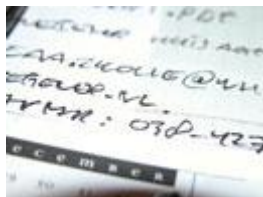


## Valutazione sulle regole di sistema regionali 2012 : un welfare sotto tutela

---



### *Il nuovo modello di welfare lombardo.*

Nel welfare lombardo è in corso una riforma basata sul principio della centralità della persona in tutte le fasi della vita, che prevede un insieme coordinato di azioni mirate a sperimentare un nuovo modello di welfare. L'attenzione si sposta dall'offerta (di servizi sociosanitari) alla "domanda" legata ai bisogni degli individui, riportando al centro del sistema la persona e la famiglia. Ci auguriamo che questa scelta non rimanga uno slogan ma diventi il risultato delle nuove politiche regionali.

Il modello che si delinea tenta di attivare dinamiche positive quali la lettura dei bisogni e la creazione di una rete di servizi in grado di prendersi cura delle persone e delle loro famiglie, tenendo conto del contesto familiare, socio ambientale e di vita. Viene promossa un' integrazione tra servizi sanitari e sociali e la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza.

Per quanto riguarda la famiglia, tuttavia, non è possibile ignorare che il nuovo modello d'assistenza le assegna un difficile compito; date le caratteristiche di fragilità di molti nuclei, ci pare difficile che siano in grado di reggere i processi di cura del welfare futuro.

Ci sembra quindi che il modello proposto risponda soprattutto a logiche legate alla necessità di diversificare l'offerta a fronte di una domanda crescente e all'ulteriore necessità di ridurre i costi del sistema.

*Residenzialità.*

*Criticità generali.*

Il welfare lombardo si è caratterizzato prevalentemente per lo sviluppo della rete della residenzialità a discapito della domiciliarità. Negli ultimi anni la Regione è intervenuta quasi unicamente sul versante dell'accreditamento delle strutture; gli erogatori, liberi di operare come imprese private, hanno avuto un ruolo nella programmazione delle politiche sociali decidendo autonomamente dove aprire le strutture, come determinare le rette, selezionare l'utenza, ecc.

A nostro parere questo è un punto di fragilità del sistema che va assolutamente corretto, tanto più in una situazione economica complessa come l'attuale. Infatti, nonostante la forte autonomia gestionale di cui ha goduto, l'intero sistema delle RSA è oggi investito da forti criticità. Benché la domanda rimanga ancora sostanzialmente alta, molte strutture denunciano

difficoltà a ottenere il pareggio di bilancio.

Noi riteniamo che le fragilità del sistema della residenzialità siano legate:

- alla mancanza di un piano di programmazione regionale del fabbisogno dei posti letto
- alla natura degli statuti delle Fondazioni che gestiscono le RSA, che spesso vincolano l'utenza ad un bacino comunale
- a capacità gestionali talora limitate e all'insufficiente preparazione innovativa di parte della dirigenza di fronte ai forti cambiamenti
- all'incapacità di fare sistema ottimizzando costi e ricavi. Queste criticità, se non governate, tendono a scaricarsi sulle rette, analogamente a quanto è avvenuto per i costi di adeguamento e messa a norma delle strutture per ottenere l'accreditamento regionale.

La domanda di ricoveri in RSA risulta inoltre alterata dalla mancanza di una lista unica territoriale di accesso, che eviterebbe le doppie o triple richieste.

Altre criticità da superare sono:

- la poca trasparenza nella costruzione delle rette
- la frammentazione dei soggetti gestori e le loro dimensioni
- la mancanza di una valutazione preventiva della complessità sociale e sanitaria dei soggetti da ricoverare, valutazione che oggi è fatta solo dalle strutture erogatrici e che noi proponiamo venga fatta dalle strutture pubbliche, perché così si concretizza la presa in carico dei soggetti fragili.
- la mancanza di strutture a complessità diversificata
- un' ADI territoriale insufficiente e non coordinata con gli interventi sociali.

Tutti questi fattori spingono la spesa verso l'alto . A fronte di questa situazione, alcune scelte fatte nelle linee guida 2012 (rispondenti anche a richieste avanzate dai sindacati) vanno nell'ottica di una razionalizzazione del sistema. I nuovi meccanismi di accesso all'ADI prevedono infatti una valutazione della complessità dei casi, che si pone anche come un cancello di entrata al nuovo sistema di residenzialità.

Riteniamo inoltre che siano da prevedere da parte della Regione parametri più stringenti per le strutture non accreditate che devono obbligatoriamente rispondere a un'utenza diversa da quella prevista per la residenzialità in RSA. In certi casi, invece, si potrebbe operare per rendere meno stringenti alcuni vincoli oggi previsti per l'accreditamento, semplificando l'iter burocratico ma intensificando i controlli sulla qualifica degli operatori, la tipologia dei contratti adottati e la lotta al lavoro irregolare.

Utile l'adozione di un codice etico della struttura e di regole di comportamento per prevenire la possibilità di accadimento di reati. I contratti devono essere redatti in forma scritta con specifica sottoscrizione delle clausole non previste nel contratto tipo .

Il fondo residuale del 2%, oggi non vincolato, va legato a parametri di qualità dei servizi erogati, ed eventualmente alla parziale compensazione dei costi

sostenuti dalle strutture con la perdita della quota sanitaria nei giorni di assenza dei pazienti.

### *Rette*

Quello che manca nel documento regionale è il governo del sistema a partire dallo strumento di controllo della retta: per noi è essenziale la possibilità di prevedere ricoveri in RSA con standard di qualità omogenei su tutto il territorio lombardo e costi comparabili a parità di servizi erogati. L'eventuale tariffazione di servizi accessori dovrebbe essere conteggiata a parte e non essere vincolante per il ricovero, cosa che la Regione Lombardia per ora non prevede, non avendo ancora creato strumenti giuridici ed economici per condizionare l'autonomia dei soggetti erogatori nella fase di accettazione dei pazienti.

La copertura della parte sanitaria della retta va garantita a tutti i pazienti classificabili nelle prime tre classi SOSIA come previsto dai LEA, con una quota pari al 50% del costo e il recupero annuale del tasso d'inflazione. L'utilizzo della media ponderata regionale, adottata per la parte sanitaria, deve valere anche per la parte alberghiera a carico dell'ospite.

Un aspetto da segnalare è che il documento interviene in modo deciso sulla spesa prevedendo la fatturazione solo delle giornate letto effettivamente occupate. Tuttavia quest'operazione, pur consentendo alla Regione un risparmio, potrebbe tradursi in un costo aggiuntivo per le famiglie nel caso si chiedesse loro di coprire i mancati ricavi della RSA, quota sanitaria compresa.

Per lo SPI rimane strategica l'istituzione di un fondo di riequilibrio per le famiglie che hanno difficoltà economiche. Questo andrebbe previsto da subito così da ammortizzare la fase di passaggio di sistema ed evitare che gli aumenti delle rette si scarichino sulle famiglie, sempre meno in grado di sopportare gli adeguamenti.

Inoltre dovrebbe essere precluso alle strutture di porre condizioni inaccettabili a garanzia delle rette (ad es. eventuali clausole contrattuali che obblighino le famiglie a rispondere in solido della retta del ricoverato).

### *Altri aspetti*

Nonostante ciò non venga dichiarato, la delibera regionale opera una vera e propria riaggregazione del sistema, con il rischio di creare oligopoli di gruppi con grossi capitali e know-how molto forte. Vanno invece promossi processi di riaggregazione delle strutture esistenti per meglio rispondere al rapporto bisogno-territorio e salvaguardare la qualità della vita degli ospiti.

Le politiche di accorpamento proposte per gli acquisti sono condivisibili ma, se non supportate da adeguate forme d'incentivazione, rischiano di restare deboli.

Il documento rende variabile la quota di finanziamento della RSA legandola alla contrattualizzazione: questo dovrebbe spingere le piccole strutture a ripensare la propria missione e valutare processi di aggregazione che favoriscono economie di sistema.

E' condivisibile tutta la fase di attribuzione di servizi al territorio, anche se Regione Lombardia presenta una proposta ancora debole sul coordinamento delle politiche.

Scompare il ruolo dei CeAD quale strumento per coordinare le politiche sanitarie e sociali, che per noi rimane invece strategico nel nuovo modello di welfare. Inoltre non sono sufficientemente chiariti alcuni aspetti sulle caratteristiche dei fornitori del servizio ADI.

La logica del contratto tipo come strumento unico di governo del sistema dev'essere ulteriormente approfondita perché risulta priva di adeguati strumenti di garanzia per i cittadini.

Non convince infine la logica della semplice sperimentazione di nuovi modelli poiché manca un vero raccordo tra le politiche territoriali dell'assessorato alla famiglia e quelle dell'assessorato alla sanità. I due assessorati ancora una volta propongono interventi paralleli, poco coordinati e spesso non sequenziali; questo, oltre a vanificare le risorse, impedisce l'attivazione di percorsi virtuosi su alcuni temi molto importanti (ad es. la rete di assistenza domiciliare ai malati oncologici, oggi garantita solo in alcune realtà grazie alla buona volontà di poche strutture, senza una scelta strategica e un intervento regionale coordinato) .

La disamina potrebbe proseguire anche sull'incertezza delle risorse per il sistema socio sanitario e sulla mancanza di una norma chiara sulla compartecipazione alla spesa sociale. Su questo tema è ancora in discussione il regolamento regionale che deve rendere omogenei gli interventi comunali o distrettuali in materia: la proposta regionale dovrà essere ulteriormente rivista nell'ipotesi di sostituzione dell'ISEE rigido con un modello più flessibile quale l'ICEF.

Claudio Dossi

Segretario SPI Cgil Lombardia