

INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DIRITTI INDIVIDUALI.

Riflessioni sul tema dell'integrazione tra sanità ed assistenza alla luce dell'esperienza dei servizi socio-assistenziali dei Comuni di Collegno e Grugliasco (To)

Mauro Perino

La “fase nobile” dell'integrazione .

La costruzione del sistema locale dei servizi sociali e sanitari dei Comuni di Collegno e Grugliasco si avvia nella fase di attuazione del D.P.R. 616/77 – con il quale vengono individuati nei Comuni gli Enti titolari in materia di assistenza ed in alcune “categorie” di cittadini gli aventi diritto – e della legge 833/78 che istituisce il Servizio sanitario nazionale e ne individua il soggetto beneficiario nella “*persona umana*” (art. 1).

In applicazione della Legge Regionale 20/1982 viene costituita l'Unità Socio – Sanitaria Locale n.24 configurata come lo strumento operativo dei Comuni per la gestione associata ed integrata dei servizi socio – assistenziali e dei servizi sanitari.

Le idee guida che caratterizzano la scelta del modello gestionale operata agli inizi degli anni '80 dalla Regione Piemonte si ispirano al *principio dell'integrazione* intesa come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il “*benessere psico – fisico*” delle persone.

Nella prima fase del percorso si è creduto fortemente nella logica dello strumento unico di gestione in quanto appariva come il più adatto a favorire *l'inclusione* delle “categorie” tradizionalmente assistite dai servizi sociali nelle politiche sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alla generalità dei cittadini.

In quegli anni la carenza di risposte sanitarie appropriate alle problematiche poste dagli anziani cronici non autosufficienti e dai disabili intellettivi veniva infatti *supplita* da interventi assistenziali inadeguati ed inefficaci, fondati essenzialmente sull'istituzionalizzazione, con oneri a carico dei beneficiari, dei loro famigliari e dei Comuni.

L'azione che i servizi sociali sviluppano all'interno delle Unità Socio Sanitarie Locali mira ad allargare l'ambito d'intervento dei servizi sanitari a queste quote di popolazione. Grazie allo strumento rappresentato dall'*integrazione delle competenze* si aspira a *socializzare* e a *demedicalizzare* la sanità alla quale si richiede *l'assunzione diretta di tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione cura e riabilitazione proprie del sistema sanitario* post riforma. Si opera inoltre per lo sviluppo di quei servizi alternativi all'istituzionalizzazione che non possono venire attivati se non attraverso

l'utilizzo delle risorse (umane e finanziarie) del comparto sanitario, in quella fase decisamente più consistenti di quelle disponibili per il comparto assistenziale.

Purtroppo la “fase nobile” dell’integrazione non dura a lungo e viene messa in crisi – non a caso – dalla legge finanziaria del 1984 (Legge 730/83, art. 30) con la quale si *inventano* “le attività di rilievo sanitario connesse con quelle - assistenziali” demandando ad apposito decreto il compito di definire le competenze in materia di *finanziamento* delle attività sanitarie e sociali svolte dai servizi integrati.

La strumentalizzazione del concetto di integrazione.

A “definire” la nuova tipologia di attività interviene, nel 1985, il D.P.C.M.¹, conosciuto come decreto Craxi che, all’articolo 1, recita: “*Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali di cui all’art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n.730 sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio – assistenziali, purchè siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l’attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti*”.

E’ così che quella che era una *modalità di lavoro* dei servizi – *l’esercizio integrato di attività professionali*, sanitarie ed assistenziali, afferenti o meno allo stesso comparto ma comunque finalizzate ad *includere* le persone con maggiori difficoltà - diviene prima *una tipologia* di attività a sé stante e, successivamente, un vero e proprio “comparto” da “traghetare” nel settore dei servizi sociali.

Il D.P.C.M. del 1985 si configura come “atto di indirizzo e coordinamento” alle regioni alle quali è affidato il compito di definire in maniera più puntuale quando un’attività socio assistenziale è *diretta immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino* e quando invece è *direttamente ed esclusivamente socio-assistenziale anche se indirettamente finalizzata alla tutela della salute del cittadino*.

Grazie al decreto non solo si arresta il processo di estensione dei diritti alle prestazioni sanitarie avviato nella primissima fase di attuazione della legge 833/78 ma si inverte addirittura la tendenza, avviando il trasferimento degli anziani cronici non autosufficienti, dei dementi senili e dei malati di Alzheimer, dei pazienti psichiatrici dal settore sanitario a quello dei servizi sociali.

A spingere in questa direzione è la Regione che dall’individuazione di una *competenza professionale socio assistenziale* nell’esercizio di attività sanitarie fa conseguire una *competenza di spesa per i comuni* (titolari delle funzioni socio

¹ D.P.C.M. 8 agosto 1985 “Atto d’indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio – assistenziali, ai sensi dell’art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833”.

assistenziali) nel finanziamento di tutte le attività, non strettamente sanitarie, rivolte alle tipologie di prestazioni individuate in via generale dal “decreto Craxi”.

L'avvio del processo di esclusione delle “categorie” bisognose di lungo assistenza - comunque dibattuto e conflittuale – rappresenta una prima grave sconfitta sul piano della tutela del *diritto soggettivo* ad accedere gratuitamente a prestazioni fornite dal sistema sanitario da parte degli anziani cronici non autosufficienti e dei malati di Alzheimer. In cambio si ottiene una generalizzata contribuzione sanitaria - per gli interventi definiti “a rilievo sanitario” - nell'ambito della tripartizione della spesa prevista dalla normativa regionale di attuazione del D.P.C.M: una quota sanitaria, una quota a carico dell'utente (e, in genere, dei suoi familiari) un'integrazione a carico dei servizi sociali dei Comuni associati.

Inoltre, grazie alle *forzature* che si riescono a realizzare, si ottiene il riconoscimento – sancito dalla Regione – della competenza del Servizio sanitario (100% della spesa) ad intervenire per i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, ove le prestazioni da esse erogate siano finalizzate in via esclusiva o prevalente alla riabilitazione funzionale *degli handicappati e dei disabili*; alla cura e/o al recupero fisico – psichico *dei tossicodipendenti*; alla cura *degli anziani*, limitatamente agli stati morbosi non curabili al domicilio; alla cura e/o al recupero fisico e psichico *dei malati mentali* purchè le prestazioni siano integrate con quelle dei servizi psichiatrici territoriali.

In buona sostanza, grazie alle pressioni esercitate dai Comuni e dai servizi locali, gli ex O.P. conservano, sino alla seconda metà degli anni '90, lo status di “Area socio – sanitaria ad esaurimento” e gli ospiti continuano a beneficiare di interventi (sociali e sanitari) a completo carico del Servizio sanitario.

Con il decreto si creano però i presupposti “culturali” con i quali si motiva e giustifica il periodico tentativo di espulsione dei *pazienti ex O.P.* e dei *malati di mente* in generale, dalla tutela rappresentata dal sistema sanitario. Il tutto in nome della “mitica” integrazione!

Eppure – sia ben chiaro - nessuno si sognava (allora come oggi) di negare la necessità di integrare sempre meglio, dal punto di vista funzionale e delle competenze professionali, sia le attività attribuite ad entrambi i comparti dalla normativa di attuazione del decreto Craxi (afferenti all'area materno infantile, dei disabili, degli anziani non autosufficienti) sia quelle che, negli ultimi anni '90, vengono ad aggiungersi (rivolte alle persone con problemi psichiatrici, ai tossicodipendenti ed agli alcolodipendenti ai quali si aggiungono – per buona misura – le patologie da Hiv).

L'integrazione presuppone però – in quanto strumento professionale dei servizi per operare al meglio – che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti deputati a garantirli, certe le risorse per attuarli.

Così non è stato allora! E la vicenda della chiusura degli Ospedali Psichiatrici nella Regione Piemonte fornisce un (significativo) esempio di cosa potrebbe

accadere oggi in sede di applicazione delle più recenti normative “sull’integrazione” socio – sanitaria².

Integrazione e livelli essenziali delle prestazioni

Nel febbraio 2001 il processo di espulsione dal sistema sanitario delle persone in condizione di maggior debolezza – portato avanti utilizzando in modo strumentale il concetto di integrazione tra attività sociali e sanitarie – subisce una repentina accelerazione grazie ad un nuovo “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie”, emanato con D.P.C.M. 14.02.2001 a firma “Amato – Turco – Veronesi”.

Il decreto – che radicalizza la logica di risparmio della spesa avviata con il “decreto Craxi” - ridefinisce i confini delle prestazioni socio sanitarie ed introduce nuovi criteri di ripartizione della spesa tra ASL e Comuni.

All’utenza già individuata dalle Regioni in applicazione del precedente atto di indirizzo – rappresentata dall’area materno infantile, dai disabili, dagli anziani cronici non autosufficienti – si aggiungono: *le persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative; i soggetti dipendenti da alcool e da droga; gli affetti da patologie psichiatriche; gli affetti da H.I.V.* Il servizio sanitario mantiene a completo carico le sole *“prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale domiciliare, semiresidenziale, residenziale” dei pazienti terminali.*

Il nuovo decreto è accolto con preoccupazione dai Comuni ai quali viene chiesto di *assicurare* ai propri cittadini l’accesso alle prestazioni socio sanitarie senza disporre dei necessari finanziamenti per far fronte a spese che già gravavano, per intero, sul fondo sanitario.

A trasformare le preoccupazioni dei Comuni in vero e proprio allarme giunge infine il D.P.C.M 29 novembre 2001, a firma “Berlusconi – Sirchia – Tremonti”,

² Al fine di dare adempimento alle disposizioni dettate dalle leggi finanziarie (1995, 1997 e 1998) che prevedono la chiusura degli Ospedali Psichiatrici la Giunta della Regione Piemonte, con deliberazione n.489 – 14975 del 29.11.1996, adotta le linee guida per la chiusura definitiva degli ex O.P prevedendo che questa avvenga tramite *rivalutazione clinica dei pazienti* (normata secondo quanto previsto con la precedente DGR 118 – 7609 del 3.4.1996). La rivalutazione si concretizza nell’inserimento dei pazienti ex O.P. e di quelli “territoriali” – ricoverati dai Servizi di salute mentale in strutture residenziali socio assistenziali con oneri a carico del Servizio sanitario – nelle nuove “categorie” degli *adulti portatori di handicap* (rivalutati di tipo A) e dei *non autosufficienti anziani e non* (rivalutati di tipo B). A queste due fattispecie si aggiungono le persone rivalutate di tipo C che rimangono di esclusiva competenza psichiatrica. Nel rispetto del principio “dell’integrazione”, la rivalutazione deve venire effettuata *“attraverso la stretta collaborazione e comune responsabilità, tra gli operatori degli ex O.P. e quelli operanti sul territorio del Dipartimento di salute mentale e/o del servizio socio – assistenziale di provenienza dei pazienti”* e deve concludersi con la presa in carico degli stessi da parte dell’ASL e dell’Ente gestore delle funzioni socio assistenziali delle aree territoriali di provenienza dei pazienti. A tutela degli Enti socio assistenziali – che senza alcuna competenza specifica si trovano a dover avallare “guarigioni” determinate dall’invecchiamento (tipo B) o a recepire diagnosi di handicap (tipo A) formulate da psichiatri – la Legge regionale n.61 del 12.12.1997: “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale per il triennio 1997/1999” stabilisce che *“la Regione interviene finanziariamente a favore degli Enti gestori dei servizi socio assistenziali a copertura degli oneri derivanti dall’organizzazione e dall’erogazione delle prestazioni destinate ai soggetti con patologie psichiatriche in carico anche ai servizi socio – assistenziali e ai soggetti rivalutati ai sensi della DGR 118 - 7609 del 3.4.1996”*.

che definisce i “livelli essenziali di assistenza sanitaria”³. La principale novità del DPCM è costituita dall’inserimento di alcune *prestazioni strettamente sanitarie* tra quelle (cosiddette “assistenziali”) che il decreto “Amato - Turco - Veronesi” assoggetta alla contribuzione da parte del cittadino e del Comune.

Posto che l’implicita finalità di entrambi i decreti amministrativi è di *separare la competenza istituzionale relativa alle cure dei malati acuti da quella concernente gli interventi per i malati cronici* si tratta di capire se l’impianto normativo realizzato - incardinato sull’utilizzo strumentale del concetto di integrazione tra sociale e sanitario⁴ - metta davvero *la parola fine* alla possibilità della fascia più debole della popolazione di *esigere* dal sistema sanitario le prestazioni necessarie ad assicurare il diritto alla salute.

L’articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. sviluppa nel dettaglio il concetto di *integrazione socio – sanitaria* fornendo, al primo comma, una definizione delle *prestazioni socio – sanitarie*.

“Si definiscono prestazioni socio sanitarie 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”.

Il secondo comma dell’articolo individua due tipologie di prestazioni socio – sanitarie:

- a) *le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le “attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite”;*
- b) *le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè 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”.*

Alle tipologie di cui sopra si aggiungono le *prestazioni ad elevata integrazione sanitaria* che il quarto comma definisce come *“caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno – infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative”.*

Pur rinviando *“all’atto di indirizzo e coordinamento di cui all’articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419”* l’individuazione delle

³Publicato sul supplemento ordinario della Gazzetta ufficiale n. 33 dell’8 febbraio 2002.

⁴ Mauro Perino: “Con la scusa dell’integrazione” Appunti sulle politiche sociali, n. 3/2002

prestazioni da ricondurre alle tipologie a), b) e di quelle da inserire nella fattispecie delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, nell'articolo in oggetto vengono fissati alcuni punti fermi in ordine al problema delle *competenze istituzionali*.

- 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”.
- Le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* “sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112”.

L'individuazione del soggetto competente ad erogare le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* è, nell'articolo esaminato, meno precisa e va ricercata nel precedente articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), ove si afferma – con riferimento alle funzioni e risorse del distretto sanitario – che quest'ultimo deve garantire “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*”.

In sintesi il quadro delle competenze - *delineato con legge dello Stato* - risulta così composto: alle ASL compete l'erogazione delle *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione* e di quelle ad *elevata integrazione sanitaria*; ai Comuni quelle *sociali a rilevanza sanitaria* (salvo delega alle ASL).

Alla *competenza* ad erogare le prestazioni è collegata, in modo però diversificato, l'attribuzione *dell'onere finanziario* degli interventi. Infatti se vi è perfetta coincidenza tra gestione e “pagamenti” per quanto attiene alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (fondo sanitario) ed a quelle sociali a rilevanza sanitaria (fondi comunali), per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale si procede diversamente.

L'articolo 3 septies, comma 3, del D. Lgs 502/92 e s.m.i. demanda infatti ad uno specifico “atto di indirizzo” l'individuazione, sulla base dei principi e criteri direttivi fissati nell'articolo, non solo delle prestazioni da ricondurre alle tipologie individuate dalla legge ma anche “*i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle Unità sanitarie locali e ai comuni*”.

Nella fattispecie delle *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione*, avremo dunque - secondo questa chiave di lettura - *una titolarità in capo all'Unità sanitaria locale* - che dovrà gestire gli interventi attraverso il distretto di cui all'art. 3 ter del decreto legislativo - *ed una competenza finanziaria da suddividere* tra fondo sanitario e fondo assistenziale.

A tali indirizzi sembra conformarsi il D.P.C.M. 14.02.2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie”* che attribuisce chiaramente alle ASL *la titolarità delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale anche se non connotate da specifica ed elevata integrazione.*

L'articolo 3, comma 1, del decreto afferma infatti che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, in quanto tali, sono *“di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali”.*

Lo stesso articolo, al comma 3, con riferimento alle prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione sanitaria conferma che *“sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio – sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza”.*

Infine, al comma 2 dell'articolo, nel ribadire che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono *“di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi”* dettaglia le tipologie di interventi attraverso i quali esse si esplicano⁵.

L'articolo 3 septies, comma 3, del D. Lgs 502/92 e s.m.i rinvia tra l'altro al decreto la definizione dei *livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.* Gli interventi che definiscono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria elencati nell'atto di indirizzo del 14.02.2001 costituiscono pertanto *il livello essenziale delle prestazioni sociali assegnate alla competenza dei comuni* che vengono così chiamati:

- ad erogare, *nelle fasi estensive e di lungo assistenza,* le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria definite dagli *interventi* elencati dall'articolo 3, comma 2, lettere a), b), c) d) ed e) del DPCM. 14.02.2001;

⁵ Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria *“si esplicano attraverso:*

- gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;*
- gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;*
- gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;*
- gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;*
- gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;*
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.*

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza”

- ad erogare inoltre, in base alla successiva lettera f), ogni altro intervento *qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza* secondo la legislazione vigente.

Nella sostanza il decreto *conferma le competenze istituzionali indicate dalla legge di riferimento; elenca gli interventi che definiscono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni assegnate ai comuni; rinvia alle regioni la puntuale definizione del complesso delle prestazioni socio – sanitarie* di cui all'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i indicando alcuni criteri di riferimento:

- l'assistenza socio-sanitaria viene prestata sulla base di *“progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali”*;
- le prestazioni sono definite tenendo conto della natura del bisogno, della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale;
- l'intensità è stabilita in base a fasi temporali: la fase intensiva, quella estensiva ed infine la fase di lungo assistenza.

A completare lo scenario normativo di riferimento interviene il DPCM 29.11.2001 che, all'allegato 1.C, definisce *i livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria*. E' dunque opportuno esaminarlo per capire se introduce novità nella definizione delle competenze istituzionali fissate dal decreto legislativo di riferimento e ribadite – nelle linee generali – dall'atto di indirizzo del 14.02.2001.

Nella premessa dell'allegato si afferma che *“Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale **ovvero** le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV”*.

Se la congiunzione coordinativa disgiuntiva *“ovvero”* è da intendersi come *“oppure”* siamo in presenza di una tipologia di prestazioni non prevista dal D. Lgs. 502/92 e s.m.i. In tal caso *“le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale”* vanno ricondotte, pena l'illegittimità dell'atto amministrativo, alla tipologia delle prestazioni sanitarie a rilievo sociale (in quanto assoggettate a contribuzione da parte delle ASL e degli utenti/comuni).

Se, di contro, con quel termine, si intendeva *specificare* che tra le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale rientrano anche quelle “a componente non distinguibile” (ma finanziariamente attribuibile) allora vale quanto già detto con riferimento all’atto di indirizzo del 14.02.2001.

In buona sostanza ritengo si possa sostenere che i due decreti amministrativi attuativi del D. Lgs. 502/92 e s.m.i assegnano *comunque* la titolarità delle prestazioni assoggettate ad una suddivisione della spesa tra diversi soggetti istituzionali al comparto sanitario in quanto rientranti – come del resto indica la legge di riferimento - tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

A tutti i soggetti deboli menzionati dai decreti le ASL dovranno dunque *assicurare* (pur con contribuzione a carico degli interessati, come sciaguratamente prevedono entrambi i decreti) - tra le altre prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza - quelle relative *all’area dell’integrazione socio sanitaria*.⁶

Del resto non è una novità in quanto, già nel 1996, la Corte di Cassazione aveva sentenziato che “*le prestazioni sanitarie, al pari di quelle a rilievo sanitario, sono oggetto di un diritto soggettivo, a differenza di quelle socio – assistenziali, alle quali l’utente ha solo un interesse legittimo*”.⁷

Conclusioni

A questo punto non resta che tornare alla lettura del disposto dell’articolo 3 septies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i – legge dalla quale sia l’Atto di Indirizzo che il DPCM sui LEA traggono fondamento – che, al comma 8, recita testualmente: “*Fermo restando quanto previsto dal comma 5 (le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sono garantite dalle ASL e comprese nei LEA) e dall’articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c) (l’erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, gravano sul distretto sanitario) le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l’integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio – sanitari*”.

E dunque la Regione che – anche con l’autonomia ed i nuovi poteri che le derivano dalla modifica del testo costituzionale - deve mettere in condizione i

⁶ “*Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza – e tra queste quelle contenute nell’ allegato 1.C. Area dell’integrazione socio sanitaria del DPCM 29.11.2001 – sono garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente*”. (art. 1, comma 3, D.Lgs. 502/92 e s.m.i.)

⁷ Corte di Cassazione, Sezione 1^a, sentenza n.10150 del 20 novembre 1996 riferita ad un ricorso contro il DPCM 8 agosto 1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali ai sensi dell’art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833”

comuni e le aziende sanitarie di garantire *“l’integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio sanitarie di rispettiva competenza”*.

Si è detto all’inizio che per ricondurre la pratica dell’integrazione sui giusti binari, è necessario far chiarezza sui diritti delle persone e sui soggetti deputati a garantirli, avendo certezza delle risorse per attuarli. E’ dunque essenziale che le Regioni, i Comuni e gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali comprendano che tra i presupposti per l’avvio di un processo virtuoso di integrazione, rientra il riconoscimento della *esclusiva titolarità del sistema sanitario a garantire il diritto alla salute a fronte della piena responsabilità a rendere esigibile il diritto all’assistenza da parte del sistema dei servizi sociali*.

La *“gestione integrata dei processi assistenziali socio – sanitari”* è essenziale ma *implica* la chiara definizione dei soggetti istituzionali chiamati a garantire i servizi e ad erogare, tramite questi, le diverse prestazioni. Non è pensabile trasferire ad uno strumento operativo professionale, quale è *l’equipe integrata di distretto*, le prerogative istituzionali di una ASL o di un Comune.

La discriminante, certo non sempre facile da individuare, è rappresentata dalla condizione di salute: i servizi ed i presidi preposti alla cura ed alla riabilitazione delle persone malate – siano esse minori, adulte o anziane ed affette da patologie croniche oppure acute – devono essere affidati al comparto sanitario a prescindere dalle professionalità (sociali o sanitarie) necessarie all’erogazione delle prestazioni e dagli oneri di spesa eventualmente previsti.

E’ dunque alle aziende sanitarie o a quelle ospedaliere che il cittadino deve potersi rivolgere per tutelare i propri diritti in tema di salute. Così come è dai Comuni che si deve pretendere il rispetto degli standard di servizi e prestazioni rivolte alle condizioni di bisogno individuate dalla legge 328/2000.

Fatta questa chiarezza *si può e si deve lavorare insieme*, sia sul piano della programmazione regionale e locale degli interventi che nella pratica operatività quotidiana delle professionalità espresse da entrambi i settori.

Senza mai dimenticare – nelle sedi politico amministrative come in quelle tecnico professionali - che non si deve arretrare sul terreno della tutela dei diritti fondamentali. A maggior ragione quando viene posta in discussione la dignità della persona ed il diritto ad un trattamento equo e non discriminante.