

**LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIO - SANITARIA**

*Riflessioni sull'accordo Regione – Territorio per l'applicazione dei L.E.A socio – sanitari in Piemonte*

**Mauro Perino**

**“Tutto è bene quel che finisce bene”.**

Poco prima di Natale la Giunta Regionale del Piemonte ha deliberato<sup>1</sup> il recepimento dell' *“Accordo sugli indirizzi, linee guida e percorsi per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A) sull'area socio – sanitaria”* sottoscritto il 26.11.2003 dall'Assessore alla Sanità, dall'Assessore alle Politiche Sociali, dalle rappresentanze A.N.C.I. Piemonte, Lega Autonomie Locali, Consulta Piccoli Comuni, U.P.P, U.N.C.E.M, Federsanità A.N.C.I. Piemonte, CGIL, CISL, UIL, Fenascop, Coordinamento Case Alloggio HIV, Comitato promotore della petizione popolare e aderenti al Forum Volontariato e Terzo Settore.

L'accordo applicativo del D.P.C.M 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. - in vigore dal 1° gennaio 2004 - riguarda la nuova articolazione dei servizi di cure domiciliari per la lungoassistenza ed i servizi socio sanitari per disabili ed anziani. *“Si tratta – ha sottolineato il Presidente della Regione, Enzo Ghigo, durante la conferenza stampa di presentazione – di un nuovo modello di integrazione e coordinamento fra servizi sanitari e socio – assistenziali per dare sempre maggiore qualità, efficacia ed appropriatezza alle prestazioni offerte agli anziani, ai disabili, alle persone affette da patologie croniche e da non autosufficienza, che vogliamo far rimanere il più possibile nelle loro case”.*

*“Va evidenziato – ha aggiunto il Presidente – che il Piemonte è la prima Regione italiana ad aver sottoscritto un accordo del genere e che, per venire incontro alle esigenze dei cittadini, abbiamo deciso di mantenere un livello di assistenza notevolmente superiore ai requisiti minimi previsti a livello nazionale dal decreto del Ministro Sirchia del novembre 2001. A questo più elevato livello di prestazioni si farà fronte razionalizzando l'offerta dei servizi sul territorio e integrando le azioni degli Assessorati alla Sanità e all'Assistenza”.*

Dalle parole degli Amministratori regionali emerge la soddisfazione – condivisa (seppur con prudenza) da tutti i soggetti firmatari – per la conclusione “a lieto fine” di una vicenda iniziata con ben altri presupposti...

**Cosa sarebbe potuto accadere.**

Il decreto sui “livelli essenziali di assistenza” venne emanato in data 22 novembre 2001 a firma del Presidente del Consiglio dei Ministri, del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e delle finanze.

Con il decreto – che in prima battuta la Regione Piemonte sembrava voler applicare alla lettera per le parti “economiche” senza alcun contestuale approfondimento della tematica attinente alle “titolarità” - si addebitavano le spese di alcune prestazioni - fondamentali per la tutela della salute - direttamente ai cittadini in condizioni di maggiore debolezza ed in seconda istanza ai Comuni.

---

<sup>1</sup> D.G.R. n.51 – 11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria”.

In particolare con il modello applicativo elaborato dalla Regione si ponevano a carico dell'utente o del Comune percentuali di spesa, alquanto gravose, per l'acquisizione di prestazioni fondamentali quali:

- "*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*" – 50% di partecipazione alla spesa per assistenza domiciliare integrata (Adi) ed assistenza domiciliare programmata (Adp);
- "*prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi*" - 30% di partecipazione alla spesa,
- "*prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semi residenziale, ivi compresi interventi di sollievo*"- 50% di partecipazione alla spesa;
- "*prestazioni terapeutiche, in strutture a bassa intensità assistenziale*" a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie 60% di partecipazione alla spesa;
- "*prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per disabili gravi*" 60% di partecipazione alla spesa;
- "*prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare*";60% di partecipazione alla spesa
- "*prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo*" 50% di partecipazione alla spesa;
- "*prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo assistenza in regime residenziale*" a favore di persone affette da Aids 30% di partecipazione alla spesa.

#### **La mobilitazione contro il decreto.**

Nel mese di dicembre 2001 la Città di Torino, La Provincia di Torino ed il "Coordinamento permanente dei consorzi socio assistenziali della provincia di Torino", nel corso di una conferenza stampa, denunciavano gli effetti del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA osservando, tra l'altro, che - al fine di assicurare livelli di prestazione realmente *essenziali* (e quindi non minimali) - risultava necessario attivare un tavolo di concertazione tra Regione ed Enti Locali finalizzato a '*tradurre*' il DPCM definendo criteri e modalità di applicazione atte a tutelare il livello di prestazioni sino ad allora garantito.

La conferenza si concludeva con la richiesta "*alla Regione, e soprattutto al Presidente Ghigo, anche in quanto Presidente della Conferenza Stato Regioni, di prendere un'immediata iniziativa per modificare il decreto, concertare un atto applicativo regionale con gli enti locali, assicurare al comparto socio assistenziale quelle risorse umane e materiali che i nuovi compiti necessariamente richiedono*".

I contenuti della conferenza stampa venivano ripresi, nei mesi successivi, dagli ordini del giorno votati da molti Consigli Comunali in tutta la Regione ed agli organismi di rappresentanza degli Enti locali veniva richiesto di assumere iniziative idonee a tutelare le Amministrazioni chiamate in causa dal decreto.

In parallelo si sviluppava la mobilitazione delle associazioni di volontariato A.V.O, S.E.A Italia, U.T.I.M, C.P.D, D.I.A.P.S.I, C.S.A, A.I.M.A, Gruppi di Volontariato Vincenziano, Società di S. Vincenzo De' Paoli che – con l'adesione del Forum per il Volontariato e del Forum per il Terzo Settore – avviavano una raccolta di firme a sostegno di una petizione sui LEA indirizzata al Presidente del Consiglio dei Ministri, ai Ministri dell'Economia e delle Finanze, ai Presidenti del Consiglio e della Giunta della Regione Piemonte nonché ai suoi Consiglieri .

Con la petizione si richiedeva al governo “di revocare il decreto che contrasta sia con le esigenze ed i diritti fondamentali dei cittadini, sia perché viola le leggi vigenti”<sup>2</sup>. Si richiedeva inoltre alla Regione Piemonte “di non applicare il Decreto e di tutelare il diritto alla salute ed alle cure per la fascia più debole della popolazione piemontese, diritto sancito dalla Costituzione e dalle leggi nazionali approvate dal Parlamento e tutt’ora vigenti, che affermano la competenza del SSN nei confronti di tutti i cittadini malati e che non possono essere abrogate da un decreto amministrativo”<sup>3</sup>.

### **Proposte di applicazione concertata.**

Allo scopo di addivenire ad una applicazione concertata del decreto l’Anci Piemonte, la Consulta Unitaria Piccoli Comuni, la Lega delle Autonomie locali, l’UNCEM ed il Comune di Torino elaboravano, con la collaborazione dei “coordinamenti dei consorzi socio – assistenziali” piemontesi, un documento (consegnato in data 18 giugno 2002 agli Assessorati Regionali alla Sanità ed alle Politiche Sociali) nel quale si esprimeva la ferma convinzione che “L’integrazione tra sociale e sanitario presuppone che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti deputati a garantirli e certe le risorse per attuarli”.

A tal fine il documento evidenziava che:

- ai cittadini malati cronici in quanto titolari di diritti costituzionalmente garantiti (art. 117, lettera m), COST) deve essere garantito l’accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie a rilievo sociale, sociali a rilievo sanitario e sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria a loro volta articolate in fasi curative intensive, estensive e lungoassistenziali;
- la realizzazione di una necessaria *integrazione operativa* tra i comparti richiede una precisa definizione delle *titolarità istituzionali nella gestione dei servizi* evitando di perpetuare l’esperienza di impotenza dei cittadini di fronte al palleggiamento delle responsabilità fra due istituzioni.
- devono essere assicurate, con certezza, le risorse finanziarie necessarie all’erogazione dei servizi e delle prestazioni evitando di accollarne gli oneri alle fasce più deboli della popolazione piemontese.

### **L’attivazione dei tavoli e la definizione dell’accordo.**

A seguito dell’ampia mobilitazione si otteneva dalla Regione Piemonte la sospensione dell’applicazione automatica del decreto sino a tutto il 2003 e, finalmente, il 16 aprile 2003 veniva formalmente insediato il Tavolo Congiunto Regione – Territorio composto dagli Assessori regionali, dalle rappresentanze degli Enti Locali (A.N.C.I. regionale, Lega delle Autonomie Locali, U.N.C.E.M., U.P.P.) delle Aziende sanitarie (Federsanità Anci Piemonte), dalle rappresentanze sindacali CGIL, CSL e UIL, integrato con le rappresentanze del volontariato e del privato sociale, con il fine di concordare le basi di un percorso metodologico per la gestione ed il finanziamento degli interventi nell’area in questione.

---

<sup>2</sup> Legge 4 agosto 1955 n.692: l’assistenza deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia; decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956: l’assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio; legge 12 febbraio 1968 n.132, art. 29: le Regioni devono programmare i posti letto ospedalieri necessari a soddisfare le esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti; legge 13 maggio 1978 n. 180: le USL devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; legge 23 dicembre 1978 n. 833: le USL sono obbligate a provvedere alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie.

<sup>3</sup> Come si ricorderà la finanziaria 2003 (legge 289 del 27 dicembre 2002) all’art.54 ha poi confermato, con forza di legge, il D.P.C.M sui L.E.A del 29.11.2001.

Grazie al lavoro svolto nell'ambito del Tavolo Congiunto (con il supporto dei gruppi tecnici) venivano infine definiti i punti di un accordo che interesserà circa 63.000 piemontesi, di cui 5.500 disabili (oltre 2.100 ricoverati in strutture residenziali ed oltre 3.400 ospitati in strutture semiresidenziali) e 57.500 anziani (10.500 ricoverati in strutture residenziali, 250 utenti dei centri diurni, 47.000 che godono di assistenza domiciliare).

### **Gradualità, concertazione, condivisione.**

L'accordo segna in primo luogo una svolta nel metodo. Viene cioè riconosciuto dalla Regione Piemonte che *“si rende necessario dare applicazione ai Livelli Essenziali di Assistenza relativi all'area dell'integrazione socio – sanitaria, con un percorso graduale, concertato e condiviso con il territorio, che consenta di coniugare le importanti azioni connesse agli adempimenti di legge con le altrettanto sostanziali esigenze espresse dalla realtà territoriale piemontese”*.

Una “realtà territoriale ” che al tavolo di concertazione si è espressa non solo attraverso le rappresentanze degli Enti Locali e delle organizzazioni sindacali ed imprenditoriali di settore ma anche – ed è una novità importante – del “Comitato promotore della petizione popolare” *contro* i decreti sui L.E.A.

Il *riconoscimento* della titolarità di questo nuovo soggetto a rappresentare le esigenze ed i diritti dell'utenza ad un tavolo istituzionale è uno degli aspetti più positivi del processo di mobilitazione che si è realizzato nel corso di una trattativa durata due anni. E' dunque un risultato da preservare e difendere per il futuro mantenendo unito il Comitato e rendendo permanente il tavolo di concertazione nell'attuale composizione.

### **Riconoscimento delle peculiarità dei sistemi locali.**

Nell'accordo si prende finalmente atto che la normativa sui L.E.A viene ad inserirsi in una realtà nella quale *“sono state investite maggiori risorse nell'area socio sanitaria, integrando in misura consistente quelle di competenza dei Comuni e del comparto socio assistenziale”* e che, conseguentemente, i livelli prestazionali già raggiunti non possono venire ridotti.

La rete delle prestazioni e la ripartizione dei relativi oneri sono infatti disciplinate da una complessa e specifica normativa regionale, applicata sul territorio tramite appositi accordi convenzionali tra le Aziende sanitarie e gli Enti gestori dei servizi socio assistenziali *“assicurando, ad oggi, una gamma di risposte integrate più ampia di quella prevista dal decreto stesso”*.

In buona sostanza si ammette che il D.P.C.M 29 novembre e 2001 non tiene conto dei livelli essenziali *già soddisfatti* nelle diverse realtà territoriali e che, conseguentemente, va adattato ai diversi sistemi socio sanitari locali. Con “il senno del poi” si può dunque affermare che in sede esame (ed approvazione) del decreto da parte della “Conferenza permanente fra lo Stato, le Regioni e le province autonome” si sarebbe dovuto operare con maggior cautela!

### **Competenze istituzionali ed esigibilità delle prestazioni.**

Un terzo aspetto – forse il più importante – è rappresentato dal riconoscimento che le prestazioni elencate nell'Allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M 29 novembre 2001 devono essere *garantite* dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto tale decreto *“nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni individuate nei Livelli Essenziali (L.E.A), individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio – sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie a rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N”*.

Viene in sostanza rispettato il dettato dell'art.1, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i secondo il quale il Servizio sanitario deve assicurare *“attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse”*.

A tutti i soggetti deboli menzionati dai decreti le ASL dovranno dunque *assicurare* - pur con contribuzione a carico degli interessati, come purtroppo prevedono entrambi i decreti - tra le altre prestazioni, tutte quelle indicate nell'Allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M 29 novembre 2001 che la normativa esaminata assegna alla loro *titolarità*.<sup>4</sup> 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”*.<sup>5</sup>

### **Centralità del distretto socio - sanitario.**

Altro elemento da rimarcare positivamente è il tentativo di individuare *un modello organizzativo dell'integrazione socio – sanitaria* incardinato su unità valutative pluriprofessionali (geriatriche e dell'handicap) che dovranno necessariamente venire riconfigurate come organismi preposti alla *“presa in carico”* e – in quanto tali – rappresentare lo strumento operativo di un distretto socio sanitario *in grado di governare i processi di cura*.

La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale – non può infatti che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-*quater* del D.Lgs.502/92 e s.m.i che individua nel *distretto* l'articolazione dell'Unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione.

Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela – deve dunque assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-*quinqües* del D.Lgs.502/92 e s.m.i nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel *Programma delle attività territoriali*.

A tal fine al distretto devono essere effettivamente attribuite (pena la vanificazione dell'accordo regionale) *risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute* della popolazione di riferimento e – nell'ambito delle risorse assegnate – al distretto deve essere riconosciuta la necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria con obbligo di tenere una contabilità separata all'interno del bilancio della Unità sanitaria locale.

Come recita il proverbio: *“non si fanno le nozze con i fichi secchi”!* Deve essere dunque ben chiaro sin dall'inizio che, se non verranno stanziati ed assegnati adeguate risorse finanziarie, non sarà possibile dare corretta applicazione all'accordo e, da questo punto di vista, non è

---

<sup>4</sup> *“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.)

<sup>5</sup> Corte di Cassazione, Sezione 1<sup>a</sup>, 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”*

tranquillizzante che nella deliberazione regionale sui L.E.A ci si limiti a “*dare atto che gli oneri di competenza sanitaria connessi all’attuazione del presente accordo trovano copertura finanziaria nelle quote attribuite annualmente alle AA.SS.LL nell’ambito del riparto del Fondo sanitario regionale*”.

### **Domiciliarità delle cure.**

Ma prima di esaminare nel dettaglio le ricadute finanziarie dell’accordo sulle casse sanitarie (da anni non propriamente capienti) occorre segnalare l’importante impegno - assunto dalla Regione – a “*dare sempre maggiore qualità, efficacia ed appropriatezza alle prestazioni offerte agli anziani, ai disabili, alle persone affette da patologie croniche e da non autosufficienza, che vogliamo far rimanere il più possibile nelle loro case*”.

La scelta della “domiciliarità” viene sostanziata, nell’accordo, con l’assunzione di due significative determinazioni:

- ricorso all’inserimento residenziale solo in caso di completa impossibilità di condurre una vita autonoma nel proprio contesto familiare e sociale;
- forte impulso ai servizi di cure domiciliari, al fine di fornire ai cittadini un sistema di protezione rivolto ai bisogni che richiedono nel contempo interventi sanitari di cura e riabilitazione ed interventi di sostegno sociale alla persona ed alla famiglia.

L’opzione per il “modello domiciliare” viene ben sintetizzata dall’Assessore regionale alle Politiche sociali, Mariangela Cotto, in sede di presentazione del documento: “*Siamo convinti che la sanità e l’assistenza devono spostarsi a domicilio, nel riconoscimento che il miglior luogo di cura possibile è la famiglia. Per questo motivo incentiveremo tale scelta con il riconoscimento economico del 50% del costo della persona che aiuta il malato nelle funzioni di igiene personale, oltre che a coprire tutte le spese sanitarie in senso stretto. D’altronde, la crescente attenzione alle cure a domicilio è indispensabile in un paese come il nostro, dove la continua crescita della popolazione anziana e delle cronicità richiede sempre di più l’individuazione di nuovi strumenti che sostengano realmente il carico delle famiglie che si prendono cura e che assistono persone non autosufficienti*”.

### **Sanità a pagamento.**

L’impegnativa dichiarazione dell’Assessore regionale introduce alla questione delle contribuzioni economiche al costo delle prestazioni che viene risolta come segue

- *Assistenza domiciliare integrata e programmata* (cure domiciliari). La compartecipazione alla spesa nella misura del 50% viene limitata alla fase di lungo assistenza (sino ad oggi ad esclusivo carico socio – assistenziale) mentre restano a carico del fondo sanitario la fase intensiva/estensiva (acuzie e post acuzie) che viene equiparata, in termini di durata, ai 60 giorni di permanenza in una struttura riabilitativa;
- *Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale a favore di disabili* la compartecipazione viene raccordata alle fasce assistenziali con riferimento ad un modello che allarga il delta di partecipazione alla spesa da parte sanitaria rispetto a quanto previsto dal decreto ed anche rispetto all’attuale situazione convenzionale tra ASL ed Enti Gestori socio - assistenziali<sup>6</sup>. Inoltre vengono adottate definizioni di “gravità” della disabilità e di

---

<sup>6</sup> Per quanto riguarda i disabili il fondo sanitario regionale garantisce attualmente la copertura del 60% della retta per il ricovero in ogni tipo di presidio, quota che dopo il decreto Sirchia avrebbe potuto venir abbassata al 40%. Ma la regione ha scelto di mantenerla fra il 50% ed il 70% a seconda della gravità dei casi.

“privazione del sostegno familiare” fortemente inclusive<sup>7</sup> (allargando in tal modo la platea dei potenziali beneficiari delle prestazioni essenziali);

- *Assistenza residenziale e semiresidenziale a favore di anziani non autosufficienti*: fatto salvo il diritto alle cure con oneri a carico del fondo sanitario per le persone affette da malattie acute e/o croniche, le rette per il ricovero in RSA e RAF vengono assunte per il 50% dal fondo sanitario.

Per le prestazioni relative ai livelli:

- *assistenza territoriale residenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale;*
- *assistenza territoriale residenziale nella fase di lungoassistenza a favore di persone affette da HIV;*

l'accordo prevede la prosecuzione del percorso concertato da concludersi con la definizione di un modello, a regime, entro tre anni dalla data di approvazione dell'accordo stesso.

Per le prestazioni relative ai livelli:

- *assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie;*
- *attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie;*
- *attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di malati terminali,*

non contemplate nell'accordo, si prevede l'avvio di un percorso concertato al fine di definire un modello organizzativo coordinato fra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale. Anche tale percorso - da concludersi con la definizione di un modello a regime entro fine 2006 - viene soggetto a monitoraggio tecnico (attività e spesa) ed a momenti di verifica, valutazione e adeguamento almeno semestrali da parte del Tavolo di concertazione Regione - Territorio.

A commento dei sopraelencati punti dell'accordo occorre innanzitutto osservare che – seppur limitando il danno in termini di ricaduta economica sugli utenti dei servizi socio sanitari – si è data concreta applicazione all'art. 1, comma 3, D.Lgs.502/92 e s.m.i. *con i pro ed i contro* in esso contenuti.

*“Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal servizio sanitario nazionale”* – e, come si è detto, la conferma dell'esigibilità costituisce un risultato non da poco – ma esse vengono erogate non *“a titolo gratuito”* (prima opzione prevista nell'articolo in oggetto) ma *“con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente”* (seconda opzione consentita).

Ebbene, con il decreto Sirchia (confermato con forza di legge dall'art. 54 della finanziaria 2003) si è introdotto e normato il principio della partecipazione alla spesa sanitaria (a rilievo sociale) e, con l'accordo, la Regione Piemonte lo ha messo in pratica.

---

<sup>7</sup> Per soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 della L.104/92 ed i soggetti che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della L.68/1999 “norme per il diritto al lavoro dei disabili”. Per soggetti “privi di sostegno familiare” si intendono tutti coloro il cui nucleo familiare si rivolge ai servizi socio – sanitari per una richiesta di ricovero e per i quali non sono più sufficienti gli interventi diurni e domiciliari: Inoltre tra i disabili che possono beneficiare di prestazioni assoggettate a contribuzione da parte del fondo sanitario regionale vengono inseriti i “minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10)”, fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.

Giova però ricordare – alla Regione stessa ma soprattutto ai Comuni – che “*all’incasso*” delle quote di contribuzione poste a carico dei cittadini per le prestazioni individuate nell’accordo, dovranno andarci le ASL e non gli Enti Gestori. Inoltre sarà onere della Regione definire i criteri e le modalità di attribuzione delle quote di compartecipazione (come già avviene per i ticket sanitari).

### **Avanti con prudenza.**

Dopo l’opportuno confronto tra le parti ed il raggiungimento dell’accordo sui criteri e le modalità di applicazione della parte del DPCM 29.11.2001 relativa alle cure domiciliari, agli anziani ed ai disabili, è necessario procedere con cautela nella prosecuzione della trattativa per la definizione della partita psichiatria, HIV, tossicodipendenze e “malati terminali” che rappresenta il vero “cuore” del decreto (palesamente finalizzato alla riduzione della spesa sanitaria).

E’ in ogni caso importante aver fissato i necessari “paletti” su competenze istituzionali ed esigibilità delle prestazioni prima di procedere nel processo di concertazione. Bisogna però riflettere sul fatto che la decisione di operare su tempi più lunghi nella definizione della parte più ostica del decreto, è stata di fatto proposta dalla Regione stessa! L’impatto politico determinato dall’adozione di un modello di sanità a pagamento per persone *indubbiamente malate* non è infatti di facile gestione, soprattutto nella ormai prossima fase elettorale.

Occorre dunque procedere mantenendo l’unità tra tutti i soggetti (istituzionali e non) che rappresentano il territorio, sia nel prosieguo della trattativa che nel monitoraggio della fase attuativa dell’accordo già raggiunto.

Avendo ben chiaro che un punto di crisi potrebbe determinarsi ove non si convenisse preventivamente – tra le rappresentanze degli Enti Locali e quelle dell’utenza – sulla opportunità di richiedere formalmente alla Regione di assoggettare il pagamento delle prestazioni oggetto dell’accordo alle disposizioni indicate nel decreto legislativo 109/1998 così come modificato del successivo decreto legislativo 130/2000: facendo cioè riferimento al solo reddito della persona beneficiaria delle prestazioni. Diversamente – è bene dirlo subito – verrebbe vanificata ogni ulteriore battaglia per tutelare il diritto *soggettivo* alle cure sanitarie.