

# L'espulsione dei malati non autosufficienti e delle persone con disabilità grave dal Servizio sanitario

di Mauro Perino,  
Vice Presidente  
della Fondazione  
promozione sociale

## Il ghetto socio-sanitario

Ebbene sì, finalmente l'hanno scritto in modo inequivocabile che vogliono espellere dal sistema sanitario i malati non autosufficienti e le persone con disabilità grave che necessitano di quelle cure sanitarie a lungo termine che, nella pubblicistica sanitaria, vengono indicate con l'acronimo LTC dall'inglese «Long Term Care».

Secondo gli esperti del Consiglio Superiore di Sanità (CSS) del Ministero della Salute – che hanno prodotto, nel maggio 2020, il documento “Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN” – «deve nascere un Servizio nazionale per la LTC che ha come missione le politiche socio-assistenziali e socio-assistenziali per la LTC, escludendo le prestazioni sanitarie che rimangono in capo al SSN. Esso potrebbe dedicarsi sia al target anziani, sia al target disabili adulti. Esso può essere finanziato ricomponendo tutte le risorse pubbliche in gioco: fondi INPS per la LTC, spesa socio-sanitaria SSN per LTC e spesa degli enti locali, ovvero 34 Mld, diventando quindi uno dei pilastri finanziariamente più rilevanti del nostro sistema istituzionale» (1).

La proposta di istituire un Servizio nazionale per la LTC, istituzionalmente ed organizzativamente autonomo dal Servizio sanitario, rientra nel disegno di procedere alla progressiva espulsione delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative; dei disabili gravi; degli affetti da patologie psichiatriche; dei soggetti dipendenti da alcool, da droga e dei malati di Hiv dal diritto ad usufruire pienamente delle prestazioni che il Servizio sanitario fornisce alla generalità dei propri assistiti. Disegno lucidamente perseguito sin dal 1983, da tutti i Governi nazionali che si sono succeduti, attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sanità ed assistenza sociale con l'unico scopo di ridurre la spesa sanitaria (2).

## Le mani sull'Indennità di accompagnamento.

In piena coerenza con questa linea il documento del Ministero lancia l'idea – non proprio originale – di finanziare il nuovo servizio con i soldi che già ci sono, operando una “razionalizzazione” delle modalità di impiego delle risorse disponibili. Per dirla più chiaramente: vogliono mettere le mani sui fondi destinati dall'INPS a finanziare le indennità di accompagnamento ed intendono inoltre far pagare, agli assistiti ed alle loro famiglie, una parte consistente delle prestazioni che verranno fornite dai soggetti privati (profit e non profit) individuati dalle norme istitutive del nuovo servizio.

Secondo i nostri riformatori (!) «la presenza di un Servizio nazionale della LTC permetterebbe», infatti, «di definire una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie, su criteri di eleggibilità ai servizi e sui criteri di accesso alle misure di sostegno monetario. Questo permetterebbe di ricreare ordine ed equità nella distribuzione dei benefici garantiti dal sistema di welfare pubblico, potendo inserire anche maggiori profili redistributivi. A titolo di esempio è immaginabile definire un percorso di co-partecipazione per tutti in funzione del reddito in modo da eliminare le barriere di accesso alle strutture protette per la classe media, così come il valore dei trasferimenti potrebbe essere modulato su reddito e patrimoni dell'anziano, aumentando il valore dei contributi pubblici ai meno capienti e abbassandolo ai più benestanti».

Nella prima parte del documento ministeriale si afferma che tra le politiche di sicurezza sanitaria e sociale, assumono una rilevanza economica particolarmente onerosa quelle per la non autosufficienza e la disabilità e che esse sono inoltre destinate a rivestire un ruolo crescente nelle agende politiche nazionali e locali – in quanto le tendenze demografiche mostrano un esponenziale aumento degli anziani ultrasessantacinquenni – con il conse-

guente prolungarsi degli stati di cronicità ed il ridursi dell'autonomia da parte di questa fetta di popolazione. Perciò è giunto il momento di intervenire, in senso restrittivo, sui criteri di accesso ai benefici del welfare pubblico.

Con buona pace di chi, giustamente, continua a ritenersi tutelato dall'articolo 32 della Carta costituzionale – ove si afferma che «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» – nella piena convinzione che il fattore invecchiamento non è, di per sé, produttore dell'aumento della non autosufficienza, in quanto tale condizione è *determinata* dallo stato di salute di coloro che invecchiano. Dunque anche dalle politiche di prevenzione, di cura e di conservazione delle autonomie che vengono adottate dal Sistema sanitario nelle sue articolazioni nazionali e regionali.

Inoltre, va considerato che la ricerca (farmacologica così come di nuove tecniche mediche) finalizzata alla cronicizzazione delle malattie sembra prevalere su quella che ha per obiettivo la guarigione (si pensi agli interventi, un tempo impensabili, che oggi tengono in vita i politraumatizzati). E ciò comporta che l'insorgere di condizioni di grave disabilità e non autosufficienza non è più una prerogativa della popolazione anziana ma riguarda anche l'età infantile e quella adulta.

### **Dalle tutele in Sanità al baratro dell'Assistenza**

Gli esperti del Ministero, voltate le spalle all'articolo 32, «sconfinano» sul terreno dell'articolo 38 della Carta fondamentale che, con specifico riferimento alla funzione socio-assistenziale, afferma il diritto di ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, al mantenimento ed all'assistenza sociale. All'universalismo egualitario che caratterizza la vigente normativa sanitaria essi contrappongono il concetto di equità tipico di un settore – quello socio-assistenziale – doverosamente

selettivo. Peccato però che la selezione in accesso e nella presa in carico essi intendano applicarla al campo sanitario, sulla base della rilevazione di «due grandi incongruenze nella normativa sulla LTC: a) una mancata precisa definizione di LTC e dei relativi diritti assistenziali; b) una previsione di copertura universalistica gratuita dei bisogni che appare non realistica rispetto alle risorse pubbliche attualmente disponibili».

La critica espressa nel primo punto prende di mira il cuore del sistema sanitario e cioè il diritto soggettivo di tutti i malati ad usufruire delle prestazioni di livello essenziale (LEA) (3). Diritto che, secondo i nostri esperti, introduce elementi confusivi e occasioni di sovrapposizione. Preoccupa in particolare che «la suddivisione previste del dpcm 14/2/2001 nella rete dei servizi (prestazioni a elevata integrazione sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale o sociali a rilevanza sanitaria), generano occasioni di conflitto legale, non essendo legate a criteri facilmente interpretabili» (4). Inoltre «nelle autonomie regionali queste classificazioni – come suggerito dagli stessi LEA – sono attribuite al setting e al collegato sistema tariffario, di volta in volta al 100% SSR [*Servizio sanitario regionale, ndr*] o con diverse ripartizioni percentuali SSR/cittadino/comuni». A tal proposito, quel che più scandalizza i redattori del documento in esame è «la indennità di accompagnamento (IdA) che viene assegnata a ogni cittadino in condizione di totale non autosufficienza (NA), senza alcun test dei mezzi o delle condizioni di utilizzo di queste risorse. All'opposto i LEA prevedono che il ricovero in RSA sia coperto per almeno il 50% dal SSN per garantire la componente sanitaria e al 50% dalle famiglie, favorendo quindi le persone più capienti».

Purtroppo – ed i componenti del gruppo ministeriale sono costretti ad ammetterlo affrontando le questioni indicate nel secondo punto – «il dettato normativo pare collocare il bisogno

---

*L'attacco del Consiglio  
Superiore di Sanità al diritto  
universalistico  
alla salute riguarda tutti noi*

di LTC nell'area dei diritti socio-sanitari universalmente esigibili, garantiti a tutti gratuitamente», ma «le risorse complessive in campo dal sistema pubblico di LTC sono lontanissime da ogni previsione di copertura universale e gratuita per tutti gli aventi diritto».

Qui è palese la strumentalità dell'argomento: è vero che (nonostante le tante volontà, anche istituzionali, avverse) il dettato normativo tutela il diritto alla prestazione LTC, ma la gratuità totale, nel cosiddetto ambito socio-sanitario, è limitata alle fasi intensive e estensive degli interventi mentre nella lungo assistenza (per capirci, il gigantesco settore degli attuali ricoveri in RSA o altre strutture, per rimanere sulla residenzialità) è sempre prevista la contribuzione da parte degli assistiti – con i criteri previsti dalla normativa ISEE – secondo le percentuali previste dai LEA socio-sanitari. Si enfatizza in sostanza la non sostenibilità economica del sistema, imputandola alla universalità ed alla gratuità degli interventi (che, come si è detto, la normativa non prevede affatto) allo scopo di proporre alcune misure – definite di *Policy* – a breve e a medio/lungo termine. Di seguito un elenco, commentato criticamente, di quelle a mio parere più preoccupanti.

### **Allarme 1. Introduzione della Valutazione Multidimensionale come cardine di accesso alle cure domiciliari in lungo assistenza**

L'unità di valutazione – cardine per regolare l'accesso al «sistema della assistenza socio-sanitaria» – è lo strumento individuato dagli esperti

per «misurare il bisogno specifico ed il livello di intensità assistenziale necessario», nonché, «la quota di aiuto pubblico necessaria nello specifico caso. La valutazione multidimensionale (VMD) permette di dimensionare la domanda assistenziale a partire dalle 5 dimensioni base: salute fisica, salute mentale, stato funzionale, risorse sociali e risorse economiche. Su questa base è possibile individuare i soggetti che hanno bisogno di un intervento assistenziale urgente (sia esso sanitario, sociale o combinato) in circa il 7-8% della popolazione degli ultra-65enni, con una ovvia predominanza degli oltre 75enni».

Come sempre accade, a “giustificare” l'illegittima selezione dei malati sulla base delle loro condizioni sociali ed economiche (5) – da parte di una sanità alla quale non si chiede di operare necessariamente per la guarigione dei malati ma sicuramente per la loro cura finché la malattia persiste e, dunque, anche per tutta la vita dei pazienti – giunge l'immane appello all'integrazione con il comparto dell'assistenza sociale: «Al di là di un intervento a breve termine, qualsiasi proposta di intervento a medio-lungo termine deve porsi il problema di individuare un modello di assistenza territoriale nuovo fondato sull'integrazione socio-sanitaria senza la quale è impossibile rispondere alla domanda assistenziale di persone affette da malattie croniche e prolungate compromissioni dell'indipendenza psico-fisica che l'intervento medico-infermieristico può in genere rallentare nella loro progressione ma non “guarire”».

Il coinvolgimento in sede di valutazio-

ne non solo del comparto sociale, ma anche di quello previdenziale, viene previsto per assicurare la “copertura” giuridica ed istituzionale necessaria per selezionare «l'accesso alla LTC su basi di equità, di obiettività e di attenzione ai meno abbienti». A tal fine «si raccomanda che il processo di VMD sia reso obbligatorio, unico e integrato e valga contemporaneamente per le valutazioni del SSN, dell'INPS e dei Comuni. Si sottolinea la necessità che venga utilizzato un “sistema” di valutazione scientificamente validato e standardizzato, modulato in modo tale da valutare identicamente le diverse aree problematiche nei diversi set assistenziali».

### **Allarme 2. Fornitura delle cure domiciliari e residenziali attraverso la partnership tra pubblico e privato**

Le cure domiciliari dovrebbero essere previste per la maggior parte dei pazienti con multi morbilità e/o con perdita dell'autonomia ed a rischio di perdita della autosufficienza. Attualmente la funzione preventiva dell'assistenza sanitaria domiciliare risulta ampiamente sottovalutata, mentre tutti i dati della letteratura mostrano, secondo il documento del Ministero della Salute, come una assistenza sanitaria potenziata sia in grado di ridurre i costi determinati dai ricoveri ospedalieri e da altri tipi di assistenza più costosa. «Tale problematica è amplificata su scala nazionale di un progressivo cambiamento di ruolo delle RSA che sempre più tendono ad essere dedicate a forme di assistenza verso le elevate complessità di cura delle persone con gravi e gravissime disabilità».

## NOTE

(1) Ministero della Salute. Consiglio Superiore della Sanità. Sezione I, “Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN”, 15 maggio 2020.

(2) Con la legge finanziaria del 1984 (Legge 730/1983) viene infatti per la prima volta coniata – dal punto di vista normativo – la definizione di «attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali». L'articolo 30 della legge recita testualmente: «Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità

In appoggio alla necessità di potenziare l'assistenza domiciliare il documento segnala pertanto la necessità di «promuovere forme meno "istituzionalizzanti" rivolte a fasce di popolazione con un minor grado di disabilità funzionale cui si associa una specifica situazione socio-economica che richiede un grado diverso di protezione e che, nelle più gran parte dei casi si configurano come forme di residenzialità assistita – housing e co-housing». A tal fine il documento auspica che si lavori «all'adeguato riconoscimento dell'istituto dell'accreditamento nel campo dell'assistenza domiciliare e alla revisione dei contratti di affidamento dei servizi. (...)». In tale ottica è da segnalare il possibile ruolo del mondo della cooperazione sociale e sociosanitaria e della partnership pubblico privata anche in termini di co-progettazione dei servizi, che andrebbero uniformati a livello regionale».

In proposito è da segnalare che le proposte di cui sopra risultano pienamente accolte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (6) che – nella descrizione della Missione 5: "Inclusione sociale" – così si esprime sul tema: «Nella definizione ed esecuzione dei progetti a valenza sociale e territoriale di questa missione sono protagonisti i comuni e in particolare le aree metropolitane (...). Il coinvolgimento degli enti locali è fondamentale per assicurare anche il finanziamento a regime dei nuovi servizi forniti che dovrà, nel corso della programmazione del bilancio dello Stato dei prossimi anni essere opportunamente rafforzato. L'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore. La pianificazione in

coprogettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la PA sia il Terzo settore». Anche l'auspicio che la cooperazione sociale e socio sanitaria ricopra un ruolo crescente nella gestione delle cronicità e degli anziani trova puntuale risposta nella componente C.2: "infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" della missione "Inclusione sociale": non a caso infatti il "sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" viene collocato tra le misure afferenti a "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociali" ove «in coerenza con gli interventi del Piano, si prevede l'accelerazione della riforma del Terzo settore, al cui completamento mancano ancora importanti decreti attuativi. Si intende inoltre valutare gli effetti della riforma su tutto il territorio nazionale».

La linea di attività più corposa (300 milioni di investimento) viene inoltre finalizzata dal Piano a finanziare la riconversione delle RSA e delle Case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno proporre progetti diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza della persona anziana sul proprio territorio

a partire dai servizi domiciliari. Con l'obiettivo dichiarato «di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico dai servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona».

In buona sostanza la presa in carico degli anziani affetti da patologie croniche che determinano condizioni di non autosufficienza è affidata ai servizi sociali, che dovranno curare l'integrazione delle attività con i progetti proposti nel capitolo sanitario del Piano nazionale ed in particolare con la Misura 6, C1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" che «intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario».

Il Piano – in piena coerenza con le indicazioni fornite dal documento del CSS – fa propria la logica di riconoscere la piena competenza del Servizio sanitario nazionale esclusivamente sulle prestazioni dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) consistenti in cure in-

per le funzioni di tipo socio assistenziale ad esse delegate». Cfr. Mauro Perino, "Con la scusa dell'integrazione", *Appunti sulle Politiche sociali*, n.3, 2002 e Mauro Perino, "Livelli essenziali di assistenza: riduzione della spesa sanitaria e nuova emarginazione", *Prospettive assistenziali*, n.137 gennaio-marzo 2002.

(3) I LEA sono stati approvati con il decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" reso cogente con forza di legge dall'articolo 54 della legge finanziaria 289/2002. Nel 2017, dopo 16 anni dal primo, viene approvato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" che lascia inalterate le percentuali di suddivisione

fermieristiche che vengono fornite al domicilio del paziente, in genere dopo le dimissioni di quest'ultimo dall'ospedale, per il tempo strettamente necessario alla somministrazione di terapie e/o medicazioni. Quanto alle necessità di cura quotidiane e continuative nel tempo, espresse dai malati cronici non autosufficienti, si dà ancora una volta per assodata la esclusiva competenza dei Servizi sociali dei Comuni, ai quali è assegnata la responsabilità della presa in carico e l'onere di favorire il coordinamento con le prestazioni sanitarie domiciliari e territoriali. Viene così illegalmente negato, per l'ennesima volta, il diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie in lungo assistenza, alla cui doverosa fornitura è tenuto il Servizio sanitario nazionale.

### **Allarme 3. Modificazione dei criteri di assegnazione e di utilizzo dell'indennità di accompagnamento**

Per i componenti del gruppo di lavoro che ha prodotto il documento del CSS, l'attuale sistema di assegnazione dell'indennità di accompagnamento può essere considerato come una integrazione al reddito o un contributo parziale alle spese delle famiglie in cui sono presenti «malati con disabilità» (7).

In proposito gli esperti suggeriscono che, nel breve-medio termine, l'indennità «dovrebbe essere più articolata e differenziata in funzione del grado di bisogno superando l'attuale situazione di contribuzione esclusivamente al 100% di disabilità. Occorre programmare dei livelli differenziati di disabilità a cui correlare specifici e differenziati livelli dell'Indennità di Ac-

compagnamento - IdA» che andrebbe inoltre ulteriormente differenziata «tra servizi cash e servizi in kind (ovvero voucher per ricevere servizi erogati da enti pubblici o soggetti accreditati): nel secondo caso deve esserci una premialità per le famiglie. A titolo d'esempio l'IdA può essere aumentata del 30% scegliendo servizi in kind e ridotta del 30% scegliendo il cash. L'IdA dovrebbe essere maggiormente correlata con l'uso degli altri servizi pubblici (es. sospesa durante ricovero in lungo degenza o in RSA) perché deve essere considerata un servizio e non più un contributo al reddito. L'IdA dovrebbe essere attribuita in maniera differenziata in funzione dei redditi e dei patrimoni delle persone, dando un contributo maggiore alle persone meno capienti e più sole».

Si tratta di proposte che non possono che suscitare la nostra indignazione perché sono palesemente gravate di pregiudizi nei confronti degli invalidi (in qualche misura sempre «falsi») e delle loro famiglie (che si ritiene lucrino sulle spalle dell'indennizzato lesinando l'assistenza); vengono inoltre formulate in spregio delle norme vigenti (a partire dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale che ad esso ha dato attuazione); sono infine caratterizzate dal disprezzo per i «malati con disabilità» che, con tutta evidenza, si ritiene appartengano ad una «razza» diversa dal resto delle persone prese in carico dal Sistema sanitario.

Non si può che definire «razzista» l'idea di accollare tutto l'onere di garantire la sostenibilità economica del Sistema sanitario ai soli «malati con disabilità»

e alle loro famiglie che già pagano le tasse, come il resto dei cittadini, «in funzione dei redditi e dei patrimoni» e che per questo devono venire curati, come tutti gli altri cittadini di questa nostra Repubblica, in base ai loro bisogni: senza dover subire una ulteriore selezione, sempre in base alla loro condizione sociale ed economica, per accedere alla presa in carico ed alle prestazioni sanitarie.

Se poi si è *davvero convinti* che per garantire la sostenibilità del Sistema sanitario occorra abbandonare il principio di uguaglianza per adottare quello di equità, allora si abbia l'onestà intellettuale e la correttezza politica ed istituzionale di intervenire in modo trasparente, dando modo al Parlamento di dibattere la questione e di adottare, con una legge comunque rispettosa del dettato costituzionale, i provvedimenti necessari a far sì che il nuovo regime venga applicato per tutti i malati e non solo per quelli con disabilità. Saranno poi i cittadini in veste di elettori ad esprimere, come è previsto in democrazia, il loro giudizio sulle forze politiche favorevoli alla (contro) riforma del sistema.

Ma torniamo ai nostri ineffabili moralizzatori della spesa sanitaria per LTC che, oltre ad accollare agli utenti ed alle loro famiglie nuovi oneri economici, pretendono anche di stabilire come e a beneficio di chi devono essere spese le novellate indennità. Essi ritengono infatti che si debba «attivare in ogni territorio una rete di soggetti erogatori pubblici e privati senza vincoli di budget ma con tariffe per i servizi regolamentate in cui le persone NA con IdA in kind (*Non autosufficienti con Indennità di accompagnamento in voucher, ndi*) possono

## **NOTE**

della spesa indicate dal primo decreto e conferma l'istituzione nei fatti di una sanità di serie A – destinata ai malati acuti o comunque alle situazioni di malattia che rivestono un qualche interesse scientifico e/o economico sul piano della ricerca e della sperimentazione – e una sanità di serie B che viene estesa a tutte le persone malate non autosufficienti o gravemente disabili con esigenze di prestazioni continuative.

(4) Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie emanato in ottemperanza del disposto dell'art. 2, comma 1, lettera n) della 419/1998”.

(5) Giova infatti ricordare quanto stabilito in proposito dai primi due articoli della legge 833/1978 con la

liberamente scegliere l'erogatore, concertando direttamente il portafoglio di servizi che intendono ricevere. Questo permetterebbe progressivamente di far nascere un mercato professionale di servizi assistenziali».

Il documento ministeriale si colloca dunque in quel filone di pensiero – ormai trasversalmente diffuso sia tra le forze politiche che nei cenacoli tecnici che ad esse fungono di supporto – secondo il quale occorre introdurre massicce dosi di mercato in quel che resta del welfare pubblico. Con l'idea che non deve più essere lo Stato nelle sue articolazioni istituzionali ad avere l'ultima parola sulle politiche di protezione sociale, ed in particolare su quelle sanitarie, bensì la società civile attraverso i soggetti singoli e collettivi che ne sono espressione.

Per gli esperti sanitari occorre infatti «permettere alle famiglie di comprare dallo stesso erogatore dei servizi pubblici gratuiti (es. SAD, ADI, riabilitazione, lungodegenza, ecc.) o dall'erogatore dei servizi coperti con il voucher IdA prestazioni aggiuntive, in una logica di on-topping (*in cima, ndr*) qualitativo per completare l'erogazione delle prestazioni garantite dal sistema di welfare, che di norma risultano insufficienti. Questo favorirebbe processi di ricomposizione delle risorse e di integrazione dei servizi, oltre che una maggiore infrastrutturazione del mercato professionale di offerta».

Altro che livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni che le leggi vigenti qualificano come diritto soggettivo del malato! Qui siamo di fronte alla affermazione ed alla pacifica presa d'atto che è da considerare cosa assolu-

tamente normale che le prestazioni sanitarie e socio sanitarie LEA, che ci vengono doverosamente fornite, siano sempre e comunque insufficienti. Di qui la salvifica proposta di trasformare il cittadino fruitore da utente (in quanto avente diritto a servizi garantiti dalle pubbliche istituzioni) a consumatore (in quanto acquirente sul "libero" mercato, eletto ad unico possibile soggetto regolatore).

L'esposizione delle proposte di *Policy* a breve si conclude con quella relativa alla necessità di costituire un unico «Punto di accesso unificato inter-istituzionale con responsabilità sul budget» per accedere ai servizi della LTC unificando le commissioni dell'INPS preposte alla concessione dell'indennità di accompagnamento, le unità di valutazione sociale comunali che regolano le presa in carico SAD e le Unità di Valutazione Multidisciplinari delle ASL per l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari quali ADI, Centri diurni, RSA, ecc. Con la significativa precisazione che «la commissione unificata di UVM per la LTC deve avere una influenza diretta sull'allocazione dei budget dei diversi servizi» che devono costituire un unico portafoglio al quale attingere.

#### **Allarme 4. Prove di controriforma del sistema delle cure domiciliari in lungo assistenza per gli anziani non autosufficienti e per i disabili gravi**

«Far nascere un silos istituzionale per la LTC?». Con questo interrogativo retorico il documento del CSS introduce la proposta da attuare a medio-lungo termine di far nascere un Servizio nazionale per la LTC per gli anziani non

autosufficienti e per i disabili gravi che «similmente al SSN», «può essere istituzionalmente multilivello, coinvolgendo con ruoli e responsabilità distinte e specifiche, Stato, regioni e territori».

Personalmente credo sia doveroso mobilitarsi tempestivamente affinché il punto interrogativo collocato in fondo al titolo del paragrafo, nel quale viene descritta la proposta di controriforma, non venga mai sostituito con un ferale punto esclamativo. L'obiettivo dichiarato è infatti quello di intervenire sulla cosiddetta area socio-sanitaria – così come a suo tempo definita dalla "legge Bindi" (8) – separando le non meglio definite «prestazioni sanitarie che rimangono in capo al SSN» da quelle territoriali, domiciliari e semi residenziali rivolte «sia al target anziani, sia al target disabili adulti». Prestazioni afferenti ai livelli essenziali di assistenza di competenza della assistenza sanitaria distrettuale e quindi già pienamente rivendicabili come diritto soggettivo.

Invece, nel futuro immaginato dagli esperti sanitari, «lo Stato deve decidere il livello di finanziamento del Servizio Nazionale di LTC, i diritti esigibili, gli standard di servizio minimo, indirizzi per il cofinanziamento delle famiglie. Le Regioni potrebbero costituire e governare il loro sistema regionale di LTC, partecipando alla discussione sui criteri di allocazione del fondo nazionale di LTC, definendo e attivando i soggetti erogatori territoriali» che avranno natura e configurazione diversa nelle singole Regioni, deputate a definire i modelli produttivi da adottare «in base ai propri orientamenti politici e valoriali».

Dovrebbero però venir garantiti almeno quattro elementi unificanti «l'indi-

quale è stato istituito il Servizio sanitario nazionale: articolo 1, «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **senza distinzione di condizioni individuali e sociali** e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»; articolo 2, il Servizio sanitario deve assicurare «(...) 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi **quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata**; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica; (...) f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

rizzo ad attivare soggetti produttivi integrati, capaci di offrire l'intera gamma dei servizi di LTC (9) (...) per aree geografiche omogenee, in modo da disporre di erogatori integrati e completi capaci di garantire una presa in carico completa, anche al cambio di stato di bisogni assistenziali; l'orientamento a catturare la spesa privata delle famiglie con servizi a pagamento o servizi a cofinanziamento perché integrati da risorse pubbliche, in modo da professionalizzare progressivamente l'offerta di servizi di LTC e di ridurre la spesa per i servizi informali; attivare forme di rappresentanze o di *voice* degli *stakeholder* locali; costruire e codificare le procedure di integrazione con i servizi sanitari e sociali».

Batti e ribatti il tema è sempre quello: intervenire selettivamente sui criteri di eleggibilità alle cure territoriali e domiciliari in lungo assistenza e su quelli di accesso alle misure monetarie, come l'indennità di accompagnamento – che si vorrebbe trasformata in una sorta di “assegno di cura” auspicabilmente sostitutivo di quello sanitario – da erogare modulandone il valore sulla base del reddito e del patrimonio dell'anziano non autosufficiente e dell'adulto gravemente disabile. Il tutto nell'ambito di «una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie» che consenta di avviare il servizio senza nuovi stanziamenti ma semplicemente ricomponendo tutte le risorse pubbliche in gioco (INPS, spesa socio-sanitaria del Servizio sanitario e spesa degli enti locali).

Resta da individuare «a livello di governo centrale quale ministero è unitariamente responsabile della LTC (nuovo

ministero del welfare, Presidenza del Consiglio e Ministero della Salute)». Nelle conclusioni Il documento non compie una scelta tra le candidature indicate, lasciando la questione in sospeso.

#### **Allarme 5. La mutua INPS di mons. Paglia per il “sostegno” alla non autosufficienza**

Un anno dopo la redazione del documento, è intervenuta sul tema la “Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana” (10). Presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia che, nell'ambito della proposta di riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana licenziata nell'agosto 2021, prevede la istituzione – su proposta del Ministero della Salute – di una cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio dei ministri. All'organismo, coordinato dal Sottosegretario alla Presidenza, verrebbe assegnato il compito di definire, organizzare e gestire la implementazione del piano di riforma. Ne farebbero parte tre membri della Commissione, due rappresentanti del ministero della Salute, un rappresentante della Conferenza delle Regioni, un rappresentante del MEF, del MIT, del MIUR, del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Disabilità, un rappresentante dell'ANCI ed un rappresentante dell'INPS.

Il piano di riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana licenziato dalla “Commissione Paglia” non si discosta, nella sostanza, dalla gran parte dei contenuti esposti nel documento della Commis-

sione espressa dal Consiglio Superiore di Sanità. Gli obiettivi che andrebbero previsti da una legge delega da proporre al Parlamento sono infatti:

- la riunificazione in un unico ambiente normativo, valutativo e prescrittivo dei servizi sociali e sanitari, per tramite di Commissioni unificate;

- la creazione di un quadro nazionale di riferimento di un *continuum* basato su servizi di rete – ADI continuativa, Unità di Cure palliative, domiciliari e Hospice, Centri Diurni a media intensità sanitaria – e servizi residenziali di qualità ad alto contenuto riabilitativo, anche dedicati alle cure di transizione, funzionalmente collegati e dotati delle necessarie articolazioni digitali e telematiche;

- la conseguente definizione di un progetto tecnologico di condivisione dei dati relativi all'assistenza integrata e l'individuazione della governance, ovvero dei soggetti responsabili del coordinamento del programma, dell'accesso degli utenti all'assistenza integrata e dell'erogazione dei fondi destinati;

- l'inquadramento dei soggetti (pubblici e/o privati accreditati) erogatori di servizi in ambito convenzionale sia per l'assistenza residenziale che per quella domiciliare, restando inteso che ad essi viene richiesto di offrire l'intero spettro del *continuum*, anche attraverso accordi di rete tra imprese diverse. A differenza del documento sulla LTC, nel testo della Commissione il tema della revisione dei criteri e delle modalità di concessione, erogazione ed impiego delle indennità di accompagnamento viene lasciato sullo sfondo; ed anche della necessità di definire «una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie» non

## NOTE

(6) Presentato dal Governo Draghi alle Assemblee di Camera e Senato il 26 e 27 aprile 2021. Successivamente, il 30 aprile, il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza è stato ufficialmente trasmesso alla Commissione europea.

(7) L'indennità di accompagnamento istituita dalla legge 11 febbraio 1980, n.18, è una prestazione economica erogata a domanda, a favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti della vita quotidiana. Spetta a tutti i cittadini in possesso dei requisiti, residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età. L'indennità viene corrisposta per 12 mensilità ed il pagamento

si fa esplicita menzione. Il problema della sostenibilità economica del sistema delle cure viene infatti affrontato prevedendo la creazione di un fondo mutualistico e solidaristico pubblico, da porre in capo all'INPS (nuovamente chiamato in causa), accompagnata da norme di defiscalizzazione e detrazione sui contributi versati per finanziarlo, eventualmente integrata da analoghe norme per le assicurazioni private.

In sostanza si propone di costituire una "mutua" per il sostegno della componente sociale della spesa per le cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali in lungo assistenza. Dal che si deve dedurre che la componente sanitaria della spesa continuerebbe ad essere a carico della sanità. Quanto all'INPS, una volta investito delle nuove competenze per via normativa, assumerebbe i compiti di gestione amministrativa dell'eventuale fondo solidaristico dedicato; dell'accesso al programma di assistenza e dei relativi pagamenti delle prestazioni rese dai fornitori accreditati.

Il Fondo «potrebbe essere alimentato con una contribuzione percentuale sui redditi da lavoro dipendente privato e da lavoratore autonomo, sulla base di iscrizione volontaria dei lavoratori per un numero di anni minimo da determinare, ovvero quale parte del welfare aziendale con una contribuzione delle imprese a favore dei propri dipendenti, agevolata da sgravi fiscali incentivanti, ovvero ancora come elemento della contrattazione collettiva, fiscalmente agevolato».

Quanto al problema dell'individuazione della responsabilità istituzionale di una doverosa presa in carico del ma-

lato esso viene affrontato proponendo un modello organizzativo, non particolarmente innovativo, che ricalca quello adottato dagli anni '90 del secolo scorso in Piemonte. Gli ambiti territoriali sociali dei cui alla legge 328/2000 dovrebbero costituirsi in Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) – in Piemonte si è utilizzata la forma consortile – «idonee a rappresentare la controparte delle ASL» in tema di erogazione della ADI continuativa per quel che concerne i servizi domiciliari di carattere sociale ad essa complementari: i cosiddetti SAD. Inoltre «si propone di affiancare ai Medici di Medicina Generale e Infermieri gli Assistenti Sociali nella fase di screening della domanda socio sanitaria e di unificare le numerose Commissioni che regolano l'offerta, creando entità uniche in grado di rappresentare la componente sanitaria, sociale e previdenziale».

### **Allarme 6. Socio-assistenziale "buttafuori" della Sanità**

Al di là dei toni, certamente più pacati, e della previsione di una maggiore gradualità nei tempi di definizione e di attuazione, la direzione verso la quale si muove la proposta di riforma Paglia è la stessa indicata dal documento del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della Sanità. In entrambi i testi si interpreta l'integrazione come un problema di coordinamento tra il sistema sanitario e quello sociale (ai quali verrebbe ad aggiungersi quello previdenziale) intesi come entità distinte, facenti capo a strutture organizzative differenti. I meccanismi dell'integrazione sono basati, nel modello che viene proposto, sulle unità

organizzative – alle quali viene assegnato l'obiettivo dell'integrazione da perseguire assicurando una costante ed efficace comunicazione tra gli operatori dei due comparti – e sulla definizione concordata e formalizzata tra le istituzioni (Aziende sanitarie e Comuni, singoli o associati) di appositi accordi di programma, convenzioni e protocolli operativi codificati coerenti con lo scopo.

Purtroppo però il modello di integrazione per "concertazione e accordo" – ampiamente sperimentato da decenni in molte aree del Paese – delegando di fatto, alle singole professionalità dei differenti comparti, l'onere di coordinarsi sul piano operativo, non offre le necessarie garanzie rispetto all'esigenza di declinare percorsi che – senza soluzione di continuità – facilitino l'individuazione del soggetto istituzionale responsabile da parte dell'utente sin dal momento dell'accesso, la valutazione del bisogno che esprime, la definizione di un progetto personalizzato e condiviso e, infine, l'erogazione ed il costante monitoraggio degli interventi, nell'ambito della "presa in carico". Interventi che, come il personale che li eroga, devono comunque far capo, dal punto di vista finanziario a due soggetti istituzionali permanentemente in conflitto per quanti attingono alle risorse economiche da impiegare. È facile, perciò, intuire l'esito fallimentare di una integrazione tra sociale e sanitario fondata su una defatigante negoziazione permanente a livello istituzionale (tra ASL e Comuni/ASP), organizzativo (tra ASP e Distretti sanitari) e professionale (tra operatori sanitari e sociali diversamente inquadrati nei

viene sospeso in caso di ricovero a totale carico dello Stato per un periodo superiore a 29 giorni. Per il 2021 l'importo dell'indennità stato di ben 522,10 euro (6.268,8 euro annui corrispondenti a 17,17 euro al giorno).

**(8)** Il decreto legislativo n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419" modifica ed integra il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino delle discipline in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421", con il quale venne per la prima volta modificata ed integrata la legge di riforma sanitarie del 1978 (per questo il decreto legislativo n. 502/1992 è anche conosciuto come "riforma bis". Conosciuto come "legge Bindi" o anche come "riforma sanitaria ter", il decreto fornisce una articolata definizione delle

rispettivi comparti). Con l'ulteriore complicazione che si tratta di entità con un "peso specifico" talmente diverso da far presagire che al comparto sociale verrà riservato l'infelice ruolo di "buttafuori" dai servizi della sanità. O per dirla con il linguaggio più forbito utilizzato nel "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023" che: «L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti, nell'ottica di un riconoscimento come LEPS. Essa verrà finalizzata con rilevanti risorse a valere sul PNRR e si prefigura, al di là dell'orizzonte temporale di utilizzo del PNRR, un finanziamento a valere sul FNPS [Fondo nazionale politiche sociali] e sul FNA [Fondo nazionale per le non autosufficienze]».

In pratica i due Fondi del sociale andranno prioritariamente utilizzati per la dimissione protetta: che è da intendersi come «una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali e l'ASL di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" (sic) da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali». In barba alle norme vigenti che affermano chiaramente che la garanzia di continuità delle cure costituisce un obbligo per l'ASL in quanto prestazione sanitaria di livello essenziale!

## LE NOSTRE PROPOSTE

### Un solo ente per i Livelli essenziali, il Servizio sanitario nazionale

La doverosa assunzione dell'obiettivo di realizzare una efficace integrazione delle prestazioni – sia per quanto attiene alle diverse valenze specialistiche sanitarie che per quelle sociali (che, in molti casi, sarebbe molto più opportuno qualificare come "relazionali") – presuppone che esse siano affidate ad un sistema di servizio unitario che non può che essere individuato nel sistema sanitario. Potremmo così riassumere la nostra proposta: la titolarità istituzionale delle valenze sociali dei livelli essenziali deve essere assegnata ad un solo ente, il Servizio sanitario nazionale.

La collocazione degli interventi afferenti alla cosiddetta area dell'integrazione socio-sanitaria in capo esclusivamente alle Aziende sanitarie consentirebbe infatti l'aggregazione delle prestazioni nell'ambito di unità operative polivalenti sia per quanto attiene al sanitario che al sociale. Chi assume la direzione dell'unità operativa avrebbe la piena responsabilità della gestione di tutto il personale assegnato (assunto dall'ASL o pervenuto in mobilità dai Comuni) e ciò consentirebbe di superare ogni motivo di conflitto generato dall'appartenenza ad enti diversi e quindi di orientare ed organizzare gli interventi in modo da garantire la centralità dell'assistito.

Occorre in sostanza che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti istituzionali deputati a garantirli e certe e adeguate le risorse di cui questi ultimi devono poter disporre. Per arrivare

a ciò è indispensabile indicare un solo soggetto istituzionale ed organizzativo (l'ASL) – e non due (ASL e Comuni o addirittura tre se si mette in campo l'INPS) – che sia tenuto ad assicurare le prestazioni, previste per diritto, dalla fase di valutazione a quella di definizione, attuazione e verifica del progetto di cura. Allo stesso modo occorre che vi sia un unico organismo a governare il sistema onde evitare che si verifichi quello che oggi accade: l'impotenza dei cittadini di fronte al palleggiamento delle responsabilità tra le istituzioni ed i servizi che esse governano.

La creazione di un doppio riferimento sul piano istituzionale imposta dal vigente impianto normativo – che perversamente prevede «prestazioni sanitarie a rilievo sociale», «prestazioni sociali a rilievo sanitario», «prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria»; a loro volta articolate in fasi curative «intensive», «estensive» e «lungo assistenziali» – costituisce, per i cittadini colpiti da malattie gravemente invalidanti, uno sbarramento spesso insuperabile per l'acquisizione della conoscenza di quali sono i diritti che possono essere rivendicati per accedere, senza ostacoli, ai servizi ed alle prestazioni.

Il Servizio sanitario nazionale ha il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le cure necessarie e per tutto il tempo richiesto a tutte le persone alle quali sia stata certificata la condizione di malattia, sia essa fisica e/o psichica: compresi ovviamente i malati cronici non autosufficienti ed i disabili gravi di qualunque età. Per queste ragioni dovrebbe essere del tutto evidente che l'unica vera ed efficace assicurazione

## NOTE

prestazioni socio-sanitarie che comprendono: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; c) le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria. A norma dell'articolo 2, primo comma, lettera n) della legge n. 419/1998, il decreto demanda ad un apposito atto di indirizzo e coordinamento l'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie a), b) e c) ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza della sanità e dell'assistenza.

(9) I servizi indicati dal documento che, a titolo di esempio, dovrebbero costituire il portafoglio di offerta sono: «Counselling a caregiver familiare; Case management dell'utente; Counselling o supervisione a caregiver professionale; Independent Living Facilities: es. Social Housing o Co-housing protetto; Cure domiciliari intense;

sul benessere e sulla tutela della salute di noi cittadini è il Servizio sanitario nazionale, che già finanziamo con una componente specifica del gettito dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e con l'addizionale regionale dell'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF).

Di ciò dovrebbero tener conto: i decisori politici e gli esperti che li supportano (o li sostituiscono, assumendone sempre più spesso il ruolo); i soggetti del Terzo settore che, avendo riscoperto l'area di azione della collettivizzazione dei rischi connessi alla salute, promuovono sistemi di mutualità solidale che richiamano alla mente le "mutue aziendali" in auge prima della istituzione del Servizio sanitario nazionale; i sindacati fautori di un "welfare aziendale" fondato sui Fondi sanitari integrativi nati dalla contrattazione aziendale di secondo livello e alla quale l'erario riserva un trattamento agevolato.

Sulle differenze, spesso più formali che sostanziali, tra Assicurazioni for profit, Casse e Società di mutuo soccorso nell'intermediazione dei Fondi integrativi che finiscono in realtà per duplicare, anziché integrare, le prestazioni pubbliche (costringendo il lavoratore a pagare due volte), rimando ad uno specifico articolo già pubblicato su questa rivista (11). Quanto alle "mutue" è bene ricordare che le avevamo già prima della legge di riforma del 1978, quando il nostro sistema di sicurezza sociale era impostato sul modello "bismarckiano" (12), nel quale è centrale il principio per cui le prestazioni previdenziali (malattia, infortunio, disoccupazione)

vengono finanziate dai lavoratori (che ne sono i destinatari) e dai datori di lavoro in quota parte.

Con la perdita del lavoro cessava l'assistenza sanitaria ed al disoccupato, se indigente, non restava che rivolgersi agli Enti comunali di assistenza (ECA). L'assistenza sanitaria ai poveri veniva invece fornita dal medico condotto e dell'assistenza alle partorienti povere ed alla loro prole si faceva carico la levatrice condotta: entrambi erano dipendenti dei Comuni che pagavano inoltre le rette di ricovero ospedaliero per gli iscritti all'elenco comunale dei poveri.

Fatto sta che, sul lungo periodo, il sistema non ha funzionato: «Basti pensare che il debito pubblico italiano nasce negli anni Sessanta da una voragine determinata nella sanità dal "pagamento a piè di lista": il sistema per cui gli ospedali fatturavano alle mutue rette di degenza stabilite senza nessun meccanismo di controllo. Il sistema mutualistico accumulò così un debito di quattromila miliardi di lire, che nel 1974 costrinse lo Stato a una emissione straordinaria di buoni del Tesoro pari al 6 per cento del Pil» (13). Siamo così diventati – per necessità oltre che per virtù – "beveridgiani" (14), mutuando dalla Gran Bretagna il modello di assicurazione sociale pubblica che assume come soggetto protetto il cittadino in quanto tale, attraverso la predisposizione di un sistema di tutela sanitaria finanziato mediante la fiscalità generale. Un «paracadute di Stato» che – come spiega in una intervista Massimo Grandis, Amministratore delegato di Mediolanum Assicurazioni – ha impedito per decenni lo

sviluppo del sistema assicurativo privato nel nostro Paese in quanto, «per motivi storici si sono venute a creare delle condizioni che hanno ridotto di gran lunga l'appetito verso i prodotti assicurativi. A partire dal secondo dopoguerra l'assistenza sanitaria e quella pensionistica di cui godevano gli italiani non ha di fatto innescato nei cittadini il bisogno di ricorrere a polizze integrative. Mi dica come un padre di famiglia negli anni Settanta e Ottanta di fronte a una pensione che era come l'ultimo stipendio e a un servizio sanitario che ti trattava con i guanti, oltre a un investimento obbligazionario che ti rendeva a doppia cifra senza nessun rischio, che bisogno aveva di sottoscrivere una polizza» (15).

Grazie alla legge n.833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è stata dunque data efficace attuazione al diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Carta costituzionale. Ed è proprio tornando a questa legge – letta nella versione originaria e dunque depurata dagli effetti deleteri della aziendalizzazione del sistema sanitario, introdotta dal decreto legislativo n. 502/1992 e sostanzialmente confermata dal successivo decreto legislativo n. 229/1999 – che si può recuperare l'ancor oggi valido "comunitarismo" che la ispirava.

### **I Comuni, da «subordinati gabellieri» a soggetti di definizione e controllo delle politiche sanitarie**

Sin dagli anni Settanta gli Amministratori locali e gli operatori sanitari e sociali territoriali hanno dovuto confrontarsi con tre ordini di problemi tra loro

Centri diurni Alzheimer/decadimento cognitivo; Alzheimer Caffè; Telesorveglianza notturna e festiva; Servizi di accompagnamento. Per ogni tipo di servizio il Servizio nazionale per la TLC dovrebbe definire standard di attività, mix di competenze professionali da attivare, tariffe a carico del sistema pubblico e a carico delle famiglie minime di riferimento».

(10) Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana. Ministero della Salute, "L'abitazione come luogo di cura per gli anziani. Proposta di riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana", Roma, agosto 2021.

(11) Mauro Perino, "Il mercato della salute: polizze assicurative e fondi sanitari",

connessi: il ridotto dimensionamento dei Comuni che impedisce il pieno esercizio delle funzioni politico amministrative loro assegnate; la necessità di garantire l'unitarietà della amministrazione e della gestione dei servizi afferenti ai diversi comparti (la sanità, l'istruzione, il lavoro, l'assistenza, ecc.), saldando la prevenzione con la cura e la riabilitazione; il dovere di assicurare la piena partecipazione dei cittadini alla definizione delle politiche sociali locali.

Una prima risposta – che si può senza tema definire di tipo comunitario – ai problemi sopraelencati, venne individuata nell'Unità locale dei servizi promossa, in allora, dalle pagine di questa rivista non in quanto «struttura tecnica per unificare alcuni servizi, ma (...) come un nuovo modello per un'esperienza di ente locale democratico, di natura politica, per una "rifondazione" del Comune, modello che, rispetto all'attuale Comune, si qualifica come area, come mezzo e come strumento di intervento, in modo tale da poter proporsi come momento reale ed efficace di organizzazione e gestione dei servizi, come risposta alle esigenze e ai bisogni di una popolazione che risiede o che lavora su di un determinato territorio» (16).

Ben presto però l'Unità locale dei servizi – intesa come «il complesso dei servizi sanitari, scolastici, abitativi, sociali, culturali, ricreativi, ecc., gestiti dai Comuni o consorzi di comuni o articolazioni sub-comunali aventi una dimensione territoriale comprendente all'incirca 50.000 abitanti, con la partecipazione delle forze sociali del territorio (17) – venne accantonata dalla

politica per dar luogo alla costituzione di Unità locali settoriali.

L'articolo 10 della legge n. 833/1978 di riforma sanitaria stabiliva infatti che «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 (...). Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i Comuni, singoli o associati o le Comunità montane articolano le Unità locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento».

Ai sensi dell'articolo 25 del quasi contemporaneo decreto del Presidente della Repubblica n. 616/1977 veniva inoltre richiesto alla Regione di determinare, «con legge, sentiti i Comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali e, se necessario, promuovendo ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi». Nel testo si precisava inoltre che «gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari». Ed è così che le Unità sanitarie locali divengono Unità socio sanitarie locali, consentendo di realizzare l'integrazione istituzionale (i Comuni associati nell'Unità locale), quella organizzativa (tra i servizi so-

ciali e sanitari unificati) e quella professionale (tra le figure professionali collocate nei servizi a prescindere dal comparto di provenienza).

Si propone questo breve *excursus* storico (18) per ricordare che, sul tema dell'integrazione tra sociale e sanitario, il passato ha ancora molto da insegnare. Un passato che viaggiava però in direzione assolutamente opposta alle ricette dei riformatori di oggi. Rimane molto da imparare dalle modalità attraverso le quali si è cercato, in quegli anni, di dare dignità istituzionale alla partecipazione della comunità locale finalizzata alla definizione, alla realizzazione ed al controllo delle politiche sociali locali e, tra di esse, in primo luogo delle politiche sanitarie.

Il tradimento del principio dell'integrazione tra i servizi locali – integrazione che, a mio parere, va sempre ed indissolubilmente declinata nei tre canonici livelli: istituzionale, organizzativa e professionale – è conseguente a quello, ben più grave, della Riforma sanitaria del 1978 e, prima ancora, è frutto della mancata "rifondazione" dei Comuni. «Affermare – come si è fatto a partire dagli anni Settanta in poi – di decentrare ai Comuni funzioni politico-amministrative significa pertanto non tenere conto della realtà estremamente diversa dei Comuni stessi, in quanto è indiscutibile, ad esempio, che i Comuni piccoli non sono in grado di svolgere alcuna funzione politico-amministrativa». Inoltre «se l'aspetto prioritario degli interventi sanitari e di quelli assistenziali è la prevenzione, sono allora evidenti i loro strettissimi legami, fatto che porta alla necessità di non separare gli interven-

## NOTE

*Prospettive assistenziali*, n. 205 gennaio-marzo 2019.

(12) Dal nome del cancelliere tedesco Otto von Bismarck (1883-1889).

(13) Maurizio Ferrera, "Lo Stato siamo noi", *Corriere della sera* – La lettura, 9 dicembre 2019.

(14) Dal nome dell'economista inglese William Henry Beveridge (1879-1963).

(15) Gianluca Baldini, "Paracadute di Stato? Un ricordo. Oggi la protezione è un'esigenza", *La Verità*, 27 maggio 2021.

(16) Editoriale, "Presupposti politici dell'Unità locale dei servizi e brevi note sul servizio di segretariato sociale", *Prospettive assistenziali*, n. 27, luglio-settembre 1974.

ti ma di unificarli in un unico servizio. D'altra parte, occorre notare che una gran parte degli interventi dovrà essere effettuato nella scuola, per cui occorre anche uno stretto collegamento tra i servizi di prevenzione e la scuola, e altrettanto dicasi per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, ecc. In ogni caso occorre evitare che vi sia uno stacco fra servizi di prevenzione e servizi curativi, condizione che si può ottenere ponendo tutti i servizi sociali sotto una direzione politica, direzione che dovrà evidentemente essere partecipata dai cittadini» (19).

Siamo nella piena attualità. I problemi sono ancora quelli di allora. Con l'aggravante che non solo non abbiamo costituito, in allora, le Unità locali dei servizi (tutti quelli comunali) ma negli anni Novanta abbiamo anche affossato le Unità socio sanitarie locali (settoriali) a seguito dell'approvazione dei decreti legislativi n. 502/1992 (e soprattutto le modifiche apportate dai decreti legislativi 229/1999 e 254/2000) che all'articolo 3 recita: «Le Unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali».

Al vertice delle Aziende sanitarie è stato posto un Direttore generale nominato dalla Regione – che è subentrato ai “Comitati di gestione” espressione dei Comuni titolari delle funzioni – coadiuvato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo. Quanto ai servizi socio-assistenziali nel decreto si afferma che «L'Unità sanitaria locale può

assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'Unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie». Con buona pace dell'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale costruita in più di dieci anni.

### **Cronologia del disastro. Conoscere per proporre altre strade.**

L'integrazione – quella efficacemente realizzata nella prima fase di attuazione della legge n. 833/1978 – è stata uccisa dalla aziendalizzazione e dalla sistematica privatizzazione del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali realizzata in attuazione del decreto legislativo n. 229/1999 e della legge n. 328/2000. Privatizzazioni che hanno indebolito le strutture tecnico professionali dei Comuni perché, una volta privati della possibilità di gestire direttamente i servizi, gli apparati comunali e degli enti gestori socio assistenziali hanno anche perso la possibilità di acquisire le conoscenze e di maturare l'esperienza comunque necessaria per esercitare un valido controllo sui servizi esternalizzati. Lo stesso problema si pone nelle Aziende sanitarie, in particolare per quanto attiene alla gestione dei sistemi di accreditamento dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali dell'area socio sanitaria e le attività di vigilanza su prestazioni sulle quali si è persa qualsiasi competenza.

Per far sì che la proclamata centrali-

tà della Comunità locale non si riduca ad un mero esercizio retorico, occorre pertanto invertire la rotta e ridare un ruolo significativo ai Comuni che la rappresentano attraverso i Consiglieri ed i Sindaci democraticamente eletti (Comuni, cioè, non come gestori “supplenti di serie B” della sanità, ma come enti che fanno emergere le necessità e controllano le politiche sanitarie). Vanno a tal fine rilanciate le Unioni dei Comuni previste dall'articolo 32 del decreto legislativo n. 267/2000 perché in tal modo è possibile ovviare all'inadeguato dimensionamento comunale. Ma occorre soprattutto che ai Comuni associati venga restituita la possibilità di svolgere efficacemente la funzione di tutela della salute e del diritto alle cure dei cittadini negli ambiti territoriali da essi amministrati: se necessario intervenendo sul piano legislativo, a livello nazionale e regionale, per riformare in senso democratico l'attuale assetto del sistema sanitario. La corretta attuazione del principio di sussidiarietà non consiste, a mio parere, nell'attribuire al privato ciò che si toglie allo Stato, ma nell'organizzare in maniera differente i ruoli rispettivi del pubblico e del privato, creando degli spazi pubblici aperti alla democrazia partecipativa ed alle iniziative della cittadinanza. Lo Repubblica nelle sue articolazioni istituzionali – dallo Stato alle Autonomie locali – deve però intervenire quando un'attività economica, magari appellandosi alla “legge del mercato”, non contribuisce al bene della comunità sulla quale essa esercita la sua autorità per dovere costituzionale, mettendone in pericolo la coesione.

(17) Editoriale, “Unità locale e servizi onnicomprensivi”, *Prospettive assistenziali*, n. 20, ottobre-dicembre 1972.

(18) Per una analisi storica più approfondita Cfr. Mauro Perino, “I servizi socio-assistenziali e socio-sanitari del Piemonte alla luce delle recenti norme finanziarie e sul federalismo”, *Prospettive assistenziali*, n. 172, ottobre-dicembre 2010.

(19) “Regioni, Comuni, Province: partecipazione e servizi socio-assistenziali e sanitari”, *Prospettive assistenziali*, n. 11-12, luglio-dicembre 1970.