorio, andrebbero riqualificate** quanto a:

- **competenze** (principalmente di qualità relazionale oltre che di professionalità adattate a nuovi compiti).
- **cultura clinica assistenziale** incentrata sul sostegno alle abilità residue.
- **capacità di visione progettuale integrata**, per affrontare la cronicità in maniera globale e quindi efficace per il cittadino.

Coloro che hanno già una preparazione specifica, la cultura di contesto e il metodo per affrontare questi problemi sono gli attuali operatori del settore Socio Sanitario.

Inoltre questo settore, per le ragioni epidemiologiche e demografiche prima accennate (la parabola discendente del *baby boom*), amplierà il suo raggio d'azione e potrà creare nuove possibilità occupazionali assorbendo e riqualificando nel modo appropriato personale da altri servizi meno rispondenti ai nuovi bisogni.



Antonio Monteleone