



## Gruppo III – Integrazione e coordinamento delle politiche dell’assistenza e della sanità

### Sintesi dei lavori

---

La sessione è durata quasi sei ore, con 31 interventi (di cui 12 programmati).

La discussione, intensa, non è stata facile, soprattutto per il rischio di trattare l’argomento – oggetto da anni di analisi, studi, riflessioni, dibattiti - ancora una volta in chiave puramente convegnistica, anziché in funzione della decisione politica e della mobilitazione. Abbiamo perciò cercato estrarre possibili “orientamenti”, di impegno e di mobilitazione, per le associazioni, i singoli partecipanti e le stesse istituzioni.

**Di cosa parliamo**, quando trattiamo di integrazione tra sanità e assistenza sociale,

Stiamo parlando di integrazione tra materie - Tutela della Salute e Assistenza - di “rango costituzionale”. Per le quali cioè sono previsti dei Livelli Essenziali - delle prestazioni o di assistenza - concernenti i diritti civili e sociali da garantire in modo uniforme in tutto il territorio nazionale. Così è stabilito, in attuazione dell’articolo 117 della Costituzione, esplicitamente dalla legge 42/2011 e dai successivi Decreti Legislativi attuativi (sul federalismo fiscale).

Quindi, l’assenza dei Livelli essenziali per l’Assistenza Sociale, è un primo grave ostacolo all’integrazione. Problemi ne crea anche la mancata revisione dei LEA sanitari (vecchi del 2001 e in realtà mai ben precisati) soprattutto quelli riferiti all’integrazione socio sanitaria.

Nel dibattito, è stato detto che l’integrazione riguarda anche altri ambiti di intervento: tutto ciò che produce “salute”, inclusione, vita indipendente (cioè i determinanti non strettamente sanitari o assistenziali: reddito, lavoro, casa, istruzione - formazione, ecc.). Paradigmatica l’esperienza nel campo della salute mentale o della disabilità, in cui conta la prospettiva di vita indipendente come LEA più che il pacchetto di prestazioni.

È stato detto che, oltre alle “classiche” forme dell’integrazione (istituzionale, organizzativa, finanziaria, professionale...) va considerata quella tra i diversi “attori del socio sanitario”: servizi pubblici, privati, associazioni, cittadini, indispensabile per una welfare partecipato, dalla programmazione alla valutazione degli interventi.

**Perché sosteniamo l’integrazione** ? Per la semplice constatazione che è “inappropriato” rispondere separatamente a bisogni umani – in questi caso sociali e sanitari – quasi sempre inseparabili. Emblematico il caso della persona non autosufficiente o con disagio mentale. Peraltro, rispetto ad anni fa, quando furono approvate le raccomandazioni di “Alma Ata”, la legge 833 nel 1978 e infine la 328 nel 2000 - il quadro epidemiologico sociale e sanitarie, e demografico è ancor più caratterizzato dalle cronicità, dall’aumento della popolazione anziana, dall’intreccio tra bisogni sociali e sanitari. Ciò deve spingere ancor più a cambiare, verso il nuovo modello di welfare sociosanitario: territoriale, unitario, integrato, in luogo del ricovero e della separazione tra sanità e sociale. Altrimenti non è appropriato.



Si è detto che l'integrazione si realizza nel territorio, cioè nel normale ambiente di vita e di lavoro delle persone.

Si è detto che è raccomandabile perché è la risposta più appropriata (cioè più Efficiente, più Efficace, più Equa):

- per il singolo cittadino che trova una risposta unitaria ai propri bisogni e continuità assistenziale
- per la collettività, anche perché è più efficace ed economicamente vantaggiosa.

Il welfare socio sanitario dell'assistenza integrata e territoriale produce crescita e risana i conti pubblici: combatte i disavanzi; e ciò è assolutamente necessario nella crisi di oggi. E' una Lo dimostra la situazione delle regioni indebitate e con i Piani di rientro dal disavanzo sanitario. Nelle quali il "vecchio welfare": eccesso di ricovero ospedaliero, di istituzionalizzazione, la beneficenza, la mancata integrazione col sociale (e l'integrazione non avviene perché spesso il sociale non esiste proprio) hanno prodotto il disastro dei conti pubblici (insieme alla deregulation nel rapporto coi privati).

Si è detto che ci sono pratiche diffuse di integrazione (vedi anche ricerca Agenas sui distretti socio sanitari illustrata nella sessione): dimostrano che dove è stata riconvertita l'offerta (es. meno ospedale ma più qualificato e più servizi integrati e nel territorio) i bilanci pubblici sono più solidi e l'assistenza è migliore (ad esempio è stato richiamato il rapporto tra il monitoraggio Lea e quello sui bilanci delle regioni)

### Ma allora se l'integrazione è così tanto auspicata perché è poco realizzata ?

Eppure la centralità del "territorio", la "prossimità" dei servizi rispetto al ricovero e all'istituzionalizzazione delle persone, e l'integrazione tra sanità e assistenza sono i capisaldi delle due leggi quadro di riferimento: la 833 del 1978 (con le successive modificazioni, l'ultima la 229/2000) e la legge 328/2000. Da almeno trent'anni se ne parla ma si fatica a realizzarla.

Nella sessione è stato detto: perché ci sono OSTACOLI:

- la mancanza dei Livelli essenziali del Sociale (e vecchi LEA sanitari)
- scarsi finanziamenti, tagli, e in un paese che non cresce;
- storie e profili assai diversi tra sanità e assistenza
- perdita di ruolo dei Comuni (qualcuno ha detto: e Sindaci che hanno "abdicato");
- mancanza di veri obblighi istituzionali all'integrazione (forse recuperati con i decreti sul federalismo ?);
- resistenze formidabile alla conservazione, interessi, rendite, lobby professionali, ecc.

Ma sono tutti ostacoli che non sono frutto del caso, di un inevitabile destino, **precipitano nella mancanza di una vera scelta di politica sociale ed economica.**

Quindi serve una scelta politica e sociale non bastano i convegni. E proprio nella CRISI bisogna "forzare" separazioni, abbattere barriere, riconvertire il welfare, anche per renderlo sostenibile.



L'integrazione e il welfare socio sanitario territoriale può diventare uno dei pilastro del nuovo welfare del XXI secolo.

**La sessione affida alla conferenza, quindi alle associazioni, ai partecipanti, alle istituzioni presenti cinque proposte.**

**Possibili terreni di iniziativa li abbiamo chiamati.**

Naturalmente vogliamo fermare, e invertire, la deriva dei tagli lineari, investire risorse selezionando alcune priorità, coerenti con il cambiamento necessario. Ma non dobbiamo farci paralizzare dai tagli: l'appropriatezza e quindi la riconversione del welfare può liberare grandi risorse.

1. A Governo, Conferenza delle Regioni, Anci chiediamo:

è possibile che il nuovo Patto per la Salute includa l'integrazione sociosanitaria a partire dalla non autosufficienza ? Per definire risorse, livelli, programmazione, scelte organizzative integrate. Sappiamo che è questione delicata (e dobbiamo evitare che qualcuno voglia integrare le risorse per tagliarle) ma è tempo di scelte coraggiose.

2. E sempre nel nuovo patto per la Salute:

per spostare il baricentro della sanità nel territorio e avvicinarlo al sociale, avviare il riordino delle cure primarie, senza rapporto tra medici di medicina generale e servizi sociali l'integrazione non si realizza.

3. Chiediamo un impegno "politico" a Conferenza Regioni e Anci:

realizzare in questa legislatura amministrativa, l'obbligo di associazione dei comuni di gestione integrata (ambito unico integrato socio sanitario), l'occasione è offerta dall'attuazione dei decreti sul federalismo regionale e municipale

4. Solo così è credibile la quarta proposta:

un Intesa Stato Regioni Comuni, a legislazione invariata, per restituire ai Comuni un ruolo più forte nella Sanità, ai fini dell'integrazione ovviamente (non della nomina dei primari...)

5. Infine la quinta proposta, che rivolgiamo non più alle istituzioni, ma a noi stessi: alle associazioni che hanno dato vita a questa conferenza, ai partecipanti. Ci impegniamo a utilizzare le riflessioni e le proposte uscite in questi due giorni per estrarre alcune priorità: linee guida per una mobilitazione nei territori. Per un confronto da aprire con i Comuni, le Asl, le Regioni quando sono chiamate in causa le loro scelte. La nostra sessione ne propone alcune (che potranno essere perfezionate nei prossimi giorni). Ad esempio, possiamo fornire linee di indirizzo per:



- *Stabilire le regole regionali, coinvolgendo i comuni, dell'integrazione socio-sanitaria (solo 8 regioni lo hanno fatto)*
- *Definire incentivi finanziari all'integrazione*
- *Realizzare l'ambito territoriale sociale coincidente con i distretti sanitari.*
- *La programmazione locale integrata e partecipata*
- *La formazione integrata degli operatori*
- *L'adozione di budget salute individuale – i Piani Terapeutico Riabilitativi Individuali*

Se lo vogliamo davvero, è possibile che così, noi, protagonisti di questa conferenza (le associazioni, le istituzioni, i partecipanti) sia a livello nazionale che nei territori, continuiamo un lavoro comune per la costruzione del nuovo welfare.