I nuovi LEA sociosanitari e gli interventi sociali

Il riconoscimento dei diritti "sociali" è ancora una chimera, stante la mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte del Governo. Il contributo offre un'analisi dei contenuti dei nuovi LEA e, per l'area sociosanitaria, individua l'integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali, offrendo uno spunto per una prima individuazione dei LEP sociali.

Di Anna Banchero *(Docente alla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Genova, esperta in Politiche Sociosanitarie e Sociali, già responsabile del Coordinamento Tecnico delle Regioni in materia Sociale e Sociosanitaria)*

In un seminario tenutosi presso l'Università di Alessandria nel novembre 2017 il "sociosanitario" è stato definito *"una scommessa incompiuta"* riproponendo un tema che da decenni interessa molti studiosi e operatori dei sistemi sanitario e sociale.

In questo momento di indeterminatezza politica non è facile individuare prospettive certe per un sistema della salute che sia inclusivo per tutte le fasce di fragilità, tanto meno si può contare su un sistema sociale "forte" a causa dell'indeterminatezza dei fondi che ogni anno diminuiscono. L'integrazione tra i due sistemi può diventare davvero una scommessa. La sfida del "sociosanitario" è una sfida complessa perché complessi sono i bisogni a cui si intende rispondere, per la gestione dei quali non ci si può basare su architetture casuali; occorre competenza e collaborazione di più professionisti per realizzare risposte e prestazioni appropriate e integrate.

L'intervento sociosanitario presuppone capacità di analisi, competenze normative, capacità organizzative e interesse alla soluzione dei problemi e ciò viene richiesto non solo a chi opera direttamente "sul campo" ma anche a coloro che sono titolari di ruoli politici, sia all'interno del servizio sanitario che alla guida delle amministrazioni locali e regionali. Se mancano questi presupposti, non riusciremo ad integrare attività e ruoli degli operatori afferenti ai sistemi sanitario e sociale, ma proporremo risposte affiancate che di fatto offrono soluzioni parziali, che possono anche rimuovere uno o più segmenti del problema, ma che non rispondono alla complessità dei bisogni.

Apriamo un vocabolario e vediamo il significato del termine **integrare:** completare in *maniera funzionale* attraverso opportune addizioni e compensazioni un evento, costruendo *nuovi modelli operativi* che vadano a modificare le componenti del bisogno in modo da rimuovere l'ostacolo complessivo e non solo parte di esso.

I punti di forza per realizzare l'intervento sociosanitario

Per essere più concreti, esistono punti di forza dell'operare in maniera integrata; la centralità su cui basare le azioni risolutive è il **progetto personalizzato** costruito dagli operatori sanitari e dagli operatori sociali "insieme", cioè con una lettura della realtà che viene fatta osservando la persona e valutandola secondo le proprie competenze, rivitalizzate da una discussione e da un approfondimento che nasce dall'interlocuzione di più culture, quella dei sistemi di cura e quella dei sistemi di aiuto alla persona, valutando anche gli apporti che possono venire dalla persona stessa – quando è in grado di interloquire – o dai familiari che la supportano. Sembra tutto facile, ma di fatto non è così.

Agire una lettura condivisa della realtà e farlo all'interno di una discussione significa anzitutto trovare un orario compatibile con gli impegni di tutti. Diversamente ognuno potrà offrire una lettura dei fatti dal proprio punto di vista in attesa di incontrarsi in équipe ed integrare il quadro. Come si può capire, si tratta di due metodi completamente diversi: il primo si basa sull'interlocuzione/discussione tra conoscenze e competenze, il secondo diventa un riassunto delle impressioni/valutazioni di ciascuno.

Quanto evidenziato non è nemmeno il problema maggiore, perché a monte ne esistono altri ben più gravi che partono dagli indirizzi politico-gestionali di ciascun Ente. Se una regione non regola i processi di integrazione sul piano programmatorio, economico-finanziario e gestionale l'esito inevitabile, per gli operatori sanitari e sociali, è di non disporre di un quadro di riferimento. Regolare i processi di integrazione sociosanitaria significa dare un giusto rilievo alla materia osservando regole organizzative e amministrative.

Ripercorrendo le norme che fissano il quadro dell'integrazione troviamo il DPCM 229/99 (articolo 3-septies), il DPCM 14 febbraio 2001 che attua gli indirizzi del 229 e la legge 328/2000 (Legge quadro sugli interventi e servizi sociali) che indica le "grandezze" territoriali compatibili per poter attuare gli interventi sociosanitari. L'articolo 8 della L. 328/00 prevede addirittura "incentivi" ai Comuni per favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali con Ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari, in modo che vi sia una coincidenza territoriale che consenta il dialogo politico, organizzativo e operativo. Osserviamo meglio gli elementi più strutturali della coincidenza territoriale:

1. esistenza di rapporto stabile tra Distretto sanitario e Comuni singoli o associati (o Zone sociali), che spesso, in base alla legislazione regionale, assumono anche la connotazione di Distretti Sociosanitari facilitando per i servizi l'adozione del modello a "rete," largamente sperimentato e consolidato;
2. individuazione di un Punto unico di accesso (PUA) o altro sistema comunque denominato in base all'esperienza delle singole regioni e province autonome, come luogo dove il cittadino può trovare in una stessa sede risposte ai suoi bisogni di informazione e di assistenza sociosanitaria;
3. migliori opportunità per l'emanazione di atti programmatori locali, in relazione alla normativa vigente[1](Programma delle Attività Territoriali – PAT – e Piani sociali di Ambito/Zona) che condividano Obiettivi di Salute per la popolazione di riferimento e quindi facilitino le attività di cura, riabilitazione e reinserimento nella vita sociale in termini di continuità assistenziale per le diverse fasi della vita;
4. presa in carico personalizzata attraverso un assessment che comprenda la valutazione delle diverse dimensioni: patologia, risorse personali, sociali e familiari, aspetti reddituali, etc.;
5. elaborazione di un Piano Assistenziale personalizzato che, in base all'età e alle condizioni della persona presa in carico, possa divenire anche un "piano di vita", per rispondere ai bisogni delle diverse fasi di età e a cui applicare budget di salute costruiti in base ai livelli di gravità/complessità delle persone;
6. utilizzo di scale validate, con la prospettiva di un "set minimo", da condividere a livello nazionale, per la valutazione/classificazione dei gradi di fragilità e non autosufficienza. Per le persone con disabilità assume valore come punto di riferimento anche la Convenzione ONU per i Diritti dei disabili che raccomanda il "pieno accesso alle cure per tutte le persone con disabilità", rispettando l'approccio bio-psico-sociale e la garanzia per il disabile di realizzare il progetto di vita adulta all'interno e all'esterno della famiglia;
7. in materia di riabilitazione/reinserimento sociale, utilizzare percorsi che prendano in carico la persona dalla prevenzione, alla cura, al recupero funzionale al reinserimento nella vita sociale;
8. adottare Cartelle assistenziali/cliniche informatizzate, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle situazioni anche per facilitare il passaggio tra i diversi "setting";
9. stabilire per i progetti sociosanitari, nel rispetto dell'afferenza ai rispettivi fondi, dotazioni finanziarie miste: es"budget di salute" (fondi sanitari, sociali, concorso della persona/famiglia, fondi integrativi, etc.), per agevolare i processi di cura e recupero anche nel caso di scelte di tipo residenziale, sburocratizzando al massimo i processi amministrativi.

Gli elementi prima citati sono conosciuti e ben codificati in tutti i territori ma la loro contemporanea attuazione risulta difficile per tante possibili ragioni, tra cui la mancanza di conoscenze necessarie per la loro implementazione, la non presenza di tutte le condizioni necessarie per la loro attuazione, la mancata applicazione delle norme da parte delle regioni, della ASL e dei Comuni e l'interesse suscitato da questi problemi, che non risulta tale da imporre comportamenti virtuosi nei territori. L'esito di tal combinazioni è ben rappresentato dal titolo del Convegno citato in premessa *"Il sociosanitario una scommessa incompiuta"*.

Tra gli elementi sopra descritti c'è, inoltre, una difficoltà che spesso impedisce il riconoscimento dei diritti "sociali". Ci troviamo di fronte ad una mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte del Governo a cui hanno risposto tentativi delle regioni, in accordo con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), di riordinare le diverse prestazioni assistenziali locali analizzandone i contenuti e raggruppandole in **aree omogenee** anticipando i LEP sociali.

Questa è stata la strada percorsa: nel 2008 il discorso sul federalismo fiscale diventa più pressante e il 5 maggio 2009 viene approvata la legge n. 42, "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"; la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali iniziano ad operare secondo quanto indicato dal Decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" allo scopo di giungere ad una valutazione finanziaria sul costo dei servizi, anche in relazione alla soppressione dei Fondi nazionali e all'individuazione di criteri per articolare il Fondo di perequazione.

Attraverso studi e approfondimenti, oltre alla rilevazione della spesa sociale e alla valutazione dei fabbisogni per giungere ai costi standard, è stato preso a riferimento l'articolo 22, comma 4, della legge 328/2000 e si sono individuati i **servizi sociali maggiormente diffusi sul territorio nazionale**, da consolidare in ciascun ambito territoriale:
a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
c) assistenza domiciliare;
d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Codifica, in accordo con il MLPS ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), del **Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi Sociali** ai fini di esigenze conoscitive e di informazioni attendibili. In pratica i servizi di maggior rilievo sopra richiamati, sono stati classificati seguendo le indicazioni della legge 328/2000, in maniera tale da semplificare le diverse denominazioni attribuite da Comuni e Regioni e ne sono stati valutati i contenuti omogenei in modo da giungere a quanto auspicato dalla stessa legge Quadro del 2000, ovvero un Sistema Informativo dei Servizi Sociali, conforme alle classificazioni dei servizi già adottate anche a livello europeo. Ciò ha rappresentato un primo e importante passo da parte delle regioni.

Il Nomenclatore Nazionale delle prestazioni e degli interventi sociali, approvato dai Presidenti delle Regioni il 29 ottobre 2009 e aggiornato sul piano delle terminologie e dei contenuti nel 2014, ha provveduto ad un raggruppamento delle prestazioni definendo le **macro aree**, come sotto specificate, al cui interno sono individuati **"obiettivi di servizio"** recepiti anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e inseriti nei riparti del Fondo Nazionale Politiche Sociali per il triennio 2014/2017. Il termine "obiettivi di servizio" ha seguito la terminologia europea per specificare le attività condotte all'interno di quella determinata macro area:

ACCESSO E PRESA IN CARICO
Comprendenti tra l'altro: Servizio sociale professionale, Segretariato sociale, Servizi per i minori tra cui affido, adozione, mediazione familiare e interventi di sostegno alla genitorialità.
INTERVENTI E MISURE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE E IL SOSTEGNO EDUCATIVO
Comprendenti tra l'altro: Assistenza domiciliare socio-assistenziale, ADI integrata, sostegni diversi per domiciliarità: pasti, lavanderia, buon vicinato, gruppi di auto aiuto, forme di sostegno economiche per anziani e adulti in difficoltà, teleassistenza e telesoccorso, interventi per favorire l'autonomia personale, sostegno socio educativo domiciliare e territoriale .
NIDI E SERVIZI INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA
Comprendenti tra l'altro: Asili Nido, servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, anche con contributi erogati alla famiglia per l'accesso ai nidi e ai servizi integrativi.
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'
Comprendenti tra l'altro: Presidi residenziali socio-assistenziali e integrati sociosanitari, sostegno economico al pagamento delle tariffe sociali e i e sociosanitarie; Centri diurni semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi, anche con sostegno finanziario ai costi delle tariffe; Centri diurni di protezione sociale, anche con sostegno economico ai costi delle tariffe; Centri occupazionali e laboratori protetti.
INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA
Comprendenti tra l'altro: Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, contributi economici per facilitare avvio al lavoro, interventi economici e altre forme di aiuto per il reperimento di alloggi, servizi di mediazione culturale e sociale, distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc.), aree attrezzata per nomadi e ROM, servizi per l'igiene personale, trasporto sociale e aiuti (anche sotto forma di contributi) per la mobilità. Attività ricreative e di socializzazione, Ludoteche, Centri di aggregazione sociale, Centri diurni estivi e Centri per le famiglie.
MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO
Comprendenti tra l'altro: Buoni spesa o buoni pasto, Contributi economici di integrazione del reddito, altre forme di contributi economici a titolo di prestito/prestito d'onore, contributi economici per alloggio, contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, contributi per servizi alla persona, contributi per i servizi scolastici, più recentemente il reddito di inclusione (REI).

Tabella 1

Le definizioni esposte sono state riconosciute anche dalla Conferenza Unificata (Stato, Regioni e Comuni) con l'Accordo del 7 maggio 2015.

Le azioni descritte indicano un percorso che può essere utilizzato per la definizione dei LEP sociali perché, in base al

disposto dell'art. 22, comma 4, della legge 328/2000, vengono fissati i servizi già regolati dalle Regioni e dai Comuni e funzionanti in ciascun ambito territoriale[2]come interventi maggiormente e omogeneamente diffusi a livello nazionale. Si tratterebbe di un primo tentativo, anche a livello sperimentale, di riconoscere come livelli di assistenza le attività già presenti nei diversi territori che, con il Fondo Nazionale delle Politiche sociali maggiormente consolidato anche con incrementi annuali (compatibili con la finanza pubblica) in accordo con Regioni e Comuni, potrebbero essere gradualmente potenziate (come del resto è avvenuto anche on gli ultimi riparti del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali), partendo dai livelli meno consolidati. I livelli individuati andrebbero a completare l'unico LEP esistente in campo sociale, il REI (reddito di inclusione) approvato nel 2016/17.

La strada intrapresa non sarebbe differente da quella dei LEA in sanità, partiti da attività esistenti ed il cui loro perfezionamento, ha richiesto più di dieci anni di lavoro e di aggiustamenti operativi che hanno portato, ad oggi, a livelli più completi e moderni, declinati nel DPCM del gennaio 2017. L'auspicio è che il nuovo Governo proceda celermente anche ad una prima individuazione del LEP sociali seguendo il percorso già avanzato e di cui si è dato conto nelle righe precedenti, anche per poter garantire, soprattutto alle categorie più deboli e fragili, una risposta unitaria in campo sociosanitario.

Raggiungere oggi un livello più avanzato nell'integrazione sociosanitaria, oltre a garantire i diritti dei più deboli, aprirebbe la strada a ciò che i provvedimenti del Terzo Settore hanno indicato come "**integrazione comunitaria**" con nuove prospettive di lavoro, facendo sinergia tra i finanziamenti per potenziare i servizi, gli investimenti per il Terzo Settore, quelli europei ed i programmi di Industria 4.0 (si pensi ad esempio alla Domotica per i non autosufficienti e disabili gravi). Le diseguaglianze aumentano e con esse la fragilità dei più deboli; forse è utile a questo proposito richiamare il rapporto di Jacques Delors, dove l'attenzione alla persona è un obiettivo da perseguire per *cittadini che vogliono abitare responsabilmente il mondo*. Prendersi cura dei più deboli è da considerarsi un bene comune anche da economisti (a partire da Amartya Sen) che considerano il miglioramento delle condizioni di vita, come motore che diminuisce le diseguaglianze, aumenta la produttività e quindi lo stesso reddito nazionale.

Nella Tabella 2, in allegato, utilizzando le ipotesi sui raggruppamenti dei servizi sociali descritte, si è effettuata un'analisi dei contenuti dei nuovi LEA, (DPCM 12 gennaio 2017) e per l'area sociosanitaria si è individuata l'integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali per esemplificare il significato di una concreta integrazione, che consenta di erogare un sociosanitario avanzato e, contemporaneamente, offrire lo spunto per una prima individuazione dei LEP sociali.