

## CONSIDERAZIONI SULLE OSSERVAZIONI DELL'ALLEANZA DELLE COOPERATIVE SOCIALI DEL PIEMONTE AL PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

*Riportiamo la lettera inviata da Fondazione promozione sociale onlus e Csa – Coordinamento sanità e assistenza il 2 dicembre 2020 ai destinatari della comunicazione dell'Alleanza delle Cooperative sociali del Piemonte sul Piano regionale per la non autosufficienza (delibera della Giunta regionale n. 3-2257 del 13 novembre 2020).*

Vi scriviamo in relazione alla lettera inviata dalla Lega delle cooperative alla Regione Piemonte, in occasione della discussione sul Piano per la non autosufficienza, di cui siamo venuti a conoscenza in questi giorni, scorrendo una loro pubblicazione informativa ai soci.

Nel leggere le *“Osservazioni al Piano regionale per la non autosufficienza 2019-2011”* che la *“Alleanza delle Cooperative Sociali del Piemonte”* ha indirizzato all'Assessore regionale Avvocato Chiara Caucino ed al Vice direttore Direzione Sanità e Welfare Dottor Livio Tesio rileviamo che:

1) La lettera esordisce con la dichiarazione che *«l'approccio che vogliamo portare, in questo momento di confronto e dialogo istituzionale, è quello di proporre un “ridisegno” del sistema dei servizi per l'integrazione socio-sanitaria, che consenta a livello regionale di dare omogeneità alla qualità dei servizi e accesso agli stessi da fasce ampie di popolazione»*.

Ora, posto che noi siamo convinti che i servizi sanitari e quelli sociosanitari – che dei primi sono un sottoinsieme – debbano essere universalistici, come del resto prevede l'articolo 32 della Costituzione e la legge 833/1978, osserviamo che la condizione di non autosufficienza o di disabilità grave non riguardano (per fortuna) la maggioranza della popolazione.

A differenza del tema della *salute* declinato in tutti i suoi aspetti – che riguarda, questo sì, la popolazione in generale – quello della *malattia* cronica o della grave disabilità che determinano una condizione di non autosufficienza va affrontato con attenzione alle specifiche necessità di cura di chi il problema lo vive sulla sua pelle.

Per questo ci sembra giusto ribadire la richiesta che la Regione dia finalmente piena

attuazione, dopo oltre dieci anni, alla legge regionale 10/2010, che il sistema delle cure domiciliari lo ha perfettamente delineato a suo tempo.

Sono ovviamente necessari adeguamenti, che anche le nostre organizzazioni hanno proposto, ma prima di *“ridisegnare”* un sistema già normato non è forse il caso di provare ad attuarlo?

2) Nel documento in oggetto si parla di *«prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili, interpretando in questo senso il significato dei “livelli essenziali»* e si chiede di dar corso ad *«un'unica policy di revisione del welfare di territorio, in cui si ricomprende un ventaglio di opportunità per le persone e le famiglie, tra cui la medicina territoriale, vulnus dell'attuale sistema che ha necessità di essere implementata»*.

Al riguardo non si concorda nel ridurre il diritto esigibile alle prestazioni socio-sanitarie Lea, a *“opportunità”*. Le prestazioni di medicina territoriale sono indubbiamente annoverate tra quelle di livello essenziale: dunque stiamo parlando di diritti soggettivi e non di mere opportunità. Le Cooperative piemontesi devono attenersi alle leggi sanitarie di questo Paese; piuttosto potrebbero rivendicare un welfare (di territorio e non) fondato su diritti certi per gli *utenti*; lasciando *“al mercato”* il compito di proporre nuove opportunità di cui, come *consumatori*, potremo eventualmente approfittare. Come hanno imparato i Gestori privati delle RSA, l'esigibilità del diritto in sanità conviene anche a chi opera in questo settore.

3) La seconda mozione dell'Alleanza delle Cooperative è che occorre *«avere come oriz-*

zonte di breve periodo quello di trasformarsi in un unico fondo di riferimento costituito dalle risorse sanitarie e assistenziali».

Dalla formulazione non si evince con chiarezza quale sia il soggetto che deve “trasformarsi”; si può immaginare che le Cooperative vogliano arrivare là dove ben due Amministrazioni regionali (quella a Presidenza Cota prima e quella a Presidenza Chiamparino poi) hanno fallito, per la reazione di tutte le forze sociali e politiche consapevoli che l’istituzione del Fondo regionale socio-sanitario è deleteria per gli utenti (che perdono il diritto soggettivo previsto dalla legge 833/1978 e dai Lea socio-sanitari, vedi sentenze Corte costituzionale 62 e 157/2020) (1) e conseguentemente per chi opera nel settore: meno diritti per i cittadini, uguale meno necessità di servizi e prestazioni per chi le deve assicurare.

In sostanza si pensa che, grazie ad un unico Fondo socio sanitario, sia possibile realizzare «un sistema unico e orientato all’equanimità». Dunque tendenzialmente equanime, cioè caratterizzato – come suggerisce il vocabolario Treccani – da «serenità d’animo e imparzialità di giudizio». Cosa che solo la legge che riconosce diritti esigibili può assicurare e che già oggi assicura.

La proposta è da respingere in toto, perché non considera (o ignora) il quadro giuridico di riferimento, che apre a contenziosi in sede giudiziaria.

Le Cooperative non tengono conto che la sanità si rivolge al 100% delle persone non autosufficienti (siano malati cronici o persone

con gravi disabilità invalidanti) per i quali le Asl hanno l’obbligo di garantire diritti e relative risorse a tutti gli aventi diritto, indipendentemente dalla loro situazione personale e sociale, così come avviene per le RSA, dove la sanità copre il 50% del costo delle rette indipendentemente anche dalla situazione economica dell’interessato.

Le risorse sono quindi del Fondo sanitario regionale che, come è noto, ammonta nel 2020 a Euro 8.302.483.204,66

La componente sociale (il Fondo per le non autosufficienze), come abbiamo già più volte evidenziato nelle nostre precedenti comunicazioni, deve essere pertanto aggiuntiva (come prevede la stessa legge istitutiva) per il semplice fatto che interviene a complemento della sanità, solo per quegli utenti che ne hanno diritto. Perché, trattandosi di Fondo sociale, la sopra citata sentenza 62/2020 della Corte costituzionale, ricorda che in questo caso siamo nel campo dell’interesse legittimo e non del diritto soggettivo e pertanto le risorse sono limitate.

Infatti il Fondo per la non autosufficienza delle politiche sociali anno 2020 è di Euro 45.856.000,00.

Integrarsi non significa eliminare i diritti delle persone: la sanità deve mettere la sua parte per tutti; gli Enti gestori dei servizi sociali devono aggiungere la loro quota per chi rientra nei loro ambiti.

Con l’istituzione del “Fondo socio-sanitario”, attribuito come titolarità alle Politiche sociali, le risorse che la sanità è tenuta a rendere disponibili per assicurare, come prevede la legge, sia le prestazioni sanitarie che le prestazioni socio sanitarie rientranti nei LEA, non saranno più attinte da quelle complessivamente assegnate al Fondo sanitario regionale, ma verrà stanziata e trasferita nel fondo socio-sanitario regionale solo una quota calcolata in modo discrezionale dalla Giunta.

Il risultato sarebbe, inevitabilmente, di veder scaricato sulla maggioranza dei malati e dei loro familiari il peso degli oneri delle prestazioni socio-sanitarie, senza le quali il malato cronico non autosufficiente ed il disabile grave non può sopravvivere.

4) L’ultima parte delle osservazioni dell’Al-

(1) La sentenza della Corte Costituzionale n. 62/2020, ripresa dalla successiva sentenza n. 157/2020, stabilisce che «l’effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l’affermazione secondo cui “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]». È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

leanza delle Cooperative è dedicata al tema dell'accreditamento istituzionale.

Al riguardo giova forse ricordare che l'istituto nasce in sanità e solo successivamente trova uno spazio – a tutt'oggi non regolamentato dalla nostra Regione – in ambito socio-assistenziale con la legge 328/2000. E che, in ogni caso, la materia socio-sanitaria, in quanto sottoposta alla titolarità del Servizio sanitario, rientra necessariamente tra gli accreditamenti regionali (vedi RSA e strutture per disabili gravi). Per questa ragione la richiesta di «*favorire procedure di accreditamento dei soggetti erogatori*» di prestazioni socio-sanitarie andrebbe rivolta, per competenza, all'Assessore alla Sanità Luigi Genesio Icardi.

5) Infine un'ultima questione. Come si può richiedere – senza esser giustamente accusati di ricercare il monopolio dell'offerta in spregio di quanto previsto dal PNA nazionale – che «*le risorse (...) siano utilizzate non come mera distribuzione di contributi economici*», ma che «*la modalità più efficace (...) sia quella di utilizzare i trasferimenti monetari nella forma di voucher socio-sanitari o buoni utilizzabili dalle famiglie per l'acquisto di servizi presso i soggetti accreditati*». Arrivando addirittura ad affermare che «*nel caso il trasferimento monetario avvenga sotto forma di contributo economico*» – come del resto legittimamente prevede il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 – «*si ritiene di dover mantenere il monitoraggio in capo al soggetto accreditato affinché il contributo venga utilizzato secondo gli impegni assunti nel progetto personalizzato (P.A.I.). A tal fine si richiede sempre la partecipazione del soggetto accreditato alla stesura del Piano Assistenziale Individuale*». Ed ancora che «*si ritiene importante cogliere questa occasione del piano per apportare alcune innovazioni nella gestione: a) progetto PAI a titolarità, sia pubblica, sia del soggetto accreditato; b) domiciliarità offerta a diverse tipologie i persone (ex anche minori) (sic.); c) caregiver (minimo 4 ore mese, messo a disposizione anche dai familiari), sia nel caso del contributo economico, degli affidi, dei voucher*». «*Esagero ma nen!*» è l'espressione dialettale che pronuncerebbe, a questo punto, un piemontese.

E' infatti doveroso ricordare che, in materia

sanitaria, la titolarità della funzione di tutela è esercitata dalla Regione che si avvale delle Aziende sanitarie e che l'accreditamento in sanità è una procedura concessoria nella quale il concessionario individuato opera, con piena responsabilità, per conto del concedente secondo quanto previsto dal contratto che regola il rapporto tra i due soggetti; Amministrazione concedente che conserva la responsabilità di vigilare sulla correttezza e sulla legittimità dell'operato del soggetto accreditato (2).

Dunque la titolarità del PAI è sempre e comunque pubblica – nella fattispecie dell'ASL – a prescindere dai soggetti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni. Così come spetta all'Azienda sanitaria, responsabile della “presa in carico”, il controllo sul corretto utilizzo delle risorse impiegate nell'ambito del “budget di progetto” – e dunque anche del contributo economico erogato – da parte dei congiunti dell'assistito; oltre che del rispetto del PAI da parte di tutti i soggetti, istituzionali e non, coinvolti. Lo prevedono, con ragione, le leggi vigenti che dovrebbero essere ben conosciute dall'Alleanza delle Cooperative.

## Conclusioni

Vogliamo continuare a credere che l'Assessore alle politiche sociali e il suo Assessorato proseguano nell'impegno assunto nella deliberazione di approvazione del Piano per la non autosufficienza e si adoperino per l'avvio tempestivo di un confronto con l'Assessorato alla sanità della Regione, per la parte di sua competenza. E' indispensabile l'approvazione in sanità di un provvedimento – oggi assente – per il pieno recepimento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari già oggi incluse nei Lea e per predisporre le basi giuridiche per far rientrare quelle oggi non riconosciute come tali (prestazioni informali) in modo da poter accedere ai finanziamenti del Fondo sanitario nazionale.

---

(2) In merito, si veda la sentenza n. 2866/2012 del Tribunale di Firenze, la quale ha evidenziato che «*la gestione di un servizio pubblico affidata per convenzione ad una struttura assistenziale privata, anziché resa direttamente dall'ente pubblico, non fa tuttavia mutare la natura del rapporto tra cittadino e pubblica amministrazione e quindi questo servizio, che è sicuramente pubblico per antonomasia, non perde tale caratteristica solo perché offerta dalla struttura privata convenzionata con l'ente pubblico territoriale e con l'Asl*».