

NOTE DI UNEBA SU MODIFICHE LEGGE REGIONALE n. 23/2015

PREMESSA

Le considerazioni generali che seguono sono state elaborate partendo dalla premessa che per quanto riguarda alcuni aspetti ed elementi rilevanti sul piano istituzionale (quali il ruolo delle ATS/ASST, la loro distribuzione territoriale i rapporti con i comuni e le associazioni rappresentative degli utenti dei servizi e delle strutture del Terzo settore), sono già stati affrontati in diversi documenti prodotti da Enti e Organismi di rappresentanza che hanno specificatamente esaminato gli aspetti legati a tali elementi e, pertanto non si ritiene qui opportuno intervenire, in questa fase, su tali ambiti .

Riteniamo anche opportuno evidenziare, in premessa, il fatto che ogni giudizio e valutazione relativo all'impianto della Legge 23 non può non essere "condizionato" da quanto successo nell'ultimo periodo a seguito della pandemia, tutt'ora in atto, che ha, quasi certamente "stressato" il modello organizzativo in essere che - a nostro parere - non era completamente e compiutamente realizzato evidenziando, di conseguenza, criticità determinate da un "evento inatteso ed imprevisto".

Purtuttavia riteniamo altrettanto indispensabile sottolineare come alcune criticità fossero già presenti nella legge 23 e, pertanto, pare qui indispensabile darne evidenza.

A tale elemento si aggiunga il fatto che l'evento pandemico ha, molto probabilmente, ulteriormente spostato l'attenzione del sistema sociosanitario e dei diversi livelli istituzionali in ambito sanitario e sociosanitario dai principali temi declinati nella legge 23 - es. la centralità della presa in carico delle persone fragili/vulnerabili e croniche - alla gestione di problematiche sostanzialmente diverse.

In questo senso si è progressivamente assistito, in questo periodo e con il passare del tempo, ad uno "sfumarsi" del dibattito sull'organizzazione dei servizi territoriali e sull'individuazione di modalità di intervento basati sulla "presa in carico" e sulla "Analisi multidimensionale del bisogno" con la progressiva "centralità" della necessità di gestire e assicurare specifiche prestazioni destinate ad affrontare e/o prevenire gli effetti della pandemia.

Quanto sopra ha messo in secondo piano, talora se non spesso, i luoghi di vita e di cura delle persone fragili, se non addirittura le tematiche proprie delle stesse persone fragili.

Tale dato e la progressiva "messa in secondo piano" delle persone fragili e delle Unità d'Offerta loro dedicate ha, a nostro parere, fatto sì che i temi delle "fragilità" e delle Unità d'Offerta loro dedicate si sono riaffacciate e si riaffacciano ancora oggi sulla scena dell'evento pandemico per gli effetti che questo evento ha determinato in tale fasce di popolazione.

Citiamo al riguardo, per la rilevanza che hanno avuto anche sugli organi di stampa, il tema del ruolo, durante il periodo pandemico, dei servizi sociosanitari residenziali (RSA,RSD,CSS ecc), che, fino a quel momento erano il risultato di un lungo percorso legislativo capace di trasformarli da "luoghi in cui assistere" in "luoghi di cura" nei quali la dimensione della "protezione" della persona disabile/non autosufficiente si coniuga con la "qualità della vita e delle relazioni interpersonali e familiari" (tema rilevante con cui si sono dovuti confrontare anche i servizi per i minori inseriti in Comunità residenziale educativa, Terapeutica e anche quelli seguiti da interventi domiciliari).

Si è imposta una visione che ha spostato l'attenzione sulla dimensione della "protezione" trascurando la dimensione della "qualità della vita e delle relazioni interpersonali e affettive" all'interno dei servizi socio-sanitari, in particolare residenziali, producendo effetti che oggi non possono, in sede di revisione della legge 23, essere tralasciati al fine di evitare il ricorso a soluzioni nelle quali la dimensione legata alle valutazioni del momento attuale trascuri una visione sulla reale capacità del sistema di realizzare "prese in carico" appropriate e coerenti

con i bisogni delle persone fragili ospiti delle strutture, nelle quali la dimensione della risposta sanitaria si integri con quella attenta alla qualità delle relazioni e della vita.

Per questo motivo, riteniamo di rivolgere un forte appello al legislatore regionale perché il percorso organizzativo debba necessariamente essere contestualmente accompagnato da un percorso che ponga la “programmazione” dei servizi, in particolare quelli socio-sanitari al centro dell’attenzione.

Per questo motivo nella legge è opportuno sia definita non solo una precisa definizione di regole che individuino i temi generali della programmazione – e tra questi i temi legati alla fragilità e alla non autosufficienza, nonché quelli legati alla tutela dei minori - ma anche regole per un percorso anche di natura istituzionale che, con specifico riferimento ai servizi socio-sanitari integrati, preveda modalità di consultazione obbligatoria dei livelli territoriali e delle rappresentanze del terzo settore.

Al riguardo si sottolinea come nella legge è opportuno che sia riconosciuta la radicale differenza istituzionale e sociale tra privato profit e non profit, anche a seguito della normativa, che qui si richiama solo per i titoli fondamentali, circa il riconoscimento del terzo settore in una logica non di concorrente privato e di unità d’offerta di servizi sul mercato ma di partner con il pubblico nel Sistema integrato di servizi sociali e nel Sistema sanitario e sociosanitario, secondo il principio di sussidiarietà orizzontale costituzionalmente sancito dall’art. 118, quarto comma, Cost.:

- art. 1, comma 18, del D.Lgs. n. 502/1992, come sostituito dall’art. 1 del D.lgs. 229/1999;
- art. 55 del Codice del Terzo settore (D.lgs. 117/2017)
- sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020 sul rapporto tra pubblica amministrazione e ETS;
- DM 31.3.2021 “Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n.117/2017” (codice del terzo settore).

Per questo devono essere valorizzati e attivati gli strumenti della coprogrammazione e coprogettazione, accanto agli strumenti dell’autorizzazione-accreditamento-contratto che le leggi di settore prevedono per le Unità d’Offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie, questi ultimi da rivedersi in un’ottica di cooperazione nel sistema e non di concorrenza in esso, con uno specifico riconoscimento del ruolo degli ETS gestori come richiede il principio di sussidiarietà.

In questo senso le nostre considerazioni relative a possibili e necessarie, a nostro parere, integrazioni/modifiche alla Legge 23 partono dalla premessa che una valutazione della “compiuta” attuazione della Legge 23 e dei suoi effetti, in particolare nelle aree delle politiche territoriali e sociosanitarie, non può prescindere da quanto accaduto in questi anni cui si aggiunge una considerazione che riteniamo significativa e che ha dettato e determinato le nostre considerazioni che seguono, ovvero se in questo “momento storico” sia opportuno prevedere significative modifiche dell’assetto del sistema sanitario e sociosanitario o, le stesse non debbano, essere necessariamente ipotizzate e previste in un secondo momento quando le necessità determinate dell’attuale fase siano sfumate e possano essere, se del caso, oggetto di un’analisi più compiuta.

Nel caso in cui si ritenga opportuno procedere a significative modifiche dell’assetto organizzativo già in questo “momento storico” sarà nostro dovere definire e far pervenire le nostre valutazioni e proposte di merito, nel caso si optasse per un momento successivo devono essere fin d’ora indicati i tempi, i temi e le modalità di tale significativa revisione della Legge Regionale.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Sulla base di quanto fin qui detto si articolano le nostre osservazioni che in questa fase possono essere considerate sollecitazioni al legislatore regionale e che, in sintesi, abbiamo elaborato sui i seguenti aspetti generali:

1. Le osservazioni relative alla “linee di tendenza” che si potevano registrare già prima dell’evento pandemico;
2. L’analisi con riferimento alle tematiche “caratterizzanti” UNEBA ovvero quelle relative alla tutela dei soggetti “deboli” che si traducono:
 - nella esigenza di assicurare una reale integrazione tra gli interventi di sostegno – nelle sue diverse forme (domiciliare, diurno, residenziale nelle diverse forme possibili) alle persone fragili/vulnerabili e croniche e delle loro famiglie con riferimento al “ciclo di vita”;
 - nella esigenza di assicurare servizi orientati alla “qualità della vita” – nei diversi significati che tale affermazione ha - delle persone fragili/vulnerabili e croniche;
 - nella valorizzazione della “prossimità” ovvero nel ritenere il luogo di vita della persona come elemento capace, laddove possibile, di mantenere inalterati i contesti relazionali e affettivi come elemento fondamentale su cui costruire un progetto di vita e di cura;
 - nella esigenza di realizzare una reale “integrazione” definendo una programmazione che realizzi “reti di servizi” qui intese come servizi che costituiscano un continuum tra la risposta sociale e quella socio-sanitaria, e tra la risposta domiciliare, quella semiresidenziale e residenziale. Servizi quindi nei quali il principio dell’appropriatezza sia il risultato di un insieme di risposte modulate sui bisogni delle persone fragili/vulnerabili e croniche e delle loro famiglie.

Alla luce di quanto sin qui detto ci sembra opportuno rilevare alcuni elementi generali che di seguito si sintetizzano con le relative considerazioni.

1) OLTRE LA LOGICA PRESTAZIONALE PER UN SISTEMA DELLA “PRESA IN CARICO”

Esiste, per quanto riguarda la Legge 23 una criticità dovuta alla “percezione” che si ha di detta legge attraverso le sue concrete applicazioni, sin qui osservate e che, in certa misura, sembrano non applicare appieno i contenuti ed i principi indicati nella legge medesima, in particolare per quanto riguarda gli aspetti relativi alla Rete territoriale e a quelli relativi alla “presa in carico”.

Si tratta, a nostro parere, di un elemento determinato dalla difficoltà di organizzare e progettare la rete dei servizi territoriali. La rete dei servizi territoriali si caratterizza sul piano istituzionale per la presenza di diversi “interlocutori” che sono portatori di specifiche competenze (ATS/ASST/Comuni). In questo senso e fino ad ora quello che si è percepito è il fatto che la “logica dominante” si è basata sulla individuazione delle specifiche prestazioni da erogare più che su una logica di “appartenenza ad un sistema” orientato alla presa in carico.

Per questo motivo in molte parti della legge, andrebbe messo al centro delle scelte, sia organizzative che istituzionali, la “presa in carico” come strumento capace di affrontare le tematiche emergenti che oggi caratterizzano le fasce della popolazione più deboli.

Di tali scelte riveste particolare importanza quelle relative alla declinazione della “Rete territoriale” per la quale riteniamo qui doveroso fare una analisi più specifica.

2) LA RETE TERRITORIALE

La L. 23 individua l'articolazione "Rete Territoriale" dell'ASST come l'area in cui si realizza la "presa in carico della persona nel proprio contesto di vita", garantendo la continuità delle cure e dell'assistenza anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

La Legge 23 non declina, per le ASST, quale debba essere la struttura organizzativa per l'area territoriale che afferisce alla Direzione Sociosanitaria, lasciando, quindi, libertà alle direzioni strategiche di declinare tale organizzazione nei POAS (fa eccezione l'unica indicazione di afferimento alla Direzione Sociosanitaria del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze).

In questo quadro normativo la "presa in carico" ha assunto, troppo spesso (anche alla luce di provvedimenti regionali), una connotazione prevalentemente "sanitaria", nel senso che tale "presa in carico" spesso viene interpretata come volta a garantire un percorso di prestazioni specialistiche sul territorio, con una marginale attenzione alle persone fragili con problemi complessi per i quali la "presa in carico" necessita di azioni sinergiche e coerenti tra diversi livelli istituzionali e servizi.

Vi sono elementi fondamentali nella costituzione della rete territoriale che sono rimasti sullo sfondo della legge, senza ulteriori declinazioni in termini organizzativi e operativi, che di seguito evidenziamo.

➤ **Distretto**

La definizione di Distretto è differente nel D.Lgs 502 e nella L. 23. Nel D.Lgs 502 il distretto trova una definizione organizzativa ma anche di contenuti di prestazioni da garantire ai cittadini (LEA), mentre nella L.23 il Distretto è un'articolazione organizzativa di ATS, a cui vengono attribuiti compiti di raccordo tra le ASST e la rete dei gestori territoriali oltre che degli ambiti territoriali.

Di fatto il Distretto, così come definito (coincidente con ASST), costituisce una realtà "territorialmente vasta" e talora include territori tra loro disomogenei. Sul piano programmatico, con riferimento ai servizi socio-sanitari e alle reti, in realtà non consente in alcun modo di immaginare il rispetto di quel principio di "prossimità" cui prima ci siamo richiamati. A quanto sopra si aggiunga che, per la sua afferenza alla ATS lo stesso viene percepito come scollegato dal contesto operativo delle ASST. A livello locale, laddove non venga introdotto un "reale livello" territoriale nel quale realizzare l'integrazione, viene percepito un livello "astratto" in più che si frappone alla collaborazione tra i vari Enti, senza che si abbia una precisa percezione dei suoi compiti e con quali modalità dovrebbe operare.

A nostro parere il tema del Distretto – così definito – pone inevitabilmente, perché una reale programmazione territoriale si realizzi, il tema delle sue articolazioni ovvero delle Aree territoriali omogenee/Ambiti Territoriali che devono acquistare specifiche competenze legate alla "presa in carico" e alla programmazione ed erogazione dei servizi nonché all'autonomia finanziaria e gestionale riconosciuta nell'ambito nel bilancio delle aziende sanitarie.

Il Distretto si pone come elemento di criticità nella L. 23 che fatica a trovare la sua più propria collocazione e, salvo rari casi, non sembra essere il riferimento volto a garantire sia il livello di erogazione dei servizi, sia il governo dei processi trasversali di continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio, oltre al governo delle relazioni di rete all'interno del territorio stesso, con la Medicina Generale e con i Comuni, attraverso gli Ambiti Territoriali, come pure con gli erogatori accreditati sociosanitari.

Il Distretto può essere qualificato invece come insieme degli Ambiti Territoriali, di cui vanno definite specifiche competenze sia in termini programmatici che di erogazione dei servizi integrati.

La definizione e l'articolazione dei Distretti come definiti dalla legge ha prodotto anche un effetto dal punto di vista del cittadino cui è venuto a mancare il riferimento di "prossimità" territoriale (sovente anche come struttura fisica) all'interno del quale trovare risposta ai propri bisogni.

➤ **Le relazioni operative nella rete territoriale**

Nel complesso la Legge 23 promuove l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, ma nei fatti le modalità operative ospedaliere, su più livelli e più figure, sono state estese ai servizi territoriali a discapito di una visione d'insieme dei servizi e del livello di integrazione precedentemente raggiunto.

La ricaduta di quanto sopra è evidente proprio nella capacità di gestire la presa in carico di soggetti fragili/disabili e sulla possibilità di garantire le prestazioni ai cittadini.

Di quanto sopra esempio evidente è il tema della "valutazione multidimensionale" di persone con bisogni diversificati che si è impoverita in termini quanti-qualitativi qui intesi come competenze ma anche come numero di persone, stante anche il turn-over non sempre garantito, cui affidare tale compito.

Anche la modalità di lavoro multidimensionale e multidisciplinare della gran parte delle Unità d'Offerta ha faticato a sopravvivere, sovente "soffocata" dalla logica "prestazionale" propria del sistema "ospedaliero".

Il faticoso percorso di integrazione e di sinergia operativa all'interno delle Unità d'Offerta e con gli stakeholder del territorio, si è sfilacciato nel quinquennio di sperimentazione.

L'integrazione con gli Ambiti Territoriali e con la medicina di base ha subito importanti riflessi negativi perché sono venute a mancare le positive relazioni operative e gestionali coltivate nelle precedenti ASL sia in senso organizzativo che procedurale.

Indubbiamente gioca in senso sfavorevole l'impossibilità di relazionarsi direttamente nei confronti dei principali interlocutori del territorio per la gestione dei bisogni complessi dei cittadini.

Infine, ma non ultimo, la L. 23 non definisce, o trascura volutamente, la relazione tra le ASST e il sistema sociosanitario costituito da molteplici Unità d'Offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, e domiciliari per lo più private accreditate, che rappresentano la quasi totalità dell'offerta territoriale.

Gli Ambiti Territoriali per il tramite degli Uffici di Piano hanno avuto come interlocutori privilegiati le ATS e anche lo strumento della Cabina di Regia è rimasto in capo alle ATS. In alcuni casi locali si sono ricercati accordi operativi tra ASST e uffici di piano per definire nuove modalità operative e colmare il vuoto legislativo.

➤ **Relazione ATS/ASST**

Da un'analisi di confronto tra le direzioni sociosanitarie è emerso che i contesti organizzativi declinati nei POAS vigenti vedono una notevole variabilità di soluzioni soprattutto per le ASST.

Infatti la L.23 non definisce nemmeno a livello dipartimentale quali debbano essere le strutture afferenti in dipendenza gerarchica o funzionale, né vengono declinate le afferenze per alcune attività, specie quelle a carattere più sanitario (es. vaccinazioni). In taluni casi si configurano asimmetrie nelle relazioni tra aziende e spesso tra ASST e ATS

di riferimento con conseguenti disguidi comunicativi. E' pertanto auspicabile che anche per ASST vengano definiti gli aspetti organizzativi per l'area territoriale in particolare.

Il tema del bilancio territoriale non è mai stato definito con chiarezza, sia in termini di risorse (per esempio risorse umane), sia nella sua relazione con il bilancio complessivo aziendale, lasciando ampi margini di discrezionalità gestionale.

➤ **Una possibile soluzione**

L'insieme di quanto sin qui detto rende, a nostro parere, necessario un pensiero su quella che possiamo definire come il complesso dell'organizzazione territoriale che "deve" necessariamente distinguersi in tre fondamentali livelli:

- Un **primo livello: "sovradistrettuale"**, coincidente con aree territoriali "vaste", volto a favorire e sviluppare programmazioni integrate tra più "distretti" e la gestione di servizi la cui "complessità" e la cui utenza presenta caratteristiche di diffusione territoriale tali da rendere impossibile una diversa collocazione;
- Un **secondo livello: "distrettuale"** coincidente con Aree territoriali "definite", volto a favorire e sviluppare programmazioni "territoriali" integrate tra le diverse Aree territoriali/Ambiti territoriali per i servizi territoriali "complessi" /"specialistici" e la gestione di servizi la cui utenza presenta caratteristiche di diffusione sul territorio tali da rendere impossibile una loro articolazione di "prossimità". A tale livello va affidata la "presa in carico" delle situazioni "complesse" che richiedono competenze specifiche in considerazione delle caratteristiche dell'utenza;
- Un **terzo livello: "Area omogenea/Ambito territoriale"** – di norma coincidente con l'Ambito territoriale sociale e che potrebbe coincidere con quelli che, in molti casi sono individuati come "Poli territoriali" - nella quale si realizzi concretamente la "presa in carico delle persone fragili/vulnerabili" attraverso la programmazione integrata della "rete" tra servizi sanitari, servizi socio-sanitari e servizi sociali nonché una gestione dei servizi "di prossimità" destinati prioritariamente alla popolazione "fragile" presente sul territorio secondo il principio della "continuità" tra la dimensione domiciliare, quella semiresidenziale e quella residenziale. A tale livello va affidata la "presa in carico" delle situazioni di fragilità/vulnerabilità presenti sul territorio che richiedono competenze capaci di assicurare l'analisi multidimensionale. **Riteniamo al riguardo che si dovrebbe partire da tale livello organizzativo per realizzare gli interventi previsti dalla DGR XI/4385 del 3 marzo 2021 avente ad oggetto "Determinazione in ordine agli indirizzi per gli investimenti in sanità per il periodo 2021-2028" con specifico riferimento alla Azione 1.1. "Potenziamento sanità territoriale UST (che avremmo preferito e preferiamo recitasse "del sistema sociosanitario integrato territoriale" e che, riteniamo, debba individuare una quantità di risorse coerenti con le esigenze di interventi a livello territoriale).**

➤ **LEA**

La prospettiva di revisione del sistema sociosanitario lombardo ha puntato più sulla istituzione di nuovi enti (ATS e ASST) lasciando sullo sfondo il tema centrale del diritto del cittadino di accesso ai LEA previsti, soprattutto per quelli la cui concreta fruizione dipende dagli interventi assicurati a livello di area distrettuale.

Di tale elemento - e non possiamo non prenderne atto - particolari criticità si sono registrate nell'area dei servizi sociosanitari integrati che non hanno trovato spazio, se non marginalmente, nelle concrete applicazioni organizzative a livello territoriale.

Necessario qui richiamare l'attenzione sui principali elementi che connotano tale elemento relativo ai LEA.

In particolare, va sottolineata l'importanza fondamentale di una ridefinizione pluridimensionale dell'integrazione sociosanitaria, soprattutto in ordine ai servizi/presidi per le differenziate forme di fragilità. L'integrazione sociosanitaria chiede di essere assunta, oltre che nei tre livelli dei LEA (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria) con le determinazioni strutturali, istituzionali e funzionali dei differenziati interventi (integrazione istituzionale, funzionale, organizzativa, professionale, circolare, verticale, programmatoria, organizzativa e valutativa etc)

3) LE POLITICHE TERRITORIALI

Occorre prendere atto che, oggi, le politiche "territoriali" sono l'anello debole dell'attuale modello organizzativo. Il territorio appare oggi più la somma di interventi, spesso frammentati, e non integrati o coordinati tra loro. Anche l'integrazione tra le politiche e gli interventi territoriali laddove siano ipotizzati come integrati tra gli aspetti sanitari e sociosanitari con quelli sociali sembra spesso irrealizzata.

Si tratta, a nostro parere della difficoltà di una programmazione che, sostanzialmente, si basa su "vaste" aree territoriali (Distretti sociosanitari) trascurando, molto spesso, la programmazione dei servizi e delle "reti di servizi" di prossimità. In questo senso andrebbe enfatizzato, come sopra evidenziato, il ruolo di quelli che nella legge sono indicati come "Ambiti Territoriali" che, a nostro parere costituiscono invece Aree Territoriali Omogenee, all'interno delle quali costruire reti di servizi integrati tra la dimensione sanitaria sociosanitaria e quella sociale e nelle quali assicurare, con appositi servizi dedicati, le funzioni della "presa in carico"

4) LA PRESA IN CARICO

Si deve altresì prendere atto che, con particolare riferimento ai temi della "presa in carico" delle persone fragili, vulnerabili e croniche, l'attuale modello non sembra aver realizzato, in questi anni, significativi passi in avanti.

Secondo noi l'aver scelto di avviare la "presa in carico" dalle persone che sono inquadrabili come soggetti cronici (con la prevalenza di aspetti di natura esclusivamente sanitaria) ha certamente lasciato in secondo piano le persone fragili/vulnerabili che presentano, in realtà, complessità e criticità maggiori e che necessitano di una risposta realmente integrata e concretamente centrata sulla Valutazione Multidimensionale intesa nelle diverse dimensioni (clinica, funzionale, relazionale e socioeconomica) capace di produrre i Progetti Individuali.

Una proposte possibile

Si tratta quindi di affrontare, con decisione, il tema, ad oggi irrisolto, della necessaria individuazione di chi sia effettivamente responsabile della "presa in carico". Noi pensiamo si debba realizzare, sul territorio regionale, una rete di "Servizi Territoriale Integrati per la Presa in Carico", con diversi riferimenti territoriali come sopra individuati in ragione delle tipologie e caratteristiche delle persone fragili e delle loro famiglie, cui affidare la reale gestione e le connesse attività per la "presa in carico" di tali persone e delle loro famiglie.

Pensiamo che, di norma, tale Servizio **abbia una dipendenza e “titolarità gestionale” dal sistema Pubblico** (da individuarsi di volta in volta a seconda del livello territoriale di riferimento in ragione della specificità delle problematiche delle persone fragili/vulnerabili di cui farsi carico), capace quindi di assicurare una reale **Analisi Multidimensionale** ed un **Progetto Individuale** condiviso con la persona e la sua famiglia. Sembra altrettanto opportuno evidenziare alcune aree che, a questo riguardo, necessitano di particolare attenzione e, forse, più di altre risentono delle carenze sopra individuate:

- L’area dei minori con riferimento ai disabili minori e, tra questi, i minori con “gravissime” disabilità, con autismo e i minori vittime di violenze/o in stato di abbandono;
- L’area delle persone disabili adulte con particolare riferimento a quelle che, nei LEA sono individuate come le “gravissime disabilità” e quelle relative a disabilità complesse;
- L’area delle persone anziane con attenzione alle tematiche degli anziani soli e alle tematiche degli anziani non autosufficienti;
- L’area delle fragilità a prevalente dimensione sanitaria (es. persone con patologie oncologiche non solo in fase terminale, persone con malattie psichiatriche o con dipendenze)

5) UN DIVERSO MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo di riferimento all’interno del quale tali formulazioni generali trovano attuazione concreta è sembrato, talora, incapace di tradurre affermazioni di principio in specifiche azioni programmatiche e, quest’ultime in servizi e attività capaci di tradurre in concreto tali azioni in modo “percepibile” dagli utenti e dalle loro famiglie.

Pensiamo al riguardo, come sopra ipotizzato, che sul territorio - in specifici “snodi” o quantomeno e obbligatoriamente negli Ambiti Territoriali che, a nostro avviso, devono rappresentare Aree Territoriali Omogenee - debba esistere un “luogo” capace di:

- raccogliere la domanda delle persone fragili/vulnerabili/croniche e delle loro famiglie;
- individuare e comprendere le caratteristiche relazionali e familiari, la rilevanza del “contesto di vita”, le caratteristiche clinico funzionali della persona – Analisi Multidimensionale;
- condividere il “progetto di vita” con la persona e col suo contesto familiare assicurando i necessari sostegni alla sua concreta realizzazione – Progetto Individuale.

Superfluo è qui evidenziare come tutto quanto sopra presupponga e postuli che tale “luogo” diffuso sul territorio – a nostro parere a gestione pubblica e gestito da parte dell’ASST, con la presenza degli operatori dei Comuni e dei MMG/PLS e capace di coinvolgere gli Enti del Terzo settore e/o degli erogatori dei servizi - sia partecipato, ovvero veda presenze professionali e istituzionali capaci di fare sintesi dei diversi aspetti relativi alla persona ed al suo contesto, ma che abbiano anche la capacità/possibilità di attivare di volta in volta le “reti dei servizi” o gli specifici servizi della rete capaci di rispondere ai bisogni evidenziati nel Progetto Individuale.

6) I CONFINI DI COMPETENZA TRA ATS E ASST

Perché quanto sopra trovi reale e concreta applicazioni operativa emerge l’esigenza di meglio definire i confini delle competenze tra ATS e ASST risolvendo alcuni aspetti che costituiscono un elemento di criticità generando alcune volte sovrapposizioni e, il più delle volte, aree di intervento non garantite. Tra quelle che sembrano necessitare di una decisione sono il tema del “governo” dei MMG/PLS e della Medicina Preventiva superando, a nostro parere e per quanto sopra detto, una logica per la quale tali materie sono in capo a specifici dipartimenti

delle ATS senza prevedere specifici compiti organizzativi, a livello territoriale, in capo alle ASST.

7) IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO

La realizzazione del modello proposto richiede infine una profonda revisione del sistema di accreditamento e delle regole che governano l'organizzazione e la gestione dei servizi sociosanitari: a tal fine si auspica l'avvio di un tavolo di confronto che veda la partecipazione attiva del mondo sociosanitario e che affronti, e superi, le attuali rigidità e incoerenze al fine di delineare un assetto organizzativo flessibile in grado di accogliere e affrontare i bisogni con azioni mirate in relazione alla fase di evoluzione degli stessi.

CONCLUSIONI

Si è centrato il presente contributo con riferimento, in particolare ad alcuni aspetti della Legge 23. Nell'esaminare tali aspetti si ipotizzano alcuni correttivi attraverso i quali meglio consentire la concreta applicazione e la garanzia della tutela dei cittadini, in particolare dei cittadini "fragili"/"vulnerabili"/"cronici" e delle loro famiglie che oggi costituiscono una rilevante parte della domanda di servizi di natura sanitaria e sociosanitaria.

Va qui evidenziato, in conclusione, che si è scelto, tra le molte possibilità presenti nella legge, di "centrare" il nostro interesse sulla dimensione territoriale ritenuta, a nostro parere, fondamentale per garantire il raggiungimento dei risultati attesi e pensati nella Legge 23. Si richiede fortemente una "centralità" del territorio nelle diverse articolazioni - sovradistrettuale, distrettuale e di Aree territoriali omogenee/Ambiti Territoriali - su cui articolare la programmazione dei servizi territoriali sociosanitari e su cui individuare la presenza di équipes di operatori dedicate garantendo una reale "presa in carico" integrata.