

# Integrazione socio-sanitaria, sussidiarietà ed eguaglianza in sanità

**Con il pretesto dell'integrazione si è importato l'universalismo selettivo in sanità e con la sussidiarietà si sono privatizzati i servizi. Occorre invertire la marcia e riproporre i principi fondamentali della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale**

Mauro Perino

**L'**integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale è un nobile principio che viene però costantemente strumentalizzato. È un concetto cardine del comparto sanitario e di quello sociale (è infatti ampiamente dimostrato che la condizione di salute influenza la condizione sociale delle persone e che, viceversa, la condizione sociale delle persone influenza gli aspetti sanitari) che viene parecchio enfatizzato ma che può essere ugualmente applicato, ad esempio, al grado di istruzione, al livello culturale, alla collocazione lavorativa ed a quella abitativa. Eppure è solamente nell'ambito sanitario che, sulla base di tale concezione, si è giustificata la creazione di una "area socio sanitaria" (come settore "a parte" rispetto a quello sanitario). Per analogia dovremmo prevedere infatti altrettante aree per i servizi preposti all'istruzione, al lavoro, alla casa, alla promozione cultu-

ronico-degenerative esprimono la necessità di interventi di natura tanto sociale che sanitaria si dovrebbe, al contrario trarre la corretta conclusione che il sistema sanitario deve farsi carico degli uni e degli altri, proprio perché la persona è unica.

Inoltre oggi le definizioni di malattia e di salute sono cambiate rispetto al passato. Come osserva infatti il Professor Mario Bo «la precedente definizione di "malattia" come qualsiasi alterazione del benessere fisico, psichico e sociale, nella sua onnicomprensività portava inevitabilmente ad una ingiusta commistione di problematiche sociali e sanitarie, oltre che ad un consistente rischio di ipermedicalizzazione conseguente all'attribuzione di un concetto di malattia per qualsiasi alterazione dello stato di benessere. Attualmente (...) si tende ad identificare la "salute" come "la capacità di adattarsi e mantenere l'autosufficienza" in presenza e a dispetto di danni e compromissioni sociali, fisici ed emotivi» (Mario Bo, "La tutela dei malati non autosufficienti acuti e cronici", *Prospettive assistenziali*, n. 182, 2013). Ne consegue quindi che se, in campo sanitario, il concetto di autosufficienza è equiparato a quello di salute, la non autosufficienza determinata dalla presenza di una o più patologie e dalla necessità della persona malata di cure sanitarie e socio-sanitarie non può che essere

*L'integrazione tra sanità e assistenza è servita a giustificare la negazione delle cure ai malati cronici non autosufficienti*

rale e dello sport. Dovremmo cioè teorizzare una collocazione "differenziale" delle persone nei servizi sulla base di una lettura distorta e strumentale dei loro bisogni. Dalla constatazione che le patologie cronico-stabilizzate e

equiparata alla perdita di salute che, come tale, va affrontata all'interno della rete dei servizi del sistema sanitari, nell'ambito del percorso socio-sanitario delle prestazioni Lea, sia nella fase cronica che nel decorso segnato da complicanze e riacutizzazioni. Abbandonando due comportamenti estremi: da un lato l'eccessiva medicalizzazione della fase acuta e, dall'altra, la impropria riconduzione dei bisogni di cura dei malati non autosufficienti ad un problema di mera assistenza o badanza da delegare alla famiglia e/o al comparto dei servizi socio assistenziali. Le prestazioni socio assistenziali richiamate nei Lea – ove ritenute necessarie nell'ambito dei piani assistenziali individuali – vanno pertanto considerate un tutt'uno con quelle sanitarie e socio-sanitarie. E devono essere garantite a tutti i malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani e le persone con demenza senile, ed alle persone in condizioni di grave disabilità che ne abbiano necessità alle quali, se si operasse altrimenti, verrebbe nei fatti negato il diritto alla salute: diritto costituzionalmente tutelato per ogni individuo e per la collettività nel suo insieme.

Per raggiungere questo obiettivo occorre sconfinare la concezione ancora dominante secondo la quale è prerogativa del sistema sanitario assicurare la cura della malattia nelle sue fasi acute e post acute, mentre la cronicità, in tutte le sue manifestazioni, viene espulsa dalla pienezza del diritto alle cure sanitarie. Ed è inoltre profondamente sbagliato che vengano considerate di competenza sanitaria solamente le prestazioni afferenti alle tradizionali professioni del comparto e non tutto l'insieme degli interventi, compresi quelli di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico alla persona, indispensabili per una efficace cura della persona che, anche se inguaribile è pur sempre curabile.

Al comparto della sanità va richiesto, infine, di assumere direttamente tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che il sistema sanitario è chiamato a svolgere a beneficio di tutta la popolazione assistita (come avviene, sin dalla loro costituzione, nei servizi di salute mentale ed in quelli rivolti alle per-

sone affette da dipendenze patologiche) senza distinzione di condizioni individuali o sociali e con modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. È inoltre auspicabile il superamento normativo dell'artificiosa suddivisione delle prestazioni afferenti alla cosiddetta "area dell'integrazione socio-sanitaria" in "attività sanitarie a rilevanza sociale", "attività sociali a rilevanza sanitaria" e nelle ancor più indefinite "attività ad elevata integrazione sanitaria". Il cittadino che ha diritto a tali prestazioni deve essere trattato come tutti gli altri assistiti dal sistema sanitario, i quali pagano (se non esentati) un ticket sulla prestazione alla quale accedono. Occorre pertanto che la responsabilità su tutto il procedimento che li riguarda – dalla

*Al comparto della sanità va richiesto di assumere direttamente tutte le valenze umane, relazionali e sociali delle attività di cura, così come previsto dalle leggi vigenti*

valutazione della loro condizione di salute e dei loro bisogni, alla definizione degli interventi necessari, fino alla attribuzione della quota di ticket da pagare per la prestazione fruita ed alla successiva riscossione – venga affidato al sistema sanitario (come per tutti gli altri "assicurati").

**Diritto alla salute e diritto all'assistenza.** Negli anni '80 del secolo scorso, veniva data attuazione a due fondamentali leggi di riforma – il DPR. 616/1977 e la tutt'ora vigente, seppur con rilevanti modifiche ed integrazioni, Legge 833/1978 – che stanno all'origine dell'impianto attuale dei servizi sanitari e sociali.

Il Capo III del DPR. 616/1977 attribuiva ai Comuni «tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza» concernenti «le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore di singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle pre-

stazioni economiche di natura previdenziale». Contestualmente il Capo IV del decreto attribuiva ai Comuni singoli e associati tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera non espressamente riservate allo Stato, alle Regioni e alle Province, concernenti «la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione».

Il Decreto riservava alla Regione il compito di stabilire i criteri di programmazione e di organizzazione dei servizi degli enti locali territoriali, i tipi e le modalità delle prestazioni ed inoltre 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'ultimo comma dell'art. 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi. Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitaria».

All'entrata in vigore del DPR. 616/1977 faceva seguito, nell'anno successivo, l'approvazione della legge 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, nella quale si stabiliva che i Comuni, titolari delle funzioni relative all'assistenza sanitaria ed ospedaliera, dovessero esercitarle «in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria». Unità che andavano intese come «strutture operative dei comuni singoli, e delle comunità montane» da attivare in ambiti territoriali – determinati dalla Regione, sentiti i comuni interessati – obbligatoriamente coincidenti con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali. Nell'atto della determinazione degli ambiti la Regione era altresì tenuta ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio «in modo che essi, di regola, coincidano» con quelli delle Unità Sanitarie Locali. Alla legge regionale veniva infine demandato di stabilire «norme

per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio».

Dai brani riportati emergono due concetti chiave che definiscono altrettanti obiettivi assunti dalle leggi di riforma della fine degli anni '70 del secolo scorso: quello, che potremmo definire “strategico”, della “sicurezza sociale” e quello, “strumentale” al primo, della “integrazione” nella gestione dei servizi sociali e sanitari da parte di una Unità sanitaria che, in attuazione della norma di legge nazionali diviene, con l'approvazione delle leggi regionali attuative, Unità socio-sanitaria Locale (ente strumentale dei Comuni titolari delle funzioni) e coincide con il distretto scolastico e con le altre unità di servizio territoriali anche esse operanti nel sistema locale di sicurezza sociale. Dunque un sistema dei servizi sanitari e sociali integrato a livello istituzionale, organizzativo e professionale ed inoltre coordinato con il complesso dei servizi alla persona ed alla comunità locale.

Un quadro normativo al quale dovrebbero guardare con attenzione i molti opinionisti contemporanei che propugnano il concetto di integrazione in modo astratto, come se fosse un fine e non un mezzo, per ispirarsi alle leggi di allora e promuoverne di attuali che finalmente prevedano, in modo inequivocabile, che i servizi cosiddetti socio-sanitari e quelli sanitari (dei quali i primi sono parte integrante e sostanziale) devono essere organicamente unificati nell'ambito del sistema sanitario per quanto attiene alla titolarità istituzionale, al finanziamento ed alla gestione ed organizzazione dei servizi, prescindendo dal fatto che agli assistiti venga richiesto o meno di contribuire al costo delle prestazioni.

Questo impianto è coerente con la Costituzione, che pone il «diritto al lavoro» (art. 4, comma 1) a fondamento di un sistema di sicurezza sociale nazionale incardinato sulla previdenza sociale che si articola in tre settori dell'amministrazione dello Stato – l'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS), l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) ed il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – che assicurano ai cittadini-lavoratori

*Il Dpr 616/1977 e la tutt'ora vigente legge 833 del 1978 sono all'origine dell'impianto attuale dei servizi sanitari e sociali*

mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di invalidità e vecchiaia e disoccupazione involontaria; di infortunio e di malattia (art. 38, commi 2 e 4). Ma la nostra Carta fondamentale si fa carico anche di quelle persone che, essendo inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere, non possono svolgere alcuna attività che concorra al progresso materiale o spirituale della società (art.4, comma 2). Agli indigenti vengono pertanto garantite cure gratuite (art. 32, comma 1) e, se inabili al lavoro, viene ad essi riconosciuto il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale, oltre che all'educazione ed all'avviamento professionale (art. 38, commi 1 e 3).

Ecco spiegato perché il DPR 616/1977 prevedeva che i servizi dei Comuni singoli o associati preposti all'assistenza sociale svolgessero le loro attività nel quadro della sicurezza sociale facendo però salve le prestazioni economiche a carico della previdenza. Per le stesse ragioni la legge 833/1979 prevedeva la gestione coordinata ed integrata da parte dell'Unità sanitaria dei servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera con quelli di assistenza sociale entrambi assegnati alla titolarità istituzionale dei Comuni singoli o associati.

In buona sostanza il sistema nazionale di sicurezza sociale prevede l'attività sinergica di due settori: uno universalistico – la previdenza – e l'altro, giustamente selettivo, preposto all'assistenza sociale. La previdenza opera preventivamente per reperire le risorse necessarie a soddisfare bisogni futuri. Ha quindi una funzione assicurativa che prevede il versamento di contributi – direttamente dal datore di lavoro e dal lavoratore o attraverso la fiscalità generale – per le categorie interessate. L'assistenza sociale interviene invece in situazioni di bisogno conclamate ed in atto, ha carattere di erogazione economica o di servizi e non comporta oneri per l'avente diritto in condizioni di indigenza. Nella nostra realtà nazionale, l'INPS eroga anche numerose prestazioni definite “assistenziali”, in quanto non collegate con il versamento dei contributi da parte dei soggetti interessati. L'INAIL ha invece il compito, sempre in regime assicurativo, di tutelare la salute sui luoghi di lavoro

e la sicurezza dei lavoratori. Per quanto riguarda la tutela della salute della popolazione in generale è il SSN che ha il dovere costituzionale di prestare tutte le cure per tutto il tempo necessario alle persone affette da malattia, sia essa fisica o psichica: compresi i malati cronici non autosufficienti ed i disabili gravi di qualunque età.

Il SSN costituisce pertanto l'unica assicurazione sanitaria universalistica nazionale e viene finanziata dalla cittadinanza (a beneficio degli individui e della collettività che ne usufruiscono), con una componente specifica del gettito dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), con l'addizionale regionale dell'Imposta su Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) – ben il 20% dell'IRPEF versata dai contribuenti italiani va alla sanità – e con la compartecipazione all'IVA: a queste fonti si aggiunge una quota di finanziamento diretto a carico dello Stato.

### *Le riforme della fine degli anni Settanta avevano l'obiettivo di garantire la “sicurezza sociale” “integrazione” dei servizi sociali e sanitari*

Venendo ai giorni nostri possiamo facilmente constatare che – nei più recenti testi normativi che si occupano della materia sin qui trattata – al concetto di sicurezza sociale si è sostituito quello di coesione sociale e all'integrazione sociale (accusata di ricercare una indebita assimilazione dei diversi modelli culturali e sociali esistenti da parte di quello “dominante”) si preferisce l'inclusione (ritenuta più tutelante delle “differenze”, presenti in ambito sociale, che si ritiene debbano essere valorizzate in quanto tali). E sono proprio questi i due termini utilizzati per comporre il titolo della Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) finanziato con i fondi dell'Unione europea Next generation Eu. Missione che si esplicita in tre componenti che rispondono alla raccomandazione della Commissione europea n. 2 per il 2019 e n. 2 per il 2020 – C.1) politiche per il lavoro; C.2) infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore; C.3) interventi speciali per la coesione territoriale – e che dovranno essere accompagnate da una serie di riforme che sostengono e completano

l'attuazione degli investimenti.

Le riforme alle quali si fa riferimento nel testo esplicativo della Missione 5 sono quella riferita agli anziani non autosufficienti e quella relativa alla disabilità. Nei due testi di legge delega approvati dalle Camere, il concetto di integrazione tra i servizi viene riproposto in una accezione diversa rispetto a quella originaria: non più come modalità operativa interna ad un unico sistema di sicurezza sociale – incardinato su una previdenza sociale universalistica ed una assistenza sociale selettiva – ma come strumento per “tenere assieme” nuovi e diversi sistemi di protezione sociale, comunque selettivi, a vocazione settoriale.

Le riforme in itinere – che verranno definite attraverso i decreti delegati – potrebbero infatti concretizzarsi con l'istituzione di una pluralità di sistemi di protezione sociale, nei quali includere gruppi di “portatori di interessi” con differenti capacità/possibilità di rappresentare efficacemente i propri bisogni. Sistemi tra loro integrati al livello della programmazione nazionale e regionale che operano, su base territoriale, attraverso servizi sussidiari gestiti da soggetti privati, accreditati dalle pubbliche istituzioni ad esercitare una pubblica funzione. Il tutto al fine di assicurare la promozione di una coesione sociale intesa come «la capacità di una società di assicurare il benessere (welfare) di tutti i suoi membri, riducendo le differenze ed evitando le polarizzazioni. Una società coesa è una comunità di sostegno reciproco di individui liberi che perseguono obiettivi comuni con mezzi democratici». (Comitato Europeo per la Coesione Sociale – CDCS 2004).

Si tratta di una definizione decisamente riduttiva, se rapportata alle finalità egualitarie del

*Il Servizio sanitario pubblico costituisce  
l'unica assicurazione sanitaria  
universalistica nazionale,  
finanziata dalla collettività*

nostro sistema pubblico di sicurezza sociale (ed in particolare al carattere universalistico dell'assistenza sanitaria), ma assolutamente coerente con l'obiettivo “riformista” – di cui si

dirà meglio successivamente – di istituire, per gli anziani malati non autosufficienti (e poi magari anche per i disabili gravi) – ormai da decenni illegalmente marginalizzati dai servizi sanitari – un Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA) formalmente attribuito al comparto dell'assistenza sociale che – a differenza di quello sanitario – opera selezionando l'accesso alle prestazioni sulla base del reddito e del patrimonio posseduto dai richiedenti. E verso un eguale destino si avvia il sistema previdenziale nel suo complesso, la tendenza è infatti di rendere sempre più residuale la funzione di assicurazione pubblica universalistica svolta dall'INPS – e dal SSN per quanto attiene alla salute – a beneficio di un diffuso sistema assicurativo privato (sia in materia pensionistica che di assistenza sanitaria), ormai da tempo favorito fiscalmente da uno Stato al quale viene imposto di lasciare alla società – e dunque al mercato – il compito esclusivo di assicurare il benessere dei suoi membri.

**La strumentalizzazione del concetto di integrazione socio-sanitaria.** Attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sociale e sanità si è attuata una vera e propria controriforma sanitaria (di fatto la prima ad essere avviata in ordine di tempo) che è stata ed è oggetto di attenzione, di analisi e di continua denuncia da parte di questa rivista che, sin dai primi anni '80, ha lanciato l'allarme sull'avvio e sullo sviluppo di un processo normativo – finalizzato ad espellere dal diritto universalistico alle cure le fasce di assistiti in condizioni di non autosufficienza a causa di malattie croniche o di grave disabilità – che rappresenta forse il primo grave tradimento dalla legge fondativa del Servizio sanitario nazionale.

Si tratta di una controriforma strisciante che inizia – ben nove anni prima della controriforma De Lorenzo, trovando poi coronamento grazie alla controriforma Bindi – con l'approvazione dell'articolo 30 della legge n.730/1983 (legge finanziaria 1984) che interviene per demarcare i confini tra la spesa sanitaria e quella socio-assistenziale nell'ambito delle attività assistenziali effettuate in forma integrata tra i servizi sanitari

e quelli sociali gestiti dalle Unità sanitarie locali istituite dalla legge n.833/1978. Problema che viene affrontato in due tempi: in prima battuta stabilendo che possono esser messi a carico del fondo sanitario nazionale i soli «oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali» per poi demandare, ad un successivo apposito decreto, il non facile compito di definirle dichiarandone le specifiche caratteristiche.

Interviene in tal senso il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985, “Atto d’indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell’art.5 della legge 23 dicembre 1978, n.833”. Conosciuto come “decreto Craxi”, all’articolo 1 recita: «Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali (...) sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l’attività sanitaria non può svolgersi e produrre effetti». Come stabilito nella legge finanziaria del 1984, queste attività vengono fatte gravare sul fondo sanitario nazionale, mentre viene stabilito che «non rientrano tra attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecanti, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino». Il decreto del 1985 si configura come un atto amministrativo di indirizzo e coordinamento alle Regioni che – dalla seconda metà degli anni Ottanta e per tutti gli anni Novanta – all’individuazione di una competenza professionale socio-assistenziale (o comunque non strettamente medica o infermieristica) nell’esercizio di attività sanitarie (ad esempio le lungo degenze residenziali), fanno conseguire una competenza di spesa a carico dei Comuni titolari delle funzioni sociali per il finanziamento di tutte le attività (cosiddette “alber-

ghiere”) rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti, agli affetti dal morbo di Alzheimer o da demenze, ai pazienti psichiatrici, ai disabili intellettivi: tutti soggetti originariamente a completo carico sanitario.

Si realizza in tal modo – per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali individuate come tali dalle Regioni – una tripartizione della spesa: una quota a carico della sanità; una quota a carico dell’utente e/o

### *Al concetto di sicurezza sociale si è sostituito quello di coesione sociale e all’integrazione sociale - accusata di imporre il modello “dominante” - si preferisce l’inclusione*

una quota a carico dei servizi socio-assistenziali dei Comuni ad integrazione o a totale copertura della spesa per gli indigenti. Il tutto a beneficio dei bilanci sanitari sui quali, precedentemente, gravava la totalità della spesa.

**La legge Turco e la riforma sanitaria ter della Bindi: universalismo selettivo anche in sanità.** A differenza di quanto avvenuto in sanità con la legge n. 833/1978, la tardiva legge quadro n. 328/2000 nulla ha innovato in termini di esigibilità del diritto al mantenimento ed all’assistenza sociale previsto dall’articolo 38 della Costituzione. La dizione diritto soggettivo compare infatti, nella legge quadro, solo con riferimento alle prestazioni economiche già previste da leggi precedenti per invalidità civile, cecità e sordomutismo. Il legame tra livelli essenziali delle prestazioni e risorse disponibili (nel senso che le prestazioni di livello essenziale vengono subordinate alle risorse disponibili) è inoltre riaffermato anche nell’articolo 18, comma 3, lettera a) e n) che disciplina il Piano sociale approvato poco dopo la legge Turco.

Il risultato finale è che in base alla legge n. 328/2000 gli interventi «possono» (non devono) essere forniti potenzialmente a tutta la popolazione italiana, e nel rispetto degli accordi internazionali, anche ai cittadini di Stati appartenenti all’Unione europea ed ai loro familiari, nonché, a certe condizioni, anche agli stranieri. Viene però sancito fin dall’inizio il principio che al ridursi delle risorse finanziarie consegue una riduzione delle possibilità

di accesso al sistema. Condizione alla quale si trovano a dover sottostare anche i soggetti che accedono prioritariamente al sistema dei servizi in quanto, come noto, priorità non significa diritto esigibile e dunque se la priorità non viene riconosciuta concretamente con l'istituzione da parte dell'ente erogatore di servizi in misura adeguata alle reali necessità, il cittadino non ha strumenti giuridici per rivendicare il soddisfacimento delle proprie esigenze anche vitali. La legge 328/2000 non ha pertanto risolto il problema della tutela del diritto all'assistenza sociale che, a tutt'oggi, viene lasciata alla discrezionalità delle Regioni e dei Comuni.

Inoltre se il legislatore avesse veramente inteso tutelare il diritto alla continuità terapeutica senza limiti di durata e senza alcuna distinzione tra malati acuti e cronici assicurato dall'articolo 2 della legge n.833/1978, l'articolo 15 della legge quadro n.328/2000 avrebbe dovuto venir formulato diversamente. Nella versione approvata, al primo comma dell'articolo, si stabilisce infatti quanto segue: «Ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone che ne fanno richiesta». Decisamente più esplicita è la formulazione del successivo comma tre dell'articolo: «Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle per-

sone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata».

L'articolo così formulato non conferma affatto, come potrebbe apparire a prima vista, la totale competenza del Servizio sanitario nazionale per le patologie acute o croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, perché se questi ultimi rientrano tra le persone anziane, si vedono attribuito l'onere economico di contribuire al costo delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali: cosa che, all'epoca dell'approvazione della legge quadro, non valeva per i malati giovani e adulti affetti dalle stesse patologie degli anziani (nel 2017, come vedremo, il legislatore ha pensato bene di estendere l'obbligo di compartecipazione a tutte le persone non autosufficienti a prescindere dall'età anagrafica).

L'artificio utilizzato per sgravare la spesa sanitaria – senza intaccare, almeno formalmente, la gratuità delle prestazioni di carattere sanitario, unitariamente intese, in favore dei cittadini senza alcuna distinzione per quanto attiene ai tempi e alle modalità di cura tra malattie acute e croniche prevista dalla legge n.833/1978 – si sostanzia nell'applicazione del cosiddetto “universalismo selettivo” introdotto nel sistema dei servizi dalla legge n.328/2000. Si proclama infatti che il “sistema integrato di interventi e servizi sociali” ha carattere di universalità ma è previsto che i servizi vengano resi con contribuzione da parte degli assistiti: fatto salvo l'intervento dei Comuni per le persone prive delle risorse necessarie (utilizzando, a tal fine, i finanziamenti destinati al comparto socio-assistenziale).

In buona sostanza la legge quadro si inserisce in modo organico, con piena consapevolezza tecnico giuridica e politica, nel processo di espulsione dalla pienezza della tutela sanitaria e nella collocazione all'interno della cosiddetta area dell'integrazione socio-sanitaria – nella quale non è prevista la piena gratuità degli interventi se non per gli indigenti – dei disabili gravi che necessitano di assistenza continuativa, degli anziani malati cronici non

*Il decreto “Craxi”, le controriforme De Lorenzo, Bindi e Turco hanno introdotto l'universalismo selettivo in sanità*

autosufficienti, dei soggetti dipendenti da alcool e da droga, degli affetti da patologie psichiatriche; degli affetti da H.I.V. Per questi soggetti la sanità assume a proprio carico solo una percentuale variabile di spesa per gli interventi che vengono inoltre effettuati per periodi temporali predefiniti.

Sulla materia oggetto del decreto del 1985 interviene nuovamente il già citato decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229, “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419”. Con la “legge Bindi” viene fornita una ulteriore e più articolata definizione delle 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 delega n.419/1998, il decreto demanda anch’esso 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.

Il nuovo provvedimento amministrativo indirizzato alle Regioni viene emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” firmato, oltre che dal Presidente del Consiglio Giuliano Amato e dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi, anche dal Ministro per la Solidarietà sociale Livia Turco. Con il decreto si procede, senza ripensamento alcuno, nella direzione indicata dal “decreto Craxi”, ridefinendo i confini delle prestazioni socio-sanitarie ed introducendo nuovi criteri di ripartizione della spesa tra Aziende sanitarie e Comuni. Si “transitano” inoltre dal comparto sanitario a quello socio-sanitario (con il conseguente accollo degli oneri di intervento relativi alle attività non ritenute strettamente sanitarie agli utenti o, per loro, ai Comuni) le competenze su alcune tipologie di assistiti risparmiate dal decreto del 1985.

All’utenza a suo tempo individuata dalle Regioni in applicazione del precedente Atto di indirizzo si aggiungono infatti le persone non

autosufficienti con patologie cronico degenerative; i soggetti dipendenti da alcool e da droga; gli affetti da patologie psichiatriche; gli affetti da Hiv. Anche questo secondo Atto di indirizzo chiama in causa la Regione che «nell’ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento», naturalmente senza potersi discostare dalle percentuali di addebito dei costi delle prestazioni dettagliatamente elencati nella tabella allegata al decreto.

### *La legge 328 del 2000 ha sancito la discrezionalità delle prestazioni che «possono» (non devono) essere fornite e sono vincolate alle risorse e non alla domanda*

**La creazione del ghetto socio-sanitario e la mancata tutela del diritto alle cure.** Ma per tagliare in modo strutturale la spesa sanitaria – accollandone almeno una parte ai cittadini ed ai loro Comuni – il legislatore va ben oltre. A seguito della riforma del titolo V° della Costituzione tutta la materia trattata dalla legge 328/2000 viene conferita alle Regioni. Lo Stato mantiene esclusivamente la competenza in ordine alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps). Altra conseguenza della riforma costituzionale è che la ripartizione convenzionale ed in percentuale degli oneri finanziari degli interventi prevista dal decreto del 14 febbraio 2001, approvato dal Governo Amato, viene integralmente ripresa dal decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, approvato dal governo Berlusconi subentrato in quell’anno.

A testimonianza della pressante esigenza di “razionalizzare” il sistema sanitario, con quest’ultimo decreto si procede infatti, con inconsueta tempestività, a dare applicazione all’articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione riformata che, così come riformulato, riserva allo Stato la determinazione *con legge* dei livelli essenziali delle prestazioni – nella fattispecie quelle sanitarie e socio sanitarie – che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. I Lea previsti dal decreto divengono perciò cogenti e quindi esigibili ed

azionabili, solo a seguito dell'approvazione dell'articolo 54 della legge n.289/2002 (legge finanziaria 2003) con il quale si è data forza di legge all'atto del Presidente del Consiglio.

Il nuovo decreto ha sicuramente due pregi rispetto a quello precedente: in primo luogo la encomiabile franchezza con cui, nell'allegato I.C. "Area dell'integrazione socio-sanitaria", si afferma che: «Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da Hiv».

Quanto al secondo pregio del decreto, esso risiede nel fatto che – a fronte della presa d'atto dell'impossibilità di distinguere tra ciò che è assistenza e ciò che è sanità sul piano della pratica operatività e della conseguente adozione, da parte del Governo, della scelta, tutta politica, di non porre gli oneri delle stesse ad intero carico della sanità, ma solamente per una percentuale convenzionalmente determinata – nel provvedimento viene dato atto che le prestazioni socio-sanitarie elencate nell'allegato I.C., in quanto rientranti tra le competenze del Servizio sanitario nazionale, rappresentano un diritto soggettivo esigibile. Titolarità sanitaria degli interventi, dunque, con però una quota degli oneri economici posta a diretto carico del cittadino assistito o del Comune nel quale risiede, se privo dei mezzi

per far fronte alla spesa.

L'obiettivo di ridurre gli oneri a finanziari a carico della sanità, strumentalizzando il concetto dell'integrazione socio-sanitaria ed utilizzando il comparto socio-assistenziale come "cavallo di Troia" per ridimensionare selettivamente il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale, viene in questo modo raggiunto e poi confermato, dopo sedici anni dal primo, dal 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 della spesa (ribadendo esplicitamente come fonte normativa tutt'ora operante il decreto del 14 febbraio 2001) 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 cure continuative.

Al finanziamento di questa "sanità di second'ordine" – caratterizzata, come si è detto, da un "universalismo selettivo" fondato sulla "prova dei mezzi" dell'assistito – concorrono i Comuni chiamati ad integrare le quote di spesa per le prestazioni non già coperte dal sistema sanitario e dagli utenti stessi attingendo al Fondo nazionale per le non autosufficienze di cui ai commi 1264 e 1265 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n.296 che recitano testualmente: «1264. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alla persona non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009»; «1265. Gli atti e provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal

*L'invenzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea): nel 2001 transitano dal sanitario al socio-sanitario le competenze sulla non autosufficienza con oneri a carico degli utenti*

Ministro della Solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281». A testimonianza del mero ruolo di “pagatore” attribuito al settore socio assistenziale ed ai Comuni titolari delle funzioni sociali dai comuni sopracitati (sostanzialmente l'integrazione rette per prestazioni lea semiresidenziali e residenziali), è opportuno rimarcare che il primo provvedimento attuativo di detti commi – il decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2007 – fa esplicito riferimento al decreto legislativo 502/1992 “Riordino delle materie sanitarie, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”. Inoltre il comma 2 dell'articolo 2 dello stesso decreto del 12 ottobre 2007 precisa che «le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi dei quelli sanitari». Anche i successivi decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali per gli anni 2008, 2009 e 2010 contengono l'identica dicitura concernente i vincoli per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze. Risulta pertanto incontrovertibile che i Lea ai quali si fa riferimento al comma 1264, non possono che essere quelli indicati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, aventi valore di legge in base all'articolo 54 della legge n. 289/2002, oggi ridefiniti ed aggiornati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 che, come si è detto, assume in toto il disposto del decreto del 14 febbraio 2001. Di qui l'obbligo, per tutti i decreti di riparto, di rispettare le finalità previste della legge istitutiva del Fondo per quanto attiene ad un utilizzo delle risorse che non vada a sostituire i doverosi impegni finanziari posti a carico del Fondo sani-

tario nazionale.

Accade però che, senza alcuna contestazione da parte dei Comuni, la finalizzazione del Fondo venga radicalmente modificata con il “Piano per la non autosufficienza 2019 – 2021”, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019, e con il relativo decreto di riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art.1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n.296 e successive modificazioni. Si nega in sostanza che i livelli essenziali da finanziare con il Fondo siano quelli stabiliti dalla legge istitutiva, assumendo come nuovo riferimento il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016 che, secondo quanto affermato nel Piano, «può essere considerato il primo documento programmatico nazionale – una sorta di Piano “zero” – che fa propria la dimensione sopravvenuta di strutturalità delle risorse e avvia sperimentalmente un

### *Dal 2007 il Fondo per le non autosufficienze: nato per l'integrazione delle prestazioni aggiuntive a quelle sanitarie, poi diventato contenitore delle scarse risorse per gli esclusi dalla sanità*

percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale». Inoltre, secondo gli estensori del Piano, il Fondo per le non autosufficienze: «(...) trova la sua ragion d'essere nel “fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti” (...) nei limiti delle risorse del FNA».

Affermare che una prestazione di livello essenziale deve essere assicurata nei limiti delle risorse del Fondo equivale però a negare il diritto alla prestazione (che è effettivo solo se le risorse che lo tutelano vengono in ogni caso assicurate) e che di conseguenza, con tale logica, la prestazione viene ricondotta al rango interesse legittimo (vi si accede solamente se e quando vi sono risorse disponibili). Inoltre finalizzando le risorse del Fondo all'esclusivo finanziamento dell'assistenza personale al domicilio, erogata tramite soggetti accreditati o attraverso “assegni di cura” ed operando esclu-

sivamente attraverso il comparto socio-assistenziale, si realizza l'obiettivo di configurare (indebitamente) questi interventi come sostitutivi di quelli sanitari per la lungo assistenza domiciliare.

Nonostante le prese di posizioni delle associazioni d'utenza i Comuni ed i loro Enti gestori hanno ritenuto di prendere pacificamente atto della contingentata dotazione del Fondo – che, con la nuova finalizzazione, non prevedeva più il finanziamento statale dell'integrazione delle rette in strutture semiresidenziali e residenziali – facendo propria la proclamata volontà del livello nazionale di prevedere prestazioni “essenziali” che fossero però compatibili con lo stanziamento disponibile. A tal fine i Comuni hanno perciò condiviso, senza formulare la minima osservazione critica, l'indicazione del Piano ad operare una selezione all'interno della condizione di non autosufficienza al fine di individuare e definire un target “sostenibile” di

### *Il fine del Fondo per le non autosufficienze è stato radicalmente modificato nel 2019 – 2021 con l'esclusione dalla sanità dei malati non autosufficienti*

beneficiari.

Si è così proceduto, a fini selettivi, all'assurda suddivisione dei non autosufficienti in gravi e gravissimi, non dando inoltre applicazione alle norme nazionali Isee (legge 89 già decreto legge 29 marzo 2016, n.42) per la valutazione della “prova dei mezzi” finalizzata a quantificare l'onere economico delle prestazioni da porre a loro carico: cosa che ha permesso a queste istituzioni di continuare, in tutti questi anni, a vessare in modo discrezionale gli assistiti e le loro famiglie, addebitando loro delle spese che non avrebbero dovuto sostenere.

**La legge n.33 del 23 marzo 2023: regime di apartheid sanitario per gli anziani cronici non autosufficienti.** Purtroppo la parabola di privatizzazione e di sottrazione del diritto alle cure ed alla tutela della salute non si arresta ed anzi appare oggi ancor più nitida e nociva con l'approvazione della legge n.33 del 23 marzo 2023, “Delega al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” che si

caratterizza come una controriforma epocale che introduce il “Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)”, al quale si è fatto cenno precedentemente, escludendo di fatto i malati non autosufficienti dall'accesso alle cure di lunga durata fornite dal Servizio sanitario: per ora quelli gli anziani ma con prevedibile estensione a tutte le persone ad essi assimilabili per condizioni di salute. Inoltre prevede la revisione dei criteri di concessione e delle modalità di utilizzo dell'indennità di accompagnamento.

Per comprendere la gravità della situazione è utile esercizio provare a riformulare l'articolo 32 della nostra Costituzione alla luce sia delle due controriforme “ufficiali” (Dlgs. 502/1992 e Dlgs. 229/1999) che del processo di controriforma “strisciante” sin qui descritto. Ne sortirebbe il seguente testo: «La Repubblica tutela la salute attraverso i Lea e garantisce, attraverso degli standard di economicità, a tutti cure minime essenziali e indispensabili. Coloro i cui bisogni di salute vanno oltre le cure minime sono autorizzati ad integrarle e sostituirle con cure private, che per questo saranno incentivate e agevolate dallo Stato a spese dei cittadini. Per i soggetti afferenti all'area socio-sanitaria dei Lea, una quota predefinita degli oneri economici delle cure viene posta a diretto carico del cittadino assistito o del Comune nel quale risiede se privo dei mezzi per far fronte alla spesa».

Dovremmo poi aggiungere che «I servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente sono programmati dallo SNAA sulla base delle indicazioni fornite dal “Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)”, presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali». A ben vedere però, quest'ultima specificazione andrebbe coerentemente espunta dall'articolo 32 e collocata nell'articolo 38 della Costituzione in quanto materia assegnata di fatto, dal legislatore, all'assistenza sociale - latamente e strumentalmente intesa dal Dlgs.112/1998 prima e dalla legge 328/2000 poi - al fine di condizionare l'accesso alle prestazioni e l'erogazione delle

stesse, al reddito dell'anziano malato cronico non autosufficiente da assistere.

Del resto la legge 33/2023 qualche analogia con la 328/2000 ce l'ha: entrambe infatti non istituiscono alcun diritto che non sia già previsto dalla normativa vigente. Inoltre la legge 33/2023 riprende in qualche modo il vecchio obiettivo della legge Turco che all'articolo 24 già prevedeva la delega al governo per il riordino degli assegni e delle indennità, compresa quella di accompagnamento prevista dalla legge 18/1980. Inoltre giova ricordare anche l'articolo 26 della legge per la realizzazione del sistema integrato, intitolato "Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali", che recitava testualmente: «L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili».

Le assicurazioni sanitarie sono ormai di grande attualità e dunque l'articolo 9 del DLgs.502/1992 (prima contro-riforma della legge 833/1978) è probabilmente conosciuto, ma vale la pena ricordare che già in allora venne data la possibilità di istituire fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale finalizzati a potenziare l'erogazione dei trattamenti e delle prestazioni non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ma anche – ed è il caso che qui si è esaminato – per prestazioni sanitarie, comprese nei livelli, per la sola quota posta a carico dell'assistito e per prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per le quote a carico dell'assistito.

Successivamente l'articolo 9 è stato integrato prevedendo inoltre, tra le altre, le prestazioni di long term care (LTC) che non siano a carico del SSN e le prestazioni sociali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico che non siano a carico del SSN. Quanto

alle fonti istitutive dei fondi, vengono indicati i contratti e accordi collettivi, anche aziendali; gli accordi tra sindacati o associazioni dei lavoratori autonomi o di liberi professionisti; le deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o sanitaria e da società di mutuo soccorso ed infine i regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali.

Si è detto che l'essenza dello Stato sociale delineato dalla nostra Costituzione – che ha al centro, come fonte di "benessere" il lavoro e

### *La legge n. 33 sulla non autosufficienza aveva l'obiettivo di emarginare gli anziani cronici non autosufficienti, escludendoli dalle cure di lunga durata fornite dal Servizio sanitario pubblico*

non l'assistenza sociale – è il prodotto del conflitto sociale che ha accompagnato, quasi senza soluzione di continuità, lo sviluppo del nostro Paese nell'ambito del mondo occidentale moderno. Soprattutto negli anni Sessanta e Settanta si impose una interpretazione dello Stato in economia che faceva capo non soltanto alla necessità di correggere il mercato per sostenere determinati gruppi sociali altrimenti ingiustamente penalizzati (gli operai ed i lavoratori in generale) ma anche per ridurre le disuguaglianze con il fine di promuovere un benessere generalizzato.

Con la riforma del titolo V° della Costituzione si è però costituzionalizzato il principio di sussidiarietà nel quale il ruolo giocato dallo Stato e dalle pubbliche istituzioni repubblicane in generale nella promozione della sicurezza sociale non è più quello dei "gloriosi tenti" del primo dopoguerra del secolo scorso. Al principio di sussidiarietà può oggi essere data attuazione in modi diversi, più o meno aderenti al modello di Stato sociale originariamente delineato dalla nostra Carta costituzionale.

La tendenza in atto – espressione di una sostanziale sintonia di intenti tra tutte le forze politiche, accomunate dall'ideologia neoliberale, rappresentate in Parlamento – è a far sì che lo Stato assuma un ruolo assiologicamente neutro e si ritiri da tutti i settori in cui il privato può fare da sé (e per sé): dunque tutto quanto afferisce alla fattiva tutela dei diritti sociali fondamentali – primo fra tutti il diritto

alla salute – può essere socializzato (per dirla con il linguaggio felpato dell'area progressista) e dunque oggettivamente privatizzato (come più schiettamente sostengono gli esponenti dell'area conservatrice).

**Riflessioni conclusive e prospettive di riforma.** Sin dagli anni Settanta gli Amministratori locali e gli operatori sanitari e sociali territoriali hanno dovuto confrontarsi con tre ordini di problemi tra loro 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 inter-

*Per una piena applicazione dell'universalismo sanitario della legge 833, vanno rilanciate le Unioni dei Comuni riconsegnando loro le funzioni amministrative in materia sanitaria*

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

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» ("Unità locale e servizi onnicomprensivi", Prospettive assistenziali, n. 20, ottobre-dicembre 1972).– venne accantonata dalla politica per dar luogo alla costituzione di Unità locali settoriali (sulla base dei già citati articoli n.10 della legge n.833/1978 e n.25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616/1977).

In ogni caso è opportuno venga riconosciuto come fatto importante e significativo che, ove le Regioni hanno legiferato in tal senso, le Unità sanitarie locali sono diventate Unità socio sanitarie locali, consentendo di realizzare l'integrazione istituzionale (i Comuni associati nell'Unità locale), quella organizzativa (tra i servizi sociali e sanitari unificati) e quella professionale (tra le figure professionali collocate nei servizi a prescindere dal comparto di provenienza). Si tratta di esperienze positive che segnalano come sul tema dell'integrazione tra sociale e sanitario, il passato ha ancora molto da insegnare. Così come vi è 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 deve essere sempre ed indissolubilmente declinata nei tre canonici livelli: istituzionale, organizzativa e professionale – è conseguente al ben più grave tradimento della Riforma sanitaria del 1978 e, prima ancora, è frutto della mancata "rifondazione" dei Comuni. «Affermare» – come si 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 interventi ma di unifi-

carli 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» («Regioni, Comuni, Province: partecipazione e servizi socio-assistenziali e sanitari», Prospettive assistenziali, n. 11-12, luglio-dicembre 1970).

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 all'inizio degli anni Novanta abbiamo anche affossato le Unità socio sanitarie locali (settoriali) a seguito dell'approvazione del decreto legislativo n. 502/1992 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 amministrative. 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 molte Regioni, in più di dieci anni.

L'integrazione – quella efficacemente realizzata nella prima fase di attuazione della legge n. 833/1978 – è stata uccisa dalla aziendalizzazio-

ne 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 e poi “costituzionalizzata” con la riforma del titolo V della Carta. 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 necessarie 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 semiresidenziali e residenziali dell'area socio sanitaria. Ma ormai si è andati oltre ed in alcune realtà regionali le Aziende sanitarie locali sono state ribattezzate Agenzie: a significare che ad esse non viene più richiesto di produrre i servizi ma semplicemente di esercitare la funzione di governance su un sistema sanitario subsidiariamente affidato al privato profit e non profit e, naturalmente, a remunerare le prestazioni rese dai soggetti accreditati all'esercizio delle attività sanitarie.

Per far sì che la tutela della salute torni ad essere una funzione pubblica esercitata in modo democratico e cioè assicurando la partecipazione della cittadinanza, occorre pertanto invertire la rotta e ridare centralità ai Comuni che la rappresentano attraverso i Consiglieri ed i Sindaci democraticamente eletti. 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 assicurare efficacemente l'esercizio della funzione di tutela della salute dei cittadini amministrati, e ciò comporta che si intervenga sul piano legislativo a livello nazionale per riformare radicalmente in senso democratico l'attuale assetto del sistema sanitario. In sintesi si devono riconsegnare ai Comuni – già titolari delle funzioni relative all'assistenza sociale – le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria.