

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: PROBLEMI E PROSPETTIVE

Sommario

2	Norme e programmi prima del D.Lgs.229/99	2
2.1	La L.833/1978 e il DPCM 8.08.1985	2
2.2	Il D.Lgs.502/1992 e il PSN '94/'96.....	2
2.3	L'integrazione sociosanitaria nel quadro legislativo post DPCM 8.08.1985.....	3
2.3.1	Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000	3
2.3.2	Il profilo dell'integrazione sociosanitaria	4
3	Il D.Lgs.229/99	5
3.1	integrazione sociosanitaria: definizioni e competenze	5
3.2	il ruolo del Distretto.....	6
3.3	Il ruolo degli Enti Locali	7
3.3.1	La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale (art. 2 e art. 3 bis D.Lgs. 229/99)	7
3.3.2	Il ruolo dei Comuni nei confronti dell'ASL e del Distretto	8
3.4	Il rapporto tra la programmazione delle attività del Distretto ASL (PAT) e la programmazione sociale dei Comuni (PdZ).....	9
3.4.1	Il rapporto tra il PAT e il PdZ.....	10
3.5	dal D.Lgs.229/99 al DPCM 14.02.2001.....	11
3.5.1	L'evoluzione delle bozze del provvedimento	11
3.5.2	Il "pensiero" della FISH	12
3.6	Il DPCM 14.02.2001	13
3.6.1	esame dell'articolato	13
3.6.2	Esame della tabella	16

Glossario e legenda

Acronimo/voce	Decodifica/definizione
DPCM	Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri
D.Lgs	Decreto Legislativo
DDL	Disegni di Legge
DL	Decreto Legge
DPEF	Documento di Programmazione Economica e Finanziaria
LEA	Livelli essenziali di assistenza (sanità e sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria)
LEP /LIVEAS	Livelli essenziali delle prestazioni sociali
CONF. S/R	Conferenza Stato Regioni
CONF. S/Città	Conferenza Stato, Città e Autonomie Locali
Unificata	La riunione congiunta della CONF S/R e della Conferenza Stato – Città e Autonomie Locali
ANCI	Associazione Nazionale Comuni d'Italia
UPI	Unione Province Italiane
UNCEM	Unione dei Comuni e delle Comunità Montane
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
FSN	Fondo Sanitario Nazionale (artt. 51 e segg.L.833/1978)
PSN	Piano Sanitario Nazionale (L.833/1978)
PAT	Programma delle Attività Territoriali (a cura del Distretto ASL)
PdZ	Piano di Zona (art. 19 L.328/2000)

Le parti evidenziate in corsivo verde, rappresentano il mio punto di vista e quindi, in quanto tali, non costituiscono materiali oggetto di formazione. Sono solo ulteriori contributi e sottolineature in alcuni passaggi, su materie che sono certamente e ampiamente di natura politica, e non solo tecnica, e sono, peraltro, considerazioni coincidenti con le posizioni e riflessioni condotte su questi temi dalla FISH. In tal senso, ritengo che possano comunque essere accolte dai corsisti.

2 Norme e programmi prima del D.Lgs.229/99

2.1 La L.833/1978 e il DPCM 8.08.1985

Senza approfondire la materia, può essere utile ai fini di questa parte del corso ricordare alcuni dei momenti centrali che caratterizzarono il periodo intercorso tra gli anni '70/'90, a partire dall'entrata in vigore della cosiddetta prima riforma sanitaria, la L.833/78 (Istituzione del servizio sanitario nazionale" - G. U. 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.). **Sia nell'art. 1** (principi e obiettivi)

...nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività...

che nell'art. 10 (l'organizzazione territoriale)

... alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge...

risulta evidente il forte indirizzo sociosanitario, soprattutto sul piano istituzionale.

Il successivo DPCM 8.08.1985 (*atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali*) ha immesso nor-

me di carattere generale che le Regioni hanno poi adeguato in base alle proprie scelte politiche e alle reti di servizi esistenti.

Come già detto, in questa parte del lavoro non si intende compiere alcun approfondimento, ma vale forse la pena ricordare la fortissima polemica provocata da questo provvedimento, soprattutto in ordine alle strutture dedicate al ricovero di persone anziane non autosufficienti, passati dal comparto sanitario a quello socio-assistenziale, con notevoli aggravii alle casse non solo degli EE.LL, ma soprattutto alle tasche dei pazienti e loro famigliari.

2.2 Il D.Lgs.502/1992 e il PSN '94/'96

Il D.Lgs.502/1992 (riordino della disciplina in materia sanitaria) colloca in capo alle ASL (definite enti strumentali delle Regioni) la competenza per garantire i livelli essenziali di assistenza, fermo restando il diritto/dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali (art.3 co.1).

Si compie quindi una sostanziale scissione tra i ruoli delle ASL e degli EE.LL, che mantengono, oltre al meccanismo della delega (che poteva anche non essere concessa, cosa che in realtà capitò assai raramente) il compito di provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività (art. 3 co.14). Non solo:

- oltre all'affievolimento del diritto soggettivo alla tutela della salute affermato nella L:833/78 (in quanto si subordina la definizione dei livelli di assistenza alle indicazioni della programmazione economica art.1 co.1) e
- oltre alla diminuita integrazione tra Ospedale e Territorio (creazione delle Aziende Ospedaliere – art. 4)
- **si registra una complessiva involuzione** non solo di principio, ma anche di soluzioni istituzionali, professionali e organizzative che rendono certamente più complesso il raggiungimento dell'obiettivo della massima integrazione sociosanitaria.

In realtà, tra le priorità di intervento fissate dal PSN '94/'96 figura il rafforzamento (o la creazione, in molte realtà regionali) del Distretto sanitario di Base (DSB), che

rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale della U.S.L. finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

Tra i progetti-obiettivo e le azioni programmate si individua la

predisposizione di una rete di servizi integrati (sanitari, sociali, assistenziali) finalizzati al recupero, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei disabili, in applicazione della legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge 5 febbraio 1992, n. 104)

2.3 L'integrazione sociosanitaria nel quadro legislativo post DPCM 8.08.1985

2.3.1 Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000

Il PSN '98/2000 (G.U. Suppl.Ord. Serie Gen.n.288) ha introdotto importanti e significative novità, anche sul piano culturale, rispetto allo scenario delineato dai provvedimenti precedenti.

Indubbiamente il Piano esprime valori e propone affermazioni a mio avviso pienamente condivisibili, con l'unico profondo rammarico di non avere in realtà poi potuto verificarne la piena (e forse nemmeno parziale) realizzazione concreta.

Può essere utile riportare parte dell'introduzione per capire lo stile culturale e politico che ha preparato il terreno alla cosiddetta "terza riforma sanitaria" (il D.Lgs.229/99):

La salute è un bene fondamentale per la persona e per la collettività. Un sistema di servizi sanitari equo ed efficace è un determinante essenziale, anche se non esclusivo, per garantire la partecipazione alla vita sociale e l'espressione delle capacità individuali a tutti i cittadini, nel rispetto del principio di uguaglianza delle opportunità all'interno dell'intera collettività di cittadini. **La garanzia**

di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e l'elemento fondamentale che ne determina la forma di finanziamento e i criteri di organizzazione. Il finanziamento attraverso la fiscalità generale, la distribuzione dei servizi secondo criteri di equità, la gratuità al momento del consumo rappresentano le tre condizioni necessarie (ancorché non sufficienti) per impedire che barriere finanziarie, geografiche o sociali ostacolino l'efficace fruizione del diritto alla salute.

Il Piano individua nove idee forti per qualificare le Politiche di Salute

- rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti
- promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari
- diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute
- favorire comportamenti e stili di vita per la salute
- contrastare le patologie più importanti
- aiutare a convivere attivamente con la cronicità
- **percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria**
- rilanciare la ricerca
- investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema

Il tema dell'integrazione risulta quindi collocato in posizione strategica, ed è interessante notare come in alcuni passaggi il PSN '98/2000 anticipa la L.328/2000 e il Piano Sociale Nazionale (DPR 3.05.2001), soprattutto in relazione ai rapporti tra i Programmi dei DSB e le attività programmatiche dei Comuni:

L'integrazione delle diverse politiche per la salute, nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizza i diversi centri di responsabilità, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove la solidarietà e valorizza gli investimenti di salute nella comunità locali

E ancora

L'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Essa incide sulla continuità assistenziale, investe i rapporti tra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica.

A questo scopo...va attuata la programmazione degli interventi socio- sanitari a livello distrettuale con intese programmatiche tra le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati, secondo le normative regionali derivanti dall'applicazione dell'art. 3 del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112. Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti Obiettivo.

2.3.2 Il profilo dell'integrazione sociosanitaria

E' in questo PSN che viene declinato il profilo che deve assumere l'integrazione sociosanitaria

Un profilo, come noto, articolato su tre livelli, ciascuno indispensabile e ciascuno strettamente connesso agli altri; un insieme che non ammette scorciatoie o simulazioni, pena l'impossibilità di costruire quella condizione che, per esempio, sta alla base di quanto disposto dall'art.14 L.328/2000 (progetto individuale per le persone disabili) che ha ormai assunto per l'intero movimento la fisionomia di un vero e proprio obiettivo ideologico, in quanto espressione di una logica di valutazione (dei bisogni) e di intervento (il progetto, le azioni, i servizi, ecc.) rispettosi della dignità della persona, che non richiede certo interventi standardizzati, ma, in perfetta coerenza con la cultura dei diritti umani, interventi personalizzati, co-progettati e co-valutati.

I tre livelli sono i seguenti (tratti dal PSN '98/2000)

- **L'integrazione istituzionale** ...nasce dalla necessita di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse... che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute
- Il distretto è la struttura operativa che meglio consente di gover-

nare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei comuni, della solidarietà locale).

- **L'integrazione gestionale** si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro per progetti.

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto. **Vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.**

- **L'integrazione professionale** è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e Linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

3 Il D.Lgs.229/99

L'atto che genera la cosiddetta Terza Riforma Sanitaria è la L. 419/98 che, all'art.2, espone i principi e i criteri direttivi con cui procedere a revisionare il D.Lgs.502/98.

Senza affrontare in profondità le indicazioni espresse dalla L.419/98, basti qui richiamare uno degli aspetti salienti che, letto in combinata con la L.Cost.3/2001 (e in particolare con la modifica all'art.117 Cost.) caratterizzerà – dalla fine degli anni '90 e sino ai nostri giorni - il dibattito politico, tecnico e giuridico in materia di politiche sanitarie, ovvero,

la complessa e delicata questione del rapporto tra tutela del diritto alla Salute e rispetto del principio di uguaglianza, e, dall'altro, definizione dei livelli essenziali di assistenza e reperimento delle risorse necessarie al loro finanziamento (federalismo fiscale)

Anche i temi legati all'integrazione sociosanitaria risentono delle intenzioni riformatrici del Legislatore. Gli articoli 2, 3, 3 bis, 3 quater, quinquies, septies e octies del D.Lgs.229/99 testimoniano tale volontà.

3.1 integrazione sociosanitaria: definizioni e competenze

L'art. 2 co.1 lett. n) L.419/98 ordinava la necessità di

prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali;

stabilire principi e criteri per l'adozione ...di un atto di indirizzo e coordinamento ...in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985

...che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; anche in attuazione del Piano sanitario nazionale

Un compito che il D.Lgs.229 ha solo parzialmente svolto; si dovrà attendere infatti sino al febbraio 2001 per ottenere il provvedimento che a tutt'oggi risulta essere l'unico in grado di fornire elementi in grado di riconoscere la tipologia della prestazione.

Ma occorre procedere con ordine:

- **l'art. 3 septies del D.Lgs. 229/99 definisce prestazione sociosanitaria**

...tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (comma 1)

- **In quest'ambito vengono definite tre distinte tipologie di prestazioni**

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria
Competenza ASL	Competenza Comuni	Competenza ASL (comprese nei LEA)
Art. 3 septies comma 2 lett.a)	Art. 3 septies comma 2 lett.b)	Art. 3septies comma 4 e 5

- le definizioni proposte sono note.
- **le prestazioni sanitarie a rilievo sociale** sono identificate come le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti

degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite

▪ **le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono**

tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute

▪ **le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria**

sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

In buona sostanza, almeno dal punto di vista della definizione dei profili per identificare, con una certa precisione, la natura delle prestazioni **il D.Lgs. 229/99 altro non fa.**

Precisa però alcuni aspetti che è necessario ricordare.

3.2 il ruolo del Distretto

Nel paragrafo precedente si è già esaminato l'art. 2 bis (conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale). Si deve ora, anche se sommariamente, affrontare il ruolo del Distretto ASL per completare la conoscenza della dimensione istituzionale atta a garantire l'integrazione sociosanitaria.

Le modifiche introdotte dal D.Lgs.229/99, per quanto attiene al ruolo e al funzionamento del Distretto, sono definite prevalentemente negli articoli 3 quater, 3 quinquies e 3 sexies. Attraverso semplici domande possiamo ricostruire gli elementi costitutivi e di funzionamento essenziali di tale livello organizzativo

▪ **chi istituisce i Distretti ?**

è la Regione che, con propria Legge, istituisce i Distretti, secondo le indicazioni dell'art. 2 co.2 2 –sexies lett. c. D.Lgs.229/99 (popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo diverse disposizioni regionali)

▪ **cosa deve garantire il Distretto ? E' sempre la Regione che disciplina l'organizzazione dei Distretti in modo che siano garantite le seguenti funzioni:**

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni. (art. 3 quinquies co. 1)

▪ **inoltre, il Distretto deve garantire**

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

- e) attivita' o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- f) attivita' o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona (art. 3 quinquies co. 2 e 3)

- **Con quali risorse può funzionare il Distretto?**

con le risorse assegnate dalla Regione in riferimento agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;

- **il Distretto ha autonomia? Sì ...**

...nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto e' dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unita' sanitaria locale (art. 3 – quater co. 2)

- **in che modo il Distretto può programmare la propria attività?**

Definendo il Programma delle Attività Territoriali (PAT), ...

...basato sul principio della intersettorialita' degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) prevede la localizzazione dei servizi....;
- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria ...e le quote rispettivamente a carico dell'unita' sanitaria locale e dei comuni, nonche' la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) e' proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attivita' sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle prioritari stabilite a livello regionale.

- **chi governa il Distretto?**

E' il Direttore di Distretto, nominato dal Direttore Generale dell'ASL (a sua volta nominato dalla Giunta Regionale). Il Direttore di Distretto ...

...realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuita' assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto (art. 3 – sexies co. 1)

- **chi verifica l'operato del Distretto?**

Sicuramente l'ASL, il cui Direttore Generale deve approvare il PAT, ma anche il Comitato dei Sindaci di Distretto ha un ruolo affatto secondario sia nella fase di programmazione che quindi, per analogia, in quella di verifica.

3.3 Il ruolo degli Enti Locali

3.3.1 La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale (art. 2 e art. 3 bis D.Lgs. 229/99)

La L.419/98 dettò una parziale , ma significativa , inversione di rotta circa il ruolo dei Comuni nell'ambito delle attività connesse alla programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale. Si afferma infatti la necessità di

potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale, anche con la costituzione di un apposito organismo a livello regionale, nonche' nei procedimenti di valutazione dei risultati delle AUSL e delle aziende ospedaliere; prevedere la facolta' dei Comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione, pur restando esclusi i comuni stessi da funzioni e responsabilita' di gestione diretta del SSN (art. 2 comma 1 lett.I – L.419/98)

Un cambiamento in una certa misura introdotto da una serie di norme che proprio nel corso dello stesso anno hanno promosso la crescita del ruolo delle autonomie locali in materia sanitaria . Tra queste vale la pena ricordare:

- l'art. 115 co.1 lett.a D.Lgs.112/98 prescrive il parere della Conferenza Unificata prima di approvare il PSN
- l'art. 6 co. 1 D.Lgs. 124/98 prevede che le regioni nelle quali avviare la sperimentazione del nuovo sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e delle esenzioni siano individuate d'intesa con la Conferenza Unificata
- l'art. 2 co.3 D.Lgs. 115/98 prevede la designazione di due membri nel Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, (istituita dall'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266), nominati dalla Conferenza Unificata.

Il D. Lgs.229/99 istituisce la **Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale**. (art. 2 co. 1) che unita agli altri aspetti definiti nel medesimo provvedimento

- la definizione del ruolo e delle funzioni del Distretto Socio-Sanitario e del ruolo che gli EE.LL, devono svolgere per definire le politiche distrettuali (art. 3 quater commi 2 e 4)
- il ruolo assegnato ai Comuni in relazione alla verifica sull'attività svolta dal Direttore Generale dell'ASL (art. 3 bis comma 7)
- il ruolo della Conferenza dei Sindaci nell'attività del Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria (art. 3 ter commi 2 e 3)
- la facoltà per i Comuni di stabilire livelli essenziali di assistenza ulteriori (art. 2 sexies lett. h)

costituiscono la traduzione dei principi voluti dalla L.419/98.

La Conferenza permanente (da istituirsi tramite legge regionale) prevede la seguente composizione:

- il Sindaco del Comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'ASL coincida con quella del Comune;
- il Presidente della Conferenza dei Sindaci, ovvero il Sindaco o i Presidenti di Circostrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unita' sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune;

- rappresentanti delle Associazioni regionali delle Autonomie Locali.

L'attività della Conferenza si deve raccordare (o prevederla con l'inserimento tramite nomina di un proprio rappresentante) con l'organismo rappresentativo delle autonomie locali (ove istituito)

Quali compiti deve assolvere la Conferenza regionale?

- esamina obbligatoriamente il progetto di PSR (Piano Sanitario Regionale (ricordo le raccomandazioni contenute nel PSN '98/2000 che invita le Regioni a produrre Piano Socio-Sanitari Integrati). Il PSR è approvato tenendo conto delle osservazioni formulate dalla Conferenza (*ciò significa che in caso di mancata condivisione la Regione debba comunque attivare un confronto con la Conferenza*))
- partecipa, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere e dei piani attuativi metropolitani
- esprime parere obbligatorio , ma non vincolante, nel procedimento per la risoluzione del contratto del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera.

3.3.2 Il ruolo dei Comuni nei confronti dell'ASL e del Distretto

Occorre ricordare come il ruolo degli EE.LL nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria trova un suo spazio anche a livello dell'attività di programmazione dell'Azienda Sanitaria. Per quanto, quindi, il processo di aziendalizzazione avviato con il D.Lgs.502/92 sia un processo intenso, per certi aspetti decisivi per la trasformazione del SSN (*un processo che vede, a mio avviso, nel forte potere assegnato al Direttore Generale - e quindi della Giunta Regionale, che lega la politica sanitaria a filo diretto con le proprie articolazioni sul territorio – un elemento determinante*), a fronte di tutto ciò, si diceva, la Legge non poteva cancellare il ruolo degli EE.LL. Lo dimostra, oltre all'art. 2 – già esaminato – anche un significativo passaggio dell'art. 3 (modificato in questo dal D.Lgs.517/93).

Il Sindaco (se il territorio dell'ASL coincide con quello del Comune) o la Conferenza dei Sindaci (se il territorio dell'ASL non coincide con quello del Comune):

provvede, nell'ambito della programmazione regionale, alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività

esamina il bilancio pluriennale (di norma su base triennale) di previsione ed il bilancio di esercizio

verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici

L'organismo che la Legge prevede sia costituito al fine di connettere la politica del Distretto con quella degli Enti Locali è il **Comitato dei Sindaci del Distretto**. Il funzionamento e l'organizzazione del Comitato è regolato da Legge regionale (art. art. 3 – quater co. 4)

Il Comitato esprime parere sul PAT proposto dal Direttore del Distretto, esprimendo però l'intesa con il Direttore Generale ASL proprio in merito alle attività sociosanitarie (art. 3 – quater co.3).

Il Comitato inoltre

concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali.

In conclusione possiamo affermare che i Comuni possono svolgere un ruolo potenzialmente non marginale, ma certamente dipendente dalle volontà politiche degli Amministratori e del Consiglio Comunale, e quindi anche dalla capacità di iniziativa delle formazioni e organizzazioni sociali.

3.4 Il rapporto tra la programmazione delle attività del Distretto ASL (PAT) e la programmazione sociale dei Comuni (PdZ)

Sin qui sé è visto come l'insieme delle norme poste a sostegno di un'efficace politica sociosanitaria, paiono in un certo senso adeguate, soprattutto dal punto di vista del rapporto e del collegamento tra politiche distrettuali e politiche comunali. Prima di esaminare il rapporto tra la programmazione a livello distrettuale e quella a livello comunale (sia singoli che associati) occorre ricordare che:

- i PAT (Programma per le Attività Territoriali) devono rispecchiare le indicazioni dei Piani Sanitari Regionali; un elemento che le scelte a livello distrettuale non possono certo ignorare e che in presenza, o in assenza, di precise indicazioni regionali in tal senso, possono certamente limitare l'adeguatezza delle scelte di piano a livello territoriale (*p.e. la R.Lombardia ha deciso di indirizzare il sistema sociosanitario regionale verso una progressiva, ma decisa, privazione di ogni attività a gestione diretta da parte delle ASL – e quindi dei Distretti – favorendo invece il ruolo dei soggetti privati accreditati. E ancora: riguardo all'uso delle risorse dei PdZ (art.19 L.328/2000) la Regione ha stabilito che il 70% di tali risorse debba essere speso sotto forma di Bonus e/o Voucher. In un quadro simile, è chiaro che le scelte di programmazione regionale siano talmente forti da rendere meno visibile e praticabile l'autonomia distrettuale in relazione ai bisogni di salute del proprio territorio*)

Come già detto in premessa, in questa parte della FAD farò riferimento a documenti di programmazione e di natura normativa che sono, a mio modo di vedere, pienamente attuali nei contenuti e nelle proposte, mentre lo sono in misura relativa rispetto alle acquisite autonomie regionali in materia di politica socio-assistenziale e sanitaria. I riferimenti utilizzati sono i seguenti:

- la L.328/2000 (art. 19 e 22)
- il Piano Sociale Nazionale 2001-2003 (DPR 3.05.2001) emanato in attuazione della L.328/2000

- il Programma d'Azione del Governo per le politiche dell'Handicap 2000-2003
- i Piani Nazionali per l'inclusione – edizione anno 2001 e anni 2003-2005

Almeno tre dei documenti proposti (Piano Sociale Nazionale, Programma d'Azione e Piano per l'inclusione sociale 2001) sono sicuramente da considerare non cogenti dal punto di vista operativo e concreto. Ciò vale soprattutto per il Programma d'Azione in quanto non siamo nemmeno in presenza di un atto di natura amministrativa, ma di un semplice (si fa per dire, ovviamente) documento programmatico deciso dal Governo (il Programma è stato approvato nel luglio 2000) che avrebbe dovuto inaugurare, finalmente, una stagione all'insegna non solo della programmazione (e infatti il Programma era articolato in obiettivi, priorità, azioni, ecc.) ma soprattutto delle politiche integrate, così come fortemente chiesto dalle Associazioni al termine della prima Conferenza Nazionale sull'Handicap – Roma 1999.

In realtà, anche il Piano Sociale Nazionale non ha dimostrato di possedere, sul piano sostanziale e concreto, il potere necessario a promuovere un processo teso ad affermare adeguate ed efficaci politiche sociosanitarie.

Oltretutto la stessa L.328/2000 vive una situazione incerta e, potremmo dire, ambigua, in quanto:

- da una parte vi è chi sostiene apertamente che l'efficacia di tale legge, dal punto di vista degli adempimenti regionali, è poco sopra lo zero (e questo grazie all'autonomia legislativa e organizzativa acquisita dalle Regioni in materia socio-assistenziale, ma soprattutto all'inerzia dello Stato che non ha ancora definito i livelli essenziali delle prestazioni sociali - LEP);
- dall'altro lato, in realtà, molte regioni hanno recepito la L.328/2000 (la R.Lombardia, per esempio, non ha recepito con un atto organico la L.328/2000, ma si è limitata a citarla nel Piano Sociosanitario Regionale e nelle delibere specifiche volte all'utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali).

Anche in questo caso, non è compito di questo parte del programma formativo affrontare il tema dell'attualità e della coerenza della

L.328/2000. Basti però pensare che, oltre a quanto già detto, sono perlomeno tre i profili di legittimità costituzionale che la L.328/2000 esprime, qui citati solo per fornire spunti di riflessione e di auto-approfondimento:

- Il mantenimento del piano dell'**universalità dei diritti** (art. 3 co. 2, art. 32 e 38 Cost. in relazione all'art. 1 L.328/2000.)
- Il ruolo delle **formazioni sociali** (artt.2, 33, 38, 118 Cost. in relazione agli artt. 1 e 5 L.328/2000)
- Il mantenimento del **metodo della programmazione** quale piano concettuale di fondo che i componenti della Repubblica devono adottare per impostare le politiche di protezione sociale (artt. 114, 120 Cost. in relazione agli artt. 6, 18, 19 e 22 L.328/2000)
- (per approfondimenti in tal senso posso consigliare la lettura del capitolo dedicato a questi temi contenuto nel volume

3.4.1 Il rapporto tra il PAT e il PdZ

Il DPR 3.05.2001 è esplicito e in più parti del documento il tema dell'integrazione sociosanitaria viene proposto ed evidenziato

il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale...prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone ...

...

da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti personalizzati, dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale, da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale...

...

In coerenza con la legge 328/2000, il *Piano Nazionale Sociale 2001-2003* promuove lo sviluppo del **Welfare delle responsabilità**, ovvero di un *Welfare* che può essere definito *plurale*, perché costruito e

sorretto da responsabilità *condivise*, in una logica di sistema *allargato* di governo...(parte I)

...

Sul piano organizzativo occorre quindi istituire in ogni ambito territoriale, definito ai sensi degli articoli 6 e 8, comma 3 lettera a) della legge n. 328/00, una “**porta unitaria di accesso**” al sistema dei servizi, tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate. Nel piano di zona vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto, tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 3 *quater* del d.lgs n. 229/99.

...

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3 *quater* del d.lgs n. 229/99) e dal Piano di zona (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. **E' pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.**

3.5 dal D.Lgs.229/99 al DPCM 14.02.2001

Entro tre mesi dall'approvazione del decreto di riordino del SSN il Governo avrebbe dovuto emanare un atto di indirizzo e coordinamento, predisposto dal Ministro della Sanità (On. R.Bindì) e dal Ministro della Solidarietà Sociale (On.L. Turco) che avrebbe dovuto pre-

cisare tre elementi fondamentali per dare un po' d'ordine in un contesto istituzionale e tecnico non certo semplice:

- i criteri di finanziamento delle prestazioni, indicando la quota di spesa che ASL e Comuni avrebbero dovuto sostenere per le tipologie di prestazioni loro assegnate
- le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario

Facendo i conti, entro il 16 ottobre 1999 tutto ciò si sarebbe dovuto leggere nel provvedimento indicato. Tale scadenza non venne minimamente rispettata, e bisognerà attendere il febbraio 2001 per ottenere l'atteso provvedimento, a tutt'oggi, a mio avviso, considerato solo, o prioritariamente, negli aspetti legati agli aspetti economici (“chi paga?”).

Prima di esaminare il DPCM 14.02.2001 può essere utile compiere una brevissima carrellata sulle bozze che hanno preceduto l'emanazione del DPCM vigente, oltre che un cenno sul ruolo svolto dalle Associazioni e dalla FISH in particolare

3.5.1 L'evoluzione delle bozze del provvedimento

Chi volesse studiare e classificare la lunghezza degli iter dei provvedimenti statali, potrebbe stabilire con certezza la posizione del DPCM sull'integrazione sociosanitaria nella graduatoria dei provvedimenti con l'iter più lungo e sofferto. Pur non disponendo di tale base scientifica possiamo affermare che la genesi dell'atto di indirizzo è stata lunga, sofferta e a tratti caotica. Come già detto, il provvedimento doveva necessariamente avere due fonti di impostazione: la sanità e la solidarietà sociale.

Bozza più, bozza meno, si sono contate almeno dieci bozze che nel corso dell'anno e mezzo di gestazione si sono succedute sui tavoli dei gruppi di lavoro che presso i due Ministeri si erano costituiti, senza contare che, soprattutto nell'ultimo periodo, i due Ministeri hanno lavorato in sostanziale autonomia, aumentando notevolmente il tasso di confusione e di attesa che già era giunto a notevoli livelli di intensità (appena prima della stesura del testo divenuto poi definitivo

circolarono addirittura tre bozze, due della Sanità e una degli Affari Sociali).

Senza compiere lunghe dissertazioni di merito, credo possa interessare mettere in evidenza quali erano i punti salienti di contrasto (si fa per dire) tra le due concezioni (sanitaria e sociale), se non altro perché il nodo del corretto rapporto tra questi due poli del sistema di protezione sociale non si può certo dire si sia risolto con l'emanazione dell'Atto di Indirizzo del 2001.

Nella maggior parte delle bozze del Ministero della Sanità vi erano alcuni problemi:

- si è tentato di considerare solo l'elevata integrazione sociosanitaria quale area interamente a carico della SSN (oltretutto escludendo, contro il parere della FISH, le prestazioni e i servizi da erogare in regime di lungo-assistenza)
- nelle fasi di valutazione del bisogno non era in sostanza previsto il coinvolgimento della persona e della famiglia
- relativamente al concorso alla spesa, si faceva riferimento al D.Lgs.124/98 e non, come pareva più corretto fare, al D.Lgs.109/98 riformato dal D.Lgs.130/2000.
- Le bozze del Ministero della Solidarietà Sociale, invece, presentavano elementi di maggiore condivisione rispetto alle opinioni delle Associazioni, tra cui, per esempio, la parte riferita alle modalità di processo con le quali procedere alla valutazione del bisogno, finalizzata all'identificazione della tipologia di prestazione da erogare.
- In relazione a tutto ciò la FISH ha svolto, nei limiti del possibile, una strettissima vigilanza, intervenendo sulle bozze che mano a mano si riusciva a conoscere (cosa peraltro né facile né scontata). Tenuto conto della vicinanza dei contenuti espressi dalle Associazioni rispetto al testo poi effettivamente licenziato (almeno per la parte dedicata alla valutazione del bisogno) può essere utile riportare brevemente i contenuti espressi dalla Federazione

3.5.2 Il "pensiero" della FISH

La FISH ha sempre considerato il provvedimento sull'integrazione sociosanitaria come un elemento decisivo, strategico e di sistema con il quale valutare l'andamento del sistema di protezione sociale del nostro Paese.

Gli assi portanti del "pensiero" della Federazione possono essere così sintetizzati:

- *Approccio globale di intervento per cicli di vita (interventi sanitari, sociali e sociosanitari) nell'ambito di una Progettazione Individualizzata*
- *Introduzione di pratiche sistematiche di valutazione dell'efficacia degli interventi*
- *Adozione dei nuovi codici internazionali di valutazione in via di approvazione (in quel periodo l'ICF era prossimo alla validazione) per attivare l'intervento riabilitativo/abilitativo/mantenimento/rimozione delle cause di esclusione sociale/ nei confronti della persona disabile, e superamento dell'attuale sistema di valutazione medico-legale, inserendo la valutazione delle capacità/potenzialità della persona come elemento determinante per la definizione dei bisogni*
- *Azzeramento delle attuali diversità di competenze delle varie Commissioni di accertamento, controllo e valutazione, e istituzione di una unica équipe multidisciplinare che preveda la partecipazione, su richiesta della persona disabile o della sua Famiglia o del suo tutore, di tecnici o di una Associazione o realtà collettiva di appartenenza.*
- *Superamento della classificazione rigida delle prestazioni e dei servizi tra area sociale e area sanitaria, e sviluppo di processi di forte integrazione istituzionale e professionale (area socioSanitaria). Il problema del finanziamento della prestazione (a carico del PSN, o del Comune o misto) veniva affrontato come conseguenza del processo di valutazione bisogni, tranne che per i servizi tipicamente sanitari.- sanitari (es. ospedale, diagnosi, ex.art.26, strutture residenziali tipo "comunità alloggio" per persone in situazione di gravità e/o con plurihandicap, strutture residenziali per persone disabili, centro diurni per gravi, protesizzazione, e*

comunque tutti gli interventi erogati in favore di persone in situazione di non autosufficienza –come la disabilità intellettiva – e/o la situazione di disabilità plurima)

- *Valorizzazione della PARTECIPAZIONE alle scelte da parte della persona disabile e della sua Famiglia*
- *Doppia centralità (la persona disabile e la sua Famiglia) lungo l'intero arco delle iniziative finalizzate alla rimozione/diminuzione delle cause di esclusione sociale e di aumento delle possibilità di autonomia o autosufficienza*
- *Ruolo centrale del Distretto (D.Lgs.229/99)*

Risulta pertanto evidente come la Federazione abbia mantenuto un profilo di forte coerenza rispetto al tema centrale che da tempo caratterizza la propria iniziativa: la presa in carico.

Il provvedimento alla fine viene emesso e pubblicato nella G.U. n. 129 del 6 giugno 2001

3.6 Il DPCM 14.02.2001

- Il provvedimento è costituito da due parti:
- l'articolato (6 articoli)
- una serie di tabelle a cui riferirsi per distinguere le tre tipologie di prestazioni

3.6.1 esame dell'articolato

3.6.1.1 art. 2 – tipologia delle prestazioni

L'art. 2 è centrale in quanto stabilisce che le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3 septies del D.Lgs.502/92 e successive modifiche e integrazioni

sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata (art. 2 comma 2 DPCM 14.02.2001).

Al comma precedente (comma 1) si stabilisce che

l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

In poche righe si afferma il primato di una serie di principi che, come prima ricordato, sono alla base del pensiero e dell'iniziativa della Federazione e delle Associazioni che la costituiscono: il ruolo centrale della progettazione individualizzata, preceduta da valutazioni condotte su base multidisciplinari, finalizzate a fornire risposte complessive e integrate di Salute, saldando il naturale e legittimo diritto della persona non solo ad essere considerata/coINVOLTA nei processi di risposta ai propri bisogni di salute, anche per lunghi periodi, ma anche ad essere considerata, appunto, **persona**, soggetto sociale a pieno titolo incluso nella Comunità, e pertanto portatore del diritto di presa in carico globale dei propri diritti/bisogni.

L'art. 2 non si limita ad elencare i criteri, ma fornisce anche gli elementi identificativi di tali criteri, fornendo così agli operatori una importante e significativa traccia per impostare le procedure di valutazione.

La determinazione della natura del bisogno deve avvenire tenendo conto dei seguenti criteri:

- funzioni psicofisiche
- natura delle attività del soggetto e relative limitazioni
- modalità di partecipazione alla vita sociale
- fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento (comma 3)
- Tralasciando i primi due elementi, credo opportuno sottolineare che gli altri due elementi rappresentano **la possibilità (per la persona con disabilità) e il dovere (per gli operatori) di definire modalità e strumenti affinché nel processo valutativo il coinvolgimento sia finalmente una dimensione reale**, e non un mero esercizio del pur importante diritto di informazione.
- Proseguendo, il comma 4 stabilisce che

l'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari

la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito

la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

Il comma 5 fornisce le indicazioni per valutare la complessità dell'intervento

determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) e alla loro articolazione nel progetto personalizzato

3.6.1.2 art. 3 – definizioni

- L'articolo 3 tenta di comporre un quadro di orientamento e di classificazione delle prestazioni, e certamente si deve dire che alcuni aspetti risultano esposti e sottolineati con chiarezza. Ne cito solo alcuni:
- si ribadisce che la prestazione è erogabile solo nell'ambito di progetti personalizzati
- si ribadisce che le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale e quelle sociosanitarie ad elevata integrazione sono di competenza delle ASL e a loro carico (**su questo aspetto però si tenga presente il successivo DPCM 29.11.2001 che in realtà assegna a carico dei Comuni – e quindi dei cittadini – quote di costo per prestazioni e servizi rientranti nei LEA**)
- per quanto riguarda il concorso alla spesa da parte dei cittadini/utenti nelle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria erogate da strutture diurne e/o residenziali, si precisa che detto concorso è riferibile soltanto agli interventi di ospitalità alberghiera (vitto, accoglienza, ecc.). Un aspetto, questo del concorso alla spesa, è

stremamente controverso su cui si registra in realtà una notevole diversità non solo di comportamenti regionali, ma addirittura intra-regionali (tra ASL e ASL) e intra ASL (tra Comune e Comune della stessa ASL).

3.6.1.3 Art. 4 – principi di programmazione e di organizzazione delle attività

- Al pari dell'art. 2, l'articolo 4 assume valore e importanza strategica, in quanto traccia le linee di comportamento che le **Regioni dovrebbero** assumere:
- con il concorso della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, si devono adottare iniziative e azioni di programmazione nelle quali collocare, precisare e definire l'area dell'integrazione sociosanitaria.
- sempre con il concorso della Conferenza, al fine di garantire **uniformità di comportamento** sul territorio da parte di ASL e Comuni, devono essere svolte attività di vigilanza e coordinamento.

Il decreto stabilisce anche i principi a cui le Regioni si devono attenere per programmare gli interventi sociosanitari:

sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, continuità assistenziale
--

Le attività legate alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (rientranti nei LEA) devono essere definite all'interno del PAT, e i Comuni devono adottare

sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini per consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni (art. 4 comma 2 DPCM 14.02.2001)

Il decreto compie perciò una scelta precisa, coerente con le linee di riforma del D.Lgs.229/99, definendo una cornice programmatoria dove Regione (attraverso atti regionali, atti aziendali e atti distrettuali) e Comuni devono attivare specifici rapporti istituzionali ai fini della definizione e attuazione di concrete politiche sociosanitarie.

Ma il decreto si spinge anche oltre, giungendo ad individuare anche alcuni strumenti che le Regioni devono definire

per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari (art. 4 comma 3 DPCM 14.02.2001)

Dovranno quindi essere emanati

- indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i **criteri della valutazione multidisciplinare**
- indirizzi e protocolli per l'**articolazione del piano di lavoro personalizzato**

Anche su questi aspetti, infine, a conferma del ruolo attivo e sostanziale che la Regione deve assumere al fine di garantire il raggiungimento di condizioni concrete nelle quali l'integrazione socio-sanitaria si deve sviluppare, il decreto stabilisce che devono essere svolte anche funzioni di vigilanza

al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale (art. 4 comma 3 DPCM 14.02.2001)

3.6.1.4 art. 5 – criteri di finanziamento

E' composto da due commi, entrambi, a mio avviso, particolarmente significativi.

Il primo comma riconferma il ruolo della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, in quanto stabilisce che con il concorso di questo organismo la Regione deve utilizzare le risorse del fondo sanitario regionale tenendo conto delle finalità contenute nel decreto

sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici, nonché delle differenti configurazioni territoriali e ambientali

Un ruolo importante, quindi, quello che la Conferenza può svolgere, entrando direttamente nel vivo delle scelte da compiere relativamente al funzionamento del servizio sanitario regionale.

Il secondo comma riguarda invece un compito a cui la Regione deve sottostare, in forza dei principi richiamati dall'articolo precedente (omogeneità, continuità assistenziale, ecc.) e in forza del rispetto

della normativa nazionale in materia di concorso alla spesa da parte dei cittadini/utenti. La Regione deve infatti stabilire

i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal D.Lgs. 124/1998 e per quelle sociali dal D.Lgs. 109/1998 e successive modifiche e integrazioni

Materia delicatissima, oltre importantissima, quindi, sulla quale è facile riscontrare, per l'ennesima volta, l'estrema eterogeneità delle situazioni regionali e territoriali, frutto della sostanziale "anarchia" con la quale i Comuni hanno proceduto ad applicare (ma sarebbe più corretto dire, al contrario, a disapplicare, le norme del Codice Civile e le norme nazionali in materia di concorso alla spesa). Il tema del concorso alla spesa non rientra tra gli obiettivi della FAD, essendo previsto invece come tema specifico da trattare negli incontri regionali. Può comunque essere utile introdurre una breve scheda di orientamento legislativo, con la solita raccomandazione di dovere poi approfondire la materia sulla quale da tempo si svolge un confronto poco noto e poco avvertito a livello "pubblico", ma estremamente intenso a livello politico, istituzionale e giudiziario.

E' un tema infatti sul quale si scontrano molteplici interessi:

- *le Regioni che tendono a non sbilanciarsi nella definizione dei criteri per evitare di rendere i Comuni ancor più sensibili riguardo al tema delle risorse*
- *i Comuni che tendono a risolvere i propri problemi di bilancio relativamente alla spesa sociale e socio-sanitaria di loro competenza scaricando i costi sui cittadini,*

i cittadini/utenti che non intendono invece sottostare a condizioni vessatorie e che, proprio nel caso delle persone con disabilità, puntano a utilizzare ogni fonte economica e patrimoniale per il pagamento delle rette – soprattutto per i servizi residenziali – per poi lasciare la persona nelle mani della pubblica assistenza

Un tema, come si diceva, su cui si stanno intensificando anche gli scontri a livello giudiziario, a testimonianza della elevata problematicità delle situazioni. Come si diceva, la scheda non intende fare altro se non fornire una minima mappa di orientamento, senza alcuna pretesa di approfondimento.

3.6.1.5 Art. 6 – norme a garanzia per le Regioni a statuto speciale e per le Province Autonome

- L'articolo conferma che le indicazioni contenute nel decreto valgono anche per le Regioni a statuto speciale e per le Province Autonome (Trento e Bolzano) che in base alla propria autonomia strumentale, organizzativa e finanziaria devono comunque provvedere a garantire il raggiungimento delle finalità qui descritte.

3.6.2 Esame della tabella

Il decreto si completa con **una tabella che descrive per ciascuna area di bisogno** (materno infantile, disabili, anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie psichiatriche, patologie per infezione da HIV, pazienti terminali) tre campi tematici specifici: prestazioni/funzioni, fonte legislativa, criteri di finanziamento (espressa in valori percentuali).

A mio avviso si deve registrare una contraddizione tra quanto affermato nell'art. 2 del decreto e la tabella che, in definitiva, propone un quadro semplificato e un po' troppo sbrigativo delle diverse tipologie di prestazioni sociosanitarie. La tabella infatti sembra volere classificare le prestazioni in base ad un criterio prevalente: l'intensità del trattamento (fase intensiva, estensiva, lungo-assistenza).

In ogni caso, la tabella presenta alcune difficoltà interpretative che mi paiono abbastanza evidenti, soprattutto nella colonna dedicata al finanziamento della prestazione (**e cioè, in altri termini, al CHI PAGA?**):

- Le prestazioni sono per il 100% a carico del SSN per i **soggetti a responsabilità minimale**. Si pone il problema concreto di stabilire chi siano i soggetti a responsabilità minimale, in quanto tale definizione non compare nel lessico legislativo e giuridico vigente.
- Si pongono le prestazioni di lungo-assistenza rivolte ai disabili gravi (siano esse erogate in regime domiciliare, residenziale e diurno) in un quadro di finanziamento dove il 70% del costo della prestazione/servizio è a carico del SSN, mentre tale percentuale scende al 40% se le prestazioni sono rivolte alle medesime per-

sone che risultino però prive del sostegno familiare ed erogate in regime residenziale permanente; non si capisce cosa effettivamente si intenda per "privi del sostegno familiare" e nemmeno si capisce la ratio della norma laddove ci si riferisce al carattere di permanenza della struttura residenziale che accoglie la persona, né tanto meno si comprende perché ci debba essere una diminuzione della quota sanitaria in presenza di servizi residenziali permanenti, senza minimamente tenere in conto le specifiche esigenze e bisogni della persona. Fin qui il DPCM.

I problemi rimasti aperti sono, a mio avviso, i seguenti

- *la domanda principale ritengo debba riguardare il valore del provvedimento, alla luce delle modifiche costituzionali avvenute nei mesi successivi all'emanazione del decreto (L.Cost.3/2001). In altre parole si tratta di capire sino a che punto le norme e le indicazioni contenute nel decreto siano cogenti per le Regioni. Personalmente ritengo che il decreto esprima degli obiettivi e quindi delle modalità operative che non sono lesive dell'autonomia regionale, in quanto non entra nel merito di come la prestazione debba essere organizzata/gestita/erogata, ma si limita a descrivere un quadro istituzionale atto a garantire un meta-obiettivo (l'integrazione sociosanitaria) che ciascuna Regione e ciascuna articolazione territoriale esprime in relazione ai bisogni di salute del territorio. Di certo il quadro di incertezza costituzionale tutt'ora pienamente vigente non aiuta né gli operatori, né i cittadini e le loro associazioni per capire se e quanto le Regioni devono attenersi a quanto indicato nel decreto*
- *il DPCM 29.11.2001 (definizione dei LEA) fa esplicito riferimento al decreto sull'integrazione sociosanitaria, anche se pare che il riferimento prevalente sia in relazione alla parte dedicata al finanziamento della prestazione/servizio (e cioè, come più volte detto, al CHI PAGA?). Credo comunque sensato affermare che richiamare il DPCM 14.02.2001 in un provvedimento di sistema come quello in materia di LEA possa farci pensare che l'intero provvedimento, e quindi anche gli aspetti legati alla programmazione sociosanitaria, sia da considerare valevole e cogente per le Regioni, e in tal senso credo si possa e si debba agire anche a livello associativo.*