

## Il “socio sanitario”: una scommessa incompiuta?\*

Emanuele Rossi\*\*

**SOMMARIO:** 1. Il “socio sanitario”: significato dell’espressione e sua rilevanza costituzionale. – 2. L’emergere dell’esigenza dell’integrazione socio sanitaria nella normativa nazionale. – 3. “Dove” integrare? L’integrazione socio sanitaria nei vecchi e nuovi Lea. – 4. L’ampliamento delle aree di integrazione nei Lea del 2017. – 5. “Come” integrare? I diversi piani della necessaria integrazione: a) l’integrazione istituzionale. – 6. Segue: b) l’integrazione gestionale e c) professionale. – 7. Segue: d) l’integrazione “comunitaria”. La riforma del terzo settore. – 8. L’integrazione “integrata”, ovvero delle risorse economiche necessarie per un’adeguata integrazione socio sanitaria. – 9. Conclusione. La necessità di una definizione dei Liveas per un’effettiva integrazione socio sanitaria.

### 1. Il “socio sanitario”: significato dell’espressione e sua rilevanza costituzionale

Per valutare se il socio sanitario abbia costituito una scommessa compiuta o incompiuta, occorre preliminarmente concordare sul significato da attribuire all’espressione in questione<sup>1</sup>: un’espressione tanto frequentemente utilizzata (ed anzi sempre di più, come si dirà), quanto indefinita in termini generali, almeno a livello normativo.

---

\* Relazione generale al XV Convegno nazionale di diritto sanitario “Il socio sanitario: una scommessa incompiuta?”, organizzato ad Alessandria, il 16-17 novembre 2017, dal Centro d’eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell’Università del Piemonte Orientale. Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Professore ordinario di Diritto costituzionale nella Scuola superiore Sant’Anna di Pisa, emanuele.rossi@santannapisa.it. L’Autore ringrazia Paolo Addis, Maria Bezze, Luca Gori, Elena Innocenti ed Elena Vivaldi per i preziosi suggerimenti ricevuti.

<sup>1</sup> È nota la diatriba relativa alla corretta redazione dell’espressione, vale a dire se le due parti della stessa debbano essere scritte separate senza trattino di congiunzione (“socio sanitario”), se invece con trattino di congiunzione (“socio sanitario”), se infine unite (“socio sanitario”). Al riguardo, l’Accademia della Crusca (<http://www.accademiadellacrusca.it/it/lingua-italiana/consulenza-linguistica/domande-risposte/trattino-usarlo>) indica che nell’ambito delle “formazioni di aggettivo+aggettivo con riduzione del primo elemento” (come nel caso che ci interessa) è di norma richiesto il trattino in quanto esso segnala l’accorciamento del primo elemento: e tuttavia “spesso anche questi composti subiscono, grazie

L'espressione, che per la grammatica italiana è una parola composta, indica l'unione tra "sociale" e "sanitario": il primo termine è evidentemente riferito all'"assistenza sociale", il secondo all'"assistenza sanitaria". Queste due forme di assistenza sono finalizzate, entrambe, alla garanzia di diritti fondamentali: mentre tuttavia per la seconda l'equazione è abbastanza semplice e condivisa (assistenza sanitaria = tutela della salute<sup>2</sup>), per la prima non risulta così evidente ed immediato quale sia il diritto che detta assistenza tende a garantire<sup>3</sup>, essendo i relativi confini concettuali "sfuggenti proprio per la forte connessione e sovrapposizione che le prestazioni assistenziali hanno con altre attività volte a rimuovere o a prevenire bisogni della persona"<sup>4</sup>. Per tentarne una ricostruzione, si è fatto riferimento al sistema normativo formatosi subito dopo l'unificazione nazionale in tema di beneficenza, con riguardo specifico a quella che fu definita «beneficenza legale» (ovvero «carità legale»), finalizzata a sostenere alcuni soggetti in grave stato di bisogno sanitario od economico, e da affiancare alla «beneficenza istituzionale», di competenza delle Istituzioni pubbliche di beneficenza sorte sulla base di iniziativa privata<sup>5</sup>.

---

all'ampia diffusione, la fusione dei due elementi e sono registrati nei vocabolari in forma unita *come ormai avviene per (...) sociosanitario (...)*" (corsivo aggiunto). Pertanto, nel corso del presente lavoro, utilizzerò l'espressione in forma unita, come anche sembra suggerire l'Accademia della Crusca.

<sup>2</sup> Quando si afferma "semplice" nel testo, si intende riferirsi all'inequivocità della relazione indicata, mentre, come noto, risulta tutt'altro che semplice la definizione concettuale dell'espressione "diritto alla salute" (su cui, fra i molti, cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, p. 21 ss.; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (cur.), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, Giuffrè, 2006, p. 5394 ss.; A. SIMONCINI - E. LONGO, *Commento all'art. 32 Cost.*, in R. BIFULCO - A. CELOTTO - M. OLIVETTI (cur.), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, 2006, p. 655 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2009; A. DI CARLO - E. ROSSI, *Cosa intendiamo per "salute"? La prospettiva del costituzionalista*, in E. STRADELLA (cur.), *Diritto alla salute e alla "vita buona" nel confine tra il vivere e il morire. Riflessioni interdisciplinari*, Pisa, Plus, 2011, p. 9 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, Editoriale scientifica, 2012; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015; C. CASONATO, *La salute e i suoi confini*, in G. CERRINA FERONI - M. LIVI BACCI - A. PETRETTO (cur.), *Pubblico e privato nel sistema di Welfare*, Firenze, Fondazione CESIFIN Alberto Predieri, 2017, p. 55 ss. Con riguardo alle ricadute sul concetto di salute derivanti dalla entrata in vigore della recente legge n. 24/2017 v. E. CATELANI - P. MILAZZO, *La tutela della salute nella nuova legge sulla responsabilità medica. Profili di diritto costituzionale e pubblico*, in *Istituzioni del federalismo*, 2017, fasc. 2, p. 305 ss.

<sup>3</sup> Sulla nozione e sui confini della materia "assistenza sociale" basti qui richiamare: U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Dig. disc. pubbl.*, vol. I, Torino, 1987, p. 445 ss.; F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, Giuffrè, 2002; E. FERIOLI, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Torino, Giappichelli, 2003; L. VIOLINI, *Commento all'art. 38*, in R. BIFULCO - A. CELOTTO - M. OLIVETTI (cur.), *Commentario alla Costituzione*, cit., p. 789; A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, Giuffrè, 2007; E. VIVALDI, *I servizi sociali e le regioni*, Torino, Giappichelli, 2008; A. MARZANATI, *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano: l'assistenza sociale*, in E. BALBONI (cur.), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, vol. I, Napoli, Jovene, 2008, p. 277 ss.; N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 1/2016, p. 307 ss.

<sup>4</sup> A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali*, cit., p. 5.

<sup>5</sup> U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, cit. Rileva B. BARONI, *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in E. BALBONI - B. BARONI - A. MATTIONI - G. PASTORI (cur.), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 48, che l'originaria unitarietà tra assistenza sociale e sanitaria fu spezzata, storicamente, con l'avvento del sistema mutualistico, che introdusse l'assicurazione obbligatoria contro le malattie ad enti di carattere nazionale, mentre i servizi socio-assistenziali continuarono ad essere affidati ai Comuni a titolo di beneficenza pubblica.

L'art. 38 Cost., come noto, fa riferimento all'assistenza sociale come a quel tipo di interventi rivolti agli “inabili al lavoro e a quanti sono sprovvisti dei mezzi necessari per vivere”: da qui una lettura, che possiamo ritenere consolidata, che riferisce detta assistenza alla garanzia di alcuni dei diritti sociali da riconoscere alle persone che vivono situazioni di difficoltà – minorati e inabili al lavoro (come da previsione costituzionale), persone con disabilità, minori, poveri, persone non-autosufficienti, soggetti dipendenti da sostanze o da altri fattori, disoccupati, malati terminali, altri. Cercando di individuare il tratto comune di questo tipo di interventi, si è ritenuto rinvenibile in quella che è stata definita la “libertà dal bisogno”, pur scontando tale espressione evidenti carenze sul piano della precisione definitiva come anche una ineliminabile sovrabbondanza di significato (è infatti evidente che non tutti i “bisogni” della persona potranno essere oggetto di diritti, né tantomeno di prestazioni erogabili dal sistema integrato). Ed al “bisogno” fa riferimento la legge (8 novembre 2000 n. 328) che può essere considerata come diretta attuazione dell'art. 38 Cost.<sup>6</sup>, la quale ha ricompreso nell'ambito degli “interventi e servizi sociali” tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale, a sua volta, ha stabilito che per “servizi sociali” devono intendersi “tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”. Confrontando i due ambiti semantici e concettuali indicati (assistenza sanitaria e assistenza sociale) deve notarsi, in prima battuta, una differenza di prospettiva: se infatti con la prima si ha riguardo al *diritto che deve essere garantito* (con i noti problemi relativi alla formulazione “diritto alla salute”, secondo quanto accennato), nella seconda il riferimento è – almeno in linea tendenziale – a *categorie di soggetti meritevoli di interventi* (ed ai quali devono essere garantiti diritti di varia natura, da quelli sanitari a quelli psicologici, di sostegno economico, ecc.).

In tale contesto definitorio, l'espressione “socio-sanitario” indica, come detto, l'unione (o, meglio, la *combinazione*) tra le “due assistenze”, e perciò la prospettiva di una cura della persona che combini competenze ed interventi di tipo sanitario con competenze ed interventi di tipo sociale: nella consapevolezza dell'insufficienza di una sola delle due ad offrire una risposta adeguata a tutelare i diritti della persona in relazione a bisogni specifici<sup>7</sup>. In sostanza, si ritiene che sia necessario (o comunque opportuno) un intervento *socio-sanitario* quando la sola assistenza sanitaria o quella sociale potrebbero risultare parziali e forse anche inutili, ed al contempo allorché l'integrazione tra le due permetta di

<sup>6</sup> Cfr. P. CARROZZA - E. ROSSI (ed.), *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione* (a cura di E. FERIOLI), Torino, Giappichelli, 2004.

<sup>7</sup> In tema G. BISSOLO - L. FAZZI (cur.), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci, 2007; B. BARONI, *Linee evolutive*, cit., p. 47 ss.

raggiungere degli obiettivi efficaci di cura. In tal senso, l'integrazione sociosanitaria può essere letta sia nella prospettiva di un migliore e più adeguato livello di cura, che anche in quella di un uso maggiormente efficace delle risorse (concetto espresso con il termine "appropriatezza" con riferimento all'uso delle risorse economiche<sup>8</sup>). Nella prima prospettiva, che ovviamente deve essere ritenuta prevalente nell'ottica della primazia della tutela dei diritti sociali rispetto all'utilizzo delle risorse (economiche e professionali) necessarie<sup>9</sup>, possiamo ritenere dunque che l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria sia costituito dal prendersi cura della persona nelle sue diverse situazioni (ovvero cause) di debolezza, ed offrire opportunità che consentano di trovare soluzione ai suoi diversi stati di bisogno (la "libertà dal bisogno", appunto)<sup>10</sup>.

## 2. L'emergere dell'esigenza dell'integrazione sociosanitaria nella normativa nazionale

Il tema – e la necessità – dell'integrazione sociosanitaria sono stati affermati sul piano istituzionale a livello nazionale dapprima con il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 – 2000<sup>11</sup>, il quale si proponeva di "percorrere la strada dell'integrazione sociosanitaria" in forza della considerazione che "la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie"<sup>12</sup>; e successivamente, a livello normativo, con la legge 30 novembre 1998 n. 419, la quale, all'art. 2, comma 1, lett. n), delegava il Governo a prevedere, nei decreti legislativi attuativi, "tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali", nonché a stabilire principi e criteri per l'adozione di un atto di

<sup>8</sup> M. CAMPAGNA - A. CANDIDO, *Le residenze sanitarie assistenziali: natura e finanziamento di un modello di integrazione socio-sanitaria*, in *Sanità pubb. e priv.*, n. 6/2006, p. 16 ss.

<sup>9</sup> In termini espliciti, da ultimo, Corte cost. n. 275 del 2016, in cui si legge che "è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione". Su tale profilo v. da ultimo, ed anche per riferimenti alla giurisprudenza costituzionale più recente, G. GRASSO, *Equilibrio di bilancio e godimento dei diritti sociali nella più recente giurisprudenza costituzionale (gli anni 2015-2017)*, in L. DORATO - G. GRASSO (cur.), *I diritti sociali e del lavoro nella lunga crisi economica*, Napoli, 2017, p. 109 ss.

<sup>10</sup> Sembra ritenere l'integrazione sociosanitaria un'esigenza di rilievo costituzionale, connessa al contenuto "composito" dei diritti che si intendono soddisfare e perciò della complessità della persona, N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, cit., p. 326.

<sup>11</sup> Ricorda A. CANDIDO, *Tutela della salute, assistenza sociale e integrazione socio-sanitaria: nozioni essenziali*, in M. GIONCADA - F. TREBESCHI - P. A. MIRRI - A. CANDIDO, *Isee e prestazioni sociali e socio-sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2015, p. 31, che a partire dagli anni '70 furono istituiti i primi consorzi socio-sanitari di zona cui fu affidato il tema dell'integrazione.

<sup>12</sup> Sottolinea l'importanza del Piano in questione per l'emersione del tema dell'integrazione F. SCARLATTI, *L'integrazione sociosanitaria: la tutela del diritto alla salute e al ben-essere tra riforma costituzionale ed esigenze di governance locale*, in E. ROSSI (cur.), *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, Padova, 2004, p. 228 ss., cui si rinvia anche per un'analisi del testo.

indirizzo e coordinamento per assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria.

Il relativo decreto legislativo di attuazione (19 giugno 1999 n. 229, contenente la riforma-*ter* della Sanità o “riforma Bindi”), definì le prestazioni rientranti in tale ambito «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione», e distinguendo tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite) e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute). Come può notarsi, tale definizione riguarda *le prestazioni socio-sanitarie* e non l’integrazione in sé considerata<sup>13</sup>, quasi ad indicare la difficoltà di una definizione concettuale dell’espressione.

Coerentemente con tale obiettivo, lo stesso decreto legislativo propose anche una soluzione di tipo organizzativo nuova («nuova» con riguardo alla normativa di fonte statale, mentre sperimentazioni erano già state avviate in ambito amministrativo ed anche nella legislazione regionale), individuando nel *distretto* la sede in cui assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendo organicamente tali attività nel Programma delle attività territoriali con cui determinare “le risorse per l’integrazione socio-sanitaria”<sup>14</sup>. Infine, veniva attribuito alle regioni il compito di definire le modalità dell’integrazione dell’attività assistenziale delle aziende sanitarie nella programmazione regionale, individuando le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell’ambito territoriale di riferimento.

Quasi in contemporanea con la riforma Bindi, la richiamata legge sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328 del 2000) indicava, sul versante “sociale”, la medesima necessità di integrazione, stabilendo che la programmazione degli interventi e dei servizi sociali debba realizzarsi (art. 3) in “coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari” (oltre che con quelli dell’istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro), ed affidando alle regioni (art. 8) la disciplina dell’integrazione degli interventi sociali, con particolare riferimento all’attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria. Anche l’art. 22 indica l’esigenza che il sistema integrato di interventi e servizi sociali sia realizzato in modo da “ottimizzare

<sup>13</sup> Come sottolinea A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2017, p. 87.

<sup>14</sup> Rileva che quelle in questione siano soltanto “disposizioni orientative”, anziché “una strutturazione puntuale dei raccordi istituzionali in materia socio-sanitaria”, F. SCARLATTI, *L’integrazione socio-sanitaria*, cit., p. 227.

l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte”.

Se dunque sul piano della previsione astratta il sociosanitario costituisce una forma di intersezione tra le due “assistenze” indicate, nondimeno nella realtà sembra doversi osservare una tendenza a ricondurre le prestazioni e gli interventi relativi a tale ambito nel contesto complessivo della tutela della salute (e quindi della sfera organizzativa “sanitaria”), sul presupposto – evidentemente – della pervasività del concetto di “salute” e della ricomprensione in esso di tutto ciò che ha a che fare con il “benessere” della persona: processo definito con il termine di “sanitarizzazione” e al quale ha indubbiamente contribuito la stessa giurisprudenza costituzionale, come in altre occasioni si è cercato di sottolineare<sup>15</sup>. L'art. 3 *septies* del d. leg. 30 dicembre 1992 n. 502, come modificato dall'art. 3 del decreto legislativo n. 229/1999 sopra indicato, aveva anche definito il riparto tra Comuni e Asl degli oneri relativi (in conseguenza della connessa attribuzione di responsabilità nell'organizzazione dei relativi servizi), attribuendo a carico delle aziende sanitarie le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (da ricomprendere nei livelli essenziali di assistenza *sanitaria*); alla competenza dei comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e demandando alle regioni la determinazione, sulla base dei criteri definiti mediante un apposito atto di indirizzo e coordinamento, del finanziamento delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza. Peraltro stabilendo che tali ultime prestazioni sono “di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali”.

L'Atto di indirizzo e coordinamento previsto dal decreto legislativo, emanato con D.P.C.M. 14 febbraio 2001, ha confermato la tripartizione delle prestazioni *integrate* già prevista dal decreto legislativo indicato, distinguendo tra *a*) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (di competenza delle Asl e a carico delle stesse); *b*) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; *c*) prestazioni ad elevata integrazione sanitaria (anch'esse erogate dalle Asl e a carico del servizio sanitario nazionale), specificando che per queste ultime vengono in considerazione esigenze di particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, come nel caso di anziani, disabili, malati psichiatrici e tossicodipendenti<sup>16</sup>. Lo stesso Atto di indirizzo ha altresì precisato che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza

<sup>15</sup> E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due “materie” difficilmente separabili*, in E. CATELANI - R. TARCHI (CUR.), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Napoli, Editoriale scientifica, 2015, p. 189 ss. Il riferimento alla giurisprudenza costituzionale riguarda, in particolare, le sentenze n. 209 e 299 del 2010.

<sup>16</sup> Occorre ricordare che sia il D.P.C.M. in questione che quello per la definizione dei Lea sono atti amministrativi riferiti a disposizioni legislative riguardanti la materia *sanitaria*, e che pertanto l'esigenza primaria che essi tendono a soddisfare è la definizione dei presupposti, dei limiti e dei contenuti dell'intervento del Servizio sanitario nazionale: così B. BARONI, *Linee evolutive dell'integrazione*, cit., p. 65.

dei comuni, ma esse “sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi”<sup>17</sup>.

Oltre all’aspetto delle competenze istituzionali e dei relativi oneri economici, l’Atto di indirizzo ha dettato disposizioni sia in ordine alla programmazione degli interventi socio-sanitari complessivamente intesi (stabilendo che essa debba ispirarsi a principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale) che anche in relazione all’organizzazione delle prestazioni e dei servizi: a tale ultimo riguardo l’art. 4, comma 3, ha precisato che “Per favorire l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l’erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti”.

Il punto critico di tale articolazione è legato alla ripartizione della spesa, soprattutto con riguardo alle *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* per le quali, come detto, i costi devono essere ripartiti tra amministrazione regionale (cui compete la quota sanitaria)<sup>18</sup>, Comuni e/o assistiti (ai quali spetta la quota sociale, diversamente ripartita in relazione alla situazione reddituale e patrimoniale di questi ultimi<sup>19</sup>). Tale aspetto ha provocato una consistente conflittualità in sede giurisdizionale<sup>20</sup>, ove si è formato un indirizzo che tende a considerare prevalente la rilevanza sanitaria ogni qual volta insieme a prestazioni socio-assistenziali siano erogate anche prestazioni sanitarie: e tale tendenza è stata ritenuta dalla Corte di cassazione espressione del “diritto vivente”<sup>21</sup>. Più di recente, la stessa Suprema Corte ha ritenuto che ove le attività socio-assistenziali siano dirette in via prevalente alla tutela della salute del cittadino, esse devono essere poste a totale carico del Servizio sa-

<sup>17</sup> Tale previsione è stata poi confermata, in termini generali, anche successivamente: cfr. B. VIMERCATI, *La compartecipazione dell’utente alla spesa socio-sanitaria: una ricostruzione alla luce del nuovo d.p.c.m. n. 159 del 2013*, in *Regioni*, n. 5-6/2014, p. 1111 ss.

<sup>18</sup> Questo aspetto si collega strettamente con quello, di cui subito si dirà, dei livelli essenziali, la cui la determinazione è di competenza del legislatore statale, ma che devono essere finanziati dalle amministrazioni regionali: motivo per cui, come recentemente affermato dalla Corte costituzionale (sentenza n. 169 del 2017) “la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione”, la quale presuppone “un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell’intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale. Ciò al fine di garantire l’effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie”.

<sup>19</sup> Ripartizione confermata anche da Cons. Stato, sez. V, 23 febbraio 2015, n. 886, richiamata da A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma*, cit. e da M. GIONCADA - F. TREBESCHI - P. A. MIRRI - A. CANDIDO, *Isee e prestazioni sociali e socio-sanitarie. Compartecipazione, riparto degli oneri, contenzioso*, Rimini, Maggioli, 2015, p. 34.

<sup>20</sup> Per una panoramica della giurisprudenza cfr. C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, fasc. 4, p. 3371 ss.

<sup>21</sup> Cass., sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558.

nitario nazionale<sup>22</sup>; ed analogamente si orienta la giurisprudenza di merito<sup>23</sup>. Anche nella giurisprudenza amministrativa si è recentemente ritenuto che la previsione dei Lea dell'area dell'integrazione sociosanitaria coincide con il godimento del nucleo irriducibile della tutela della salute<sup>24</sup>.

Merita considerare, con riguardo a tale indirizzo giurisprudenziale da ritenere consolidato – seppur riferito a dimensioni di “mera” ripartizione della spesa –, che esso conferma la tendenza sopra indicata, e cioè che sebbene sul piano della tutela costituzionale non emergano elementi in grado di differenziare i diritti garantiti dai due tipi di assistenza (sanitaria e sociale), tuttavia se si analizza la legislazione attuativa delle disposizioni costituzionali, come anche la prassi amministrativa e la giurisprudenza, si ricava la consapevolezza che il diritto alla salute sia da ritenere (o, meglio sia ritenuto) “più fondamentale” del diritto all'assistenza, in una concezione di «benessere» dell'individuo che supera le tradizionali ripartizioni di cui le enunciazioni dei diritti (anche costituzionali) sono espressione<sup>25</sup>.

### 3. “Dove” integrare? L'integrazione sociosanitaria nei vecchi e nuovi Lea

Definiti i confini complessivi della “materia” assistenza sociosanitaria, è necessario a questo punto volgere lo sguardo sugli ambiti nei quali essa si deve esplicare. Un utile “campo di osservazione” può essere individuato nei “livelli essenziali delle prestazioni”, perché è indubbio che in essi debbano essere ravvisati gli ambiti principali nei quali integrare le prestazioni sociali e quelle sanitarie. Tuttavia, come ben noto, al momento possiamo analizzare soltanto i livelli essenziali sanitari<sup>26</sup>, perché quelli sociali (che sarebbero oltremodo

<sup>22</sup> Cass., sez. lav., 9 novembre 2016, n. 22776. Precedenti giurisprudenziali di tale indirizzo possono rinvenirsi nelle sentenze Cass. 20 novembre 1996, n. 10150, in [http://www.edscuola.it/archivio/norme/varie/sencas\\_1015096.htm](http://www.edscuola.it/archivio/norme/varie/sencas_1015096.htm); e Cass. 25 agosto 1998, n. 8436.

<sup>23</sup> In tal senso, e per ulteriori puntuali riferimenti giurisprudenziali, v. A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma*, cit., p. 92 ss.

<sup>24</sup> TAR Piemonte, sez. II, 29 gennaio 2015, n. 157.

<sup>25</sup> E. ROSSI, *Sanità e assistenza sociale*, cit., p. 189 ss. Va ricordato, peraltro, che le sezioni unite della Cassazione (sentenza n. 1003/1993) avevano osservato che “mentre le prestazioni sanitarie sono garantite – a mezzo del Servizio sanitario nazionale – come vero e proprio diritto soggettivo, le attività socio-assistenziali sono rimesse all'organizzazione ed alla discrezionalità delle Regioni e degli Enti locali”: affermazione che riprendeva la tesi sostenuta, con riferimento all'art. 38 Cost., da V. CRISAFULLI, *Costituzione e protezione sociale*, in Id., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, 1952, p. 115 ss., per il quale la disposizione costituzionale, per come formulata, non attribuiva un diritto soggettivo ma si doveva intendere come finalizzata a porre un obiettivo al legislatore ordinario.

<sup>26</sup> Su cui v. R. BALDUZZI (CUIF.), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004; C. TUBERTINI, *Pubblica Amministrazione e livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, Bologna University Press, 2008.

utili nella prospettiva che stiamo valorizzando<sup>27</sup>) non sono mai stati adottati (sebbene qualche traccia di essi possa ricavarsi dalla legge quadro del 2000<sup>28</sup> e malgrado gli apprezzabili tentativi della Corte costituzionale di ascrivere specifici interventi statali all’ambito dei livelli essenziali di assistenza<sup>29</sup>). La stessa Corte ne ha sollecitato peraltro l’adozione anche recentemente (sentenza n. 65 del 2016), sottolineandone la necessità per la programmazione delle spese da parte delle regioni: a detta della Corte, infatti, essi offrirebbero alle Regioni “un significativo criterio di orientamento nell’individuazione degli obiettivi e degli ambiti di riduzione delle risorse impiegate, segnando il limite al di sotto del quale la spesa – sempreché resa efficiente – non sarebbe ulteriormente comprimibile”<sup>30</sup>.

Gli unici Lea che possiamo dunque considerare sono dunque quelli *sanitari*, definiti per la prima volta con D.P.C.M. 29 novembre 2001 e recentemente ri-disciplinati mediante il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che individuano le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, o gratuitamente oppure attraverso una quota di partecipazione alla spesa<sup>31</sup>.

Entrambi questi atti si muovono su una linea definitoria diversa rispetto a quella adottata dalle disposizioni legislative sopra richiamate: se infatti queste ultime avevano definito le tipologie di prestazioni in relazione alla diversa intensità che in esse viene ad assumere la componente sanitaria rispetto a quella sociale (o viceversa), la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, operata in primo luogo con il D.P.C.M. del 2001, viene realizzata mediante il riferimento a tipologie di soggetti (ovvero a condizioni di bisogno) cui tali prestazioni devono essere assicurate.

All’interno di tale logica complessiva, già il D.P.C.M. del 2001 ribadiva la necessità dell’integrazione socio-sanitaria, specificando che – con riguardo ad essa – “la precisazione delle linee prestazionali, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dovrà tener conto dei diversi livelli di dipendenza o non autosufficienza”, e che “questa specifica area erogativa merita una trattazione specifica (...) per il rilievo che assume, all’interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell’individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell’of-

<sup>27</sup> Opportunamente rileva M. G. LA FALCE, *L’attività di affiancamento delle regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, in E. BALBONI (cur.), *La tutela multilivello*, cit., p. 663, che i Liveas e i Lea devono avere “un trattamento e una disciplina coerente simmetrica ed equilibrata, frutto di una strategia di integrazione, che eviti uno squilibrio nei confronti della parte sociale, in quanto il sistema integrato è frutto di servizi e prestazioni economiche che si integrano in percorsi attivi che ottimizzano le risorse e impediscono sovrapposizioni”.

<sup>28</sup> In tal senso, ad esempio, G. MELONI, *I livelli essenziali nel settore dell’assistenza*, in G. BERTI - G. DE MARTIN (cur.), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Milano, Giuffrè, 2003, p. 271 ss. (per il quale la legge del 2000 definisce detti livelli essenziali mediante l’individuazione di meri ambiti di intervento che dovranno essere riempiti di contenuti specifici mediante una combinazione di diversi atti rimessi alla competenza di Stato, regioni ed enti locali); F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in E. BALBONI (cur.), *La tutela multilivello*, cit., p. 337.

<sup>29</sup> Come ad es. nel caso della c.d. *social card* di cui alla sentenza Corte cost. n. 10 del 2010.

<sup>30</sup> Anche la sentenza n. 169 del 2017 sottolinea l’“attesa di una piena definizione dei fabbisogni LEA”.

<sup>31</sup> Per una prima analisi dei LEA del 2017 v. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi*, 2017.

ferta di servizio” (Allegato 3, lettera *d*)), rinviando nello specifico al D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 sulle prestazioni sociosanitarie, sopra richiamato.

Pochi anni dopo l’approvazione dei Lea sanitari è emersa nel dibattito pubblico l’esigenza di una loro revisione<sup>32</sup>: il Patto della salute 2014 – 2016 ne prevedeva l’aggiornamento entro il 31 dicembre 2014 (art. 1, comma 3); tale previsione è stata “ratificata”, insieme alla restante parte del Patto, dalla legge n. 190/2014 (la legge di stabilità 2015). La successiva legge di stabilità (quella per il 2016: legge n. 208/2015) ha previsto un incremento di spesa per la revisione dei Lea ed ha definito le possibili procedure di revisione. I lavori di revisione sono iniziati nei primi mesi del 2014 e si sono conclusi con l’emanazione del richiamato D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che ha definitivamente superato (con l’abrogazione espressa) il precedente atto del 2001. Il nuovo decreto, come è stato rilevato, non costituisce un mero aggiornamento del testo del 2001, bensì “una riscrittura totale, secondo una nuova concezione di assistenza sanitaria”<sup>33</sup>: affermazione che forse appare eccessiva, perlomeno sul versante delle prestazioni sociosanitarie, ma che nondimeno esprime il senso della profonda revisione cui sono stati sottoposti i Lea del 2001.

In ogni caso, merita analizzare quali differenze emergano tra i due testi, con specifica attenzione agli ambiti di intervento di interesse del presente intervento, ovvero all’ambito delle prestazioni sociosanitarie.

In realtà la comparazione tra i due testi non è agevole, in quanto essi risultano costruiti con modalità redazionali differenti, ed anche i termini utilizzati non risultano omogenei. Così, il D.P.C.M. del 2001 (come risultante dal testo pubblicato nella *Gazzetta ufficiale*, serie generale, n. 33, del 8 febbraio 2002) distingueva i seguenti macro-livelli di assistenza: “Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare”, “Assistenza territoriale semi-residenziale”, “Assistenza territoriale residenziale” (oltre all’“Assistenza penitenziaria”). Al contrario, l’atto del 2017 distingue le prestazioni sociosanitarie rientranti nei Lea tra quelle *a*) “domiciliari” da quelle *b*) “territoriali”, *c*) “semiresidenziali” e *d*) “residenziali”.

Come può notarsi, nell’atto del 2017 non compare più il riferimento all’assistenza *ambulatoriale*, che forse deve ritenersi ricompresa tra le prestazioni *territoriali*: in ogni caso ciò evidenzia come il raffronto non sia agevole ed immediato. L’aspetto tuttavia che a noi maggiormente interessa esaminare riguarda quali prestazioni “nuove” vengano ricomprese nei nuovi Lea, e quali invece scompaiano rispetto all’atto del 2001. Anche questo esame non è agevole; e tuttavia proviamo ad operare un raffronto, avvertendo preliminarmente di possibili errori o incomprensioni.

<sup>32</sup> G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, n. 3/2017, p. 518, ricorda come per un periodo di tempo i governi in carica hanno “sospeso ogni attività di coordinamento da parte del Ministero della Salute in un’ottica di esasperata esaltazione del federalismo fiscale”, e che l’atto del 2017 riprende in gran parte il lavoro compiuto con il “DPCM Prodi” del 2008 (peraltro mai adottato).

<sup>33</sup> M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, n. 2/2017, p. 7.

## 4. L’ampliamento delle aree di integrazione nei Lea del 2017

In primo luogo occorre rilevare i cambiamenti relativi agli aspetti generali della integrazione socio sanitaria. I Lea del 2017 prevedono che “il SSN garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale” (art. 21, comma 2). Il riferimento alla valutazione *multidimensionale* dei bisogni sostituisce la previsione, contenuta nel D.P.C.M. del 2001, alla valutazione *multidisciplinare*: per valutazione multidimensionale deve intendersi quella finalizzata ad accertare “la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, include quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente”. Il mutamento terminologico si dovrebbe spiegare (ed apprezzare) in relazione al passaggio dal riferimento alle competenze professionali necessarie per compiere una valutazione integrata al riferimento, invece, alle dimensioni personali che devono essere considerate ed indagate: se così è, la differente formulazione esprime un significativo passo in avanti, perché incentra l’obiettivo dell’intervento sulla persona da assistere più che su coloro ai quali è attribuita la responsabilità dell’assistenza.

Sulla base della valutazione indicata, deve essere predisposto il Progetto di assistenza individuale (PAI), nel quale definire i bisogni terapeutico – riabilitativi e assistenziali della persona: esso “è redatto dall’unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell’offerta assistenziale sanitaria, socio sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia”. Anche in relazione a tale previsione deve essere sottolineata la conferma dello strumento e al contempo la sua ridefinizione: il D.P.C.M. del febbraio 2001 (quello relativo all’integrazione socio sanitaria) faceva infatti riferimento alla “definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato”, ed il mutamento di denominazione (da “*piano di lavoro*” a “*progetto di assistenza*”) rivela, analogamente a quanto detto sulla valutazione, l’evidente volontà di rovesciare la prospettiva, ovvero di privilegiare la finalità dello strumento (un “*progetto di assistenza*”) rispetto alla predisposizione delle professionalità e degli interventi da realizzare (il “*piano di lavoro*”).

Per quanto riguarda le prestazioni che richiedono “l’erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all’area sanitaria e all’area dei servizi sociali”, esse sono definite – come nel 2001 – in relazione a categorie di soggetti destinatari: può essere utile, al riguardo, un confronto tra le categorie previste nei Lea del 2007 rispetto a quanto previsto in quelli del 2001, anche al fine di individuare le aree nelle quali l’integrazione socio sanitaria viene ritenuta necessaria.

In primo luogo, il testo del 2001 faceva riferimento all’“attività sanitaria e socio sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l’interruzione della gravidanza”: attività che viene confermata nel 2017 (art. 24), ma sensibilmente ampliata e specificata non tanto nella dimensione soggettiva (rimangono gli stessi destinatari) quanto invece in quella oggettiva (ad esempio compare

la “prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili”, nonché la “consulenza, il supporto psicologico e l’assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita” ed anche la “prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale”; nonché anche, per i minori, la “consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche”, ovvero, più in generale, il “supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio”). Tutte queste prestazioni erano “ambulatoriali e domiciliari” nel 2001 e sono diventate “distrettuali, domiciliari, territoriali ad accesso diretto” nel 2017.

Un secondo gruppo di destinatari era individuato, nel 2001, con riferimento “alle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie”; nel 2017 lo stesso gruppo viene ridefinito con riguardo “alle persone con disturbi mentali”, cui devono essere garantite prestazioni sia negli ambiti “distrettuali, domiciliari, territoriali” (art. 26) che attraverso strutture residenziali e semi-residenziali (art. 33).

Per quanto riguarda i disabili, i Lea del 2001 garantivano l’“attività sanitaria e socio-sanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali”, da erogarsi a livello domiciliare e ambulatoriale; mentre i Lea 2017 distinguono due tipi di prestazioni riguardanti tali soggetti: i “trattamenti riabilitativi mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” da riconoscere alle “persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali” nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale; mentre “alle persone con disabilità complesse” deve essere assicurato, nell’ambito dell’assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, “lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata”, che include prestazioni anche a livello domiciliare.

Da sottolineare è poi l’evoluzione delle prestazioni riguardanti i “tossicodipendenti e/o le famiglie”, così definiti dal D.P.C.M. del 2001, riguardanti sia l’ambito di intervento domiciliare che quello semi-residenziale e residenziale (ma le prestazioni per le famiglie erano limitate all’ambito domiciliare); nel 2017 si fa invece riferimento “alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d’azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze” cui devono essere garantite sia prestazioni distrettuali, domiciliari e territoriali (art. 28) come anche interventi nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale (art. 35). Significativo è l’ampliamento della nozione di dipendenza, non più (soltanto) riferita all’uso di sostanze ma estesa anche al gioco d’azzardo: ciò è conseguente a quanto previsto nell’art. 5, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012 n. 189, che imponeva l’aggiornamento dei “livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall’Organizzazione mondiale della sanità”. Detta estensione dei LEA è rilevante anche in relazione al tipo di intervento: a differenza della dipendenza da sostanze, infatti, quella da gioco

d'azzardo richiede certamente un intervento maggiormente spostato sul versante sociale rispetto a quello sanitario. Deve inoltre rilevarsi l'evoluzione della previsione generale: scompare il riferimento a “tossicodipendenti”, che nel D.P.C.M. del 2001 erano specificati quali “persone dipendenti da alcool e da droga”; nel 2017, come detto, vi è un riferimento generico a “sostanze”.

In entrambi i testi compaiono inoltre prestazioni riguardanti quelli che possiamo definire i “malati terminali”, sebbene con alcuni distinguo che forse è necessario operare. Il D.P.C.M. del 2001 prevedeva l'obbligo di “attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di malati terminali”, sia in ambito domiciliare e ambulatoriale che attraverso strutture residenziali. Il D.P.C.M. del 2017, invece, prevede interventi di tipo residenziale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, “alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta” (art. 31): credo di poter dire che si tratti della stessa tipologia di pazienti, con una formulazione meno cruda (perlomeno nella forma) utilizzata dall'atto del 2017. Ciò che cambia è invece il tipo di prestazione: perché il D.P.C.M. del 2017 stabilisce, come detto, che questi siano interventi (soltanto) di tipo residenziale, mentre quello del 2001 li garantiva anche a livello domiciliare e ambulatoriale. Però non è così sicuro che questa differenza sia reale, perché l'art. 23 del D.P.C.M. del 2017 prevede il diritto a “cure domiciliari palliative (...) a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita”. Si tratta degli stessi soggetti destinatari della previsione di cui all'art. 31 oppure le cure domiciliari devono essere garantite a soggetti afflitti da malattie quali la SLA, per le quali non esistono terapie efficaci ma nondimeno non sono destinate, almeno nell'immediato, ad un esito infausto? Ed invece l'art. 31 si riferisce ai malati terminali di cui al D.P.C.M. del 2001? Se fosse vera questa seconda linea interpretativa, ciò significherebbe che a differenza di quanto avveniva con l'atto del 2001 a tali soggetti non sono più assicurate cure domiciliari ma soltanto residenziali.

Il D.P.C.M. del 2001 prevedeva poi l'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone affette da AIDS, da assicurare sia a livello domiciliare che ambulatoriale, sia con servizi residenziali come anche con servizi semi-residenziali; nel 2017 si conferma quanto peraltro già previsto dalla legge 5 giugno 1990 n. 135, garantendo “alle persone con infezione da HIV/AIDS le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali previste dalla medesima legge e dal Progetto obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000”.

Fin qui le categorie di soggetti sulle quali è possibile operare una qualche comparazione; altre categorie sono invece più difficilmente rintracciabili o nell'atto del 2001 o in quello del 2017, ad indicare una più marcata evoluzione della disciplina.

Così nel 2001 era garantita tra i livelli essenziali l'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani (genericamente indicati: peraltro il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, richiamato dal testo in esame, era riferito a “soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi a ciclo diurno, compresi interventi e servizi di sollievo”), mentre nel testo del 2017 questa attività non sembra più prevista come livello

essenziale. E tuttavia lo stesso decreto prevede, all'art. 22, percorsi assistenziali a domicilio a favore delle "persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse", in cui non possono certamente essere ricompresi tutti gli anziani, ma (soltanto) quelli tra essi che versano in condizioni di non-autosufficienza (oltre a coloro che versano in analoghe condizioni, pur non essendo anziani). Al contempo, si deve registrare la previsione nuova riferita alle persone non-autosufficienti, non contenuta nel testo del 2001 (se non con riguardo ai disabili e, come detto, indirettamente agli anziani), come quella riguardante le persone in condizioni di fragilità: definizione certo non precisa, e che lascia ampi margini di discrezionalità in sede applicativa. Va rilevato in generale, con riferimento alla previsione attualmente vigente, che tali persone non sono destinatarie di prestazioni in quanto tali, ma soltanto in presenza di, o subito dopo, uno stato patologico. A quest'ultima condizione è anche soggetta la garanzia assicurata dall'art. 30, comma 1, lett. a), relativamente a servizi residenziali e semi-residenziali finalizzati a erogare "trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria", mentre la tutela di cui alla lettera successiva è riferita a persone non-autosufficienti in generale, e perciò indipendentemente da stati patologici ("trattamenti di lungosostegno, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti"). Possiamo dunque ritenere che il D.P.C.M. del 2017 prenda in considerazione una categoria di soggetti (i non auto-sufficienti) che nel 2001 non erano stati direttamente previsti.

Un'altra estensione della garanzia dei livelli essenziali può essere riscontrata a vantaggio di coloro che l'art. 25 definisce "minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo", cui devono essere assicurate tutele nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto. Anche tale categoria non risulta considerata nei livelli del 2001.

Si può dunque ritenere, conclusivamente a questa parte, che con i LEA del 2017 siano state ampliate le categorie di soggetti destinatari di prestazioni sociosanitarie da ricomprendersi tra i livelli essenziali, sia con riferimento a nuove forme di dipendenza (quella da gioco d'azzardo) che con riguardo a fattispecie non considerate nei precedenti livelli del 2001 (in particolare, le persone non auto-sufficienti e i minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo).

Tutte le categorie sin qui elencate sono destinatarie di interventi sanitari e sociali: in molte disposizioni del D.P.C.M. si precisa infatti che le cure (sanitarie) "sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale", ovvero "in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione"; mentre in altre il tipo di assistenza viene definito, in generale, come "assistenza sociosanitaria".

Non si intendono certo enfatizzare le previsioni contenute nel decreto in questione, ben sapendo come si tratti di "formulazioni linguistiche" che non soltanto garantiscono ben poco (specie con riguardo alle prestazioni sociali e sociosanitarie) di per sé, ma che in taluni specifici casi sono espresse con formulazioni tali da impedire una definizione puntua-

le, come anche ha di recente rilevato il Consiglio di Stato<sup>34</sup>, così lasciando ampio margine alla discrezionalità della Regione e limitando il margine di intervento del giudice<sup>35</sup>.

Al contempo, vanno rilevati anche i limiti dell'intervento del 2017 *in subiecta materia*: in particolare, si deve osservare che esso non tiene in adeguata considerazione, con riguardo alle risorse economiche, l'incremento del bisogno di servizi socio-sanitari da parte della popolazione anziana, non essendo previste risorse aggiuntive per il Capo IV (assistenza socio-sanitaria tramite servizi): anche il riparto degli oneri tra sanità e sociale è rimasto sostanzialmente inalterato, con le prevedibili conseguenze cui sopra si è fatto cenno.

## 5. “Come” integrare? I diversi piani della necessaria integrazione: a) l'integrazione istituzionale

Come da tempo si è rilevato, e come anche gli atti di pianificazione nazionale hanno previsto, l'integrazione socio-sanitaria presuppone una coordinazione di interventi su diversi piani, i principali dei quali possono essere sintetizzati utilizzando le definizioni proposte dal Piano sanitario 1998 – 2000<sup>36</sup>.

Vi è, in primo luogo, il piano dell'*integrazione istituzionale*, che richiede la “collaborazione fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute”<sup>37</sup>. Tale collaborazione può realizzarsi attraverso gli strumenti giuridici ordinari (convenzioni, accordi di programma) e riguarda, come si è detto, le realtà istituzionali che sono chiamate a integrare le loro responsabilità (e quindi le loro competenze) al fine di ottenere migliori risultati in termini di salute dei cittadini.

Ad un secondo livello si colloca l'*integrazione gestionale*, che riguarda ed interessa il piano della struttura operativa: essa si realizza pertanto in senso generale nell'ambito del distretto, e più specificamente nei singoli servizi, “individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni”.

<sup>34</sup> Cons. Stato, sez. III, 6 febbraio 2015, n. 604.

<sup>35</sup> Ritiene che uno dei problemi nella formulazione dei Lea sia la necessità di “attenuare i margini di discrezionalità amministrativa e di scelta ‘opportunistica’ delle prestazioni da erogare” anche C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. CERRINA FERONI - M. LIVI BACCI - A. PETRETTO (CUR.), *Pubblico e privato nel sistema di Welfare*, cit., p. 96.

<sup>36</sup> Occorre segnalare che vi è un (almeno) doppio livello di integrazione: quello relativo agli interventi di uno specifico livello (professionale, gestionale, ecc.) e quello inerente l'integrazione “tra livelli” (vale a dire l'integrazione tra la dimensione gestionale e quella professionale, tra quella istituzionale e quella organizzativa, ecc.). Come sottolinea infatti P. FRAU, *L'integrazione socio-sanitaria*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), “non bastano la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, più punti di vista, più strategie, più idee, ma è essenziale che la sommatoria di questi diversi elementi ed entità sia accompagnata da una loro integrazione nell'azione per accogliere ed offrire soluzioni capaci di accompagnare e supportare la crescita di salute e benessere delle persone”.

<sup>37</sup> Piano sanitario nazionale 1998-2000.

Vi è infine il piano dell'*integrazione professionale*, che richiede una forte e stretta collaborazione tra le professionalità coinvolte: collaborazione che può risultare facilitata, come ancora evidenziato dal Piano nazionale, dalla costituzione di unità valutative integrate, dalla gestione unitaria della documentazione, dalla valutazione dell'impatto economico delle decisioni, dalla definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, dalla continuità terapeutica tra ospedale e distretto, dalla collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, dalla predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, nonché dall'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Se questo è dunque il quadro dell'integrazione sociosanitaria (successivamente si svilupperà anche il tema dell'integrazione c.d. *comunitaria*), quale è il bilancio complessivo che può trarsi dall'evoluzione dei servizi nel nostro Paese?

Partendo dall'ambito dell'*integrazione istituzionale*, possiamo segnalare alcuni tentativi che sono stati attivati, in ambito regionale, per realizzare una più efficace integrazione. Tra questi, certamente il più avanzato è l'ordinamento della Toscana, che fin dai primi anni del duemila avviò un percorso di sperimentazione mediante la realizzazione della "Società della salute": un modello, indicato per la prima volta nel Piano sanitario regionale 2002-2004 e oggetto di sperimentazione secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005-2007, che si configurava (e si configura) come un consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende sanitarie locali e i Comuni. Tale soluzione rispondeva all'esigenza di individuare un nuovo soggetto organizzativo a livello territoriale cui affidare la tutela della salute intesa in senso ampio, valorizzando in particolare l'apporto delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione. Per realizzare tale obiettivo, al Comune sono state attribuite funzioni di programmazione e di controllo, ma anche di compartecipazione al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute, allo scopo di meglio realizzare un adeguato livello di integrazione sia tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, come anche tra questi ambiti e le altre politiche di competenza dell'ente locale, in funzione del miglioramento della salute complessivamente intesa e del benessere sociale della popolazione. La sperimentazione di tale modello organizzativo, avviata mediante adesione volontaria, ha visto il costituirsi di diciotto Società della salute nelle varie zone della Toscana, le quali hanno riguardato territori abitati da oltre il 60% della popolazione complessiva. Dopo tale periodo fu condotta un'attività di verifica dei risultati, che indusse il legislatore regionale, considerata positivamente la fase della sperimentazione, ad avviare una fase a regime, attraverso l'introduzione, operata con legge 10 novembre 2008 n. 60, di un apposito Capo (III bis) nella legge regionale n. 40/2005. Anche a seguito di alcuni rilievi formulati dalla Corte costituzionale in relazione al modello consortile (in particolare, sentenze n. 326 del 2010 e n. 236 del 2013), con due successive leggi regionali (n. 44 e n. 45 del 2014), è stata prevista la possibilità di scegliere, da parte degli enti interessati, tra il proseguimento del modello "Società della Salute" e la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda Usl di riferimento. Attualmente risultano attive, nel territorio regionale, 21 Società della Salute e 13 Zone distretto "senza" SdS.

Si tratta dunque di un modello che è nato con grandi speranze ed attese, ma che alla prova dei fatti non ha risposto pienamente ad esse, tanto è vero che la legislazione più recente lo ha previsto, come indicato, alla stregua di una possibilità tra più alternative.

Altre regioni hanno percorso strade diverse, complessivamente lontane dall’esperienza toscana.

Da segnalare la legge di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale approvata dal Consiglio regionale delle Marche nel 2003 (L.R. n. 13 del 2003), che nel riordinare il sistema sanitario ha valorizzato le prospettive dell’integrazione socio sanitaria prevedendo la figura del Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio sanitaria, equiparato al Direttore Amministrativo e al

Direttore Sanitario nel supporto al Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) (art. 4). Peraltro, la stessa legge distingue, nell’ambito delle strutture organizzative della Giunta regionale, il servizio sanità dal servizio politiche sociali, ripartendo le competenze relative.

La Regione Piemonte si è limitata invece ad istituire, pur in vista del medesimo obiettivo di realizzare una più intensa integrazione sul piano dell’integrazione istituzionale, una Cabina di regia socio-sanitaria tra due direzioni regionali (la Direzione Sanità e la Direzione Coesione sociale), con lo scopo di realizzare successivamente un confronto tra tale Cabina di regia con gli enti gestori e le Asl. Tale iniziativa è stata adottata come prima risposta a livello operativo all’esigenza espressa nel Patto per il sociale del 2015 di affrontare le criticità della presa in carico delle situazioni di non autosufficienza cronica, sempre più onerose per il bilancio regionale.

In altre esperienze – come ad esempio nella regione Lombardia – si è realizzato un modello che ha posto al centro l’ambito sanitario, con conseguente attrazione della gestione dei servizi sociali nell’ambito di quella delle prestazioni sanitarie<sup>38</sup>.

La strada più comunemente seguita ha riguardato l’ambito della programmazione integrata: sono molte le regioni che hanno disciplinato la predisposizione di piani integrati socio sanitari variamente definiti<sup>39</sup>.

È difficile stabilire chi detenga il “record” di precedenza cronologica in tale ambito, ma credo che esso possa spettare alla Regione Veneto, la quale già con la legge regionale 14

<sup>38</sup> E. VIVALDI, *Assistenza sociale*, in A. MORELLI - L. TRUCCO (CUR.), *Diritti e autonomie territoriali*, Torino, Giappichelli, 2014, p. 281; F. BIONDI DAL MONTE - V. CASAMASSIMA, *Le regioni e i servizi sociali a tredici anni dalla riforma del Titolo V*, in *Regioni*, 2014, n. 5/6, p. 1092.

<sup>39</sup> In ambito sociale, il metodo della programmazione “degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere” è stato previsto dall’art. 3 della legge n. 328 del 2000, che ha disciplinato tre livelli di programmazione: quello statale, quello regionale e quello di zona. Sul metodo della programmazione in ambito sociale, e sulle procedure necessarie a renderlo efficace, v. E. INNOCENTI, *La programmazione sociale per un nuovo modello di governance dei servizi alla persona*, in E. ROSSI (CUR.), *Diritti di cittadinanza*, cit., p. 249 ss.

settembre 1994 n. 56 stabilì all'art. 6 che “La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale”.

Successivamente altre regioni hanno percorso la medesima strada.

Così in Emilia – Romagna da più di un decennio viene adottato un Piano integrato sociale e sanitario; come si legge nel Piano recentemente adottato e relativo al triennio 2017 – 2019 (D.C.R. n. 120 del 12 luglio 2017), la scelta è stata “di non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali”, in quanto sarebbe “quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato gli sforzi e gli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini”.

Analogamente, la programmazione integrata è stata prevista dalla Regione Lombardia con la legge n. 33/2009: tale Regione ha recentemente approvato, con delibera di giunta del 28 dicembre 2017, i nuovi indirizzi per la programmazione sociale a livello locale; mentre la Regione Liguria ha adottato un piano integrato fin dal 2009, e nel dicembre del 2017 ha approvato il suo ultimo Piano in ordine di tempo.

Recentemente anche la Regione Sicilia ha adottato un “Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie”: il Piano, approvato con decreto del 31 luglio 2017, è stato indicato da uno degli assessori regionali competenti come “una svolta culturale”, mentre l'altro assessore ha promesso che con tale Piano “non avremo più un'assistenza frammentaria e disorganizzata, ma finalmente saremo guidati da una visione integrata tra sanità e sociale”.

La programmazione *integrata* a livello regionale richiede poi anche un'analogha integrazione a livello di programmazione locale: così, tra le altre, la regione Sardegna, con la legge regionale n. 23/2005, ha previsto la redazione di piani locali unitari dei servizi alla persona (PLUS), mediante i quali i Comuni e l'ATS provvedono alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e all'attuazione locale dei livelli essenziali sociali e sociosanitari.

Il 2017 si è rivelato un anno particolarmente intenso in termini di adozione di piani integrati regionali: oltre a quelli dell'Emilia – Romagna, della Lombardia, della Liguria e della Sicilia già segnalati, possiamo ricordare anche la delibera 26 aprile 2017 n. 214 della Regione Lazio, con cui si è approvata la proposta di piano sociale regionale, successivamente alla riforma della legge regionale sul sistema integrato dei servizi e interventi sociali; nonché la delibera della Giunta regionale toscana con cui si è adottata l'informativa preliminare al consiglio regionale per il nuovo piano sanitario e sociale integrato (dgr 65 del 27 dicembre 2017).

In definitiva, su questo punto, possiamo dire che se da un lato sul versante della programmazione integrata è da registrare un significativo consolidamento di tale esperienza, fino a far ritenere ormai abbastanza diffuso il metodo della programmazione integrata

socio sanitaria a livello regionale ed anche locale, sul versante della organizzazione più generalmente intesa non si registrano innovazioni rilevanti.

## 6. Segue: b) l'integrazione gestionale e c) professionale

Sul piano della *integrazione gestionale*, che – lo si ricorda – riguarda il governo del funzionamento dei servizi e la gestione integrata delle risorse, l'elemento forse più significativo da registrare riguarda l'affermarsi della prassi di progetti personalizzati, che costituisce una sorta di premessa logica ed operativa per interventi integrati. Oltre al riferimento ad essi già nel decreto contenente i nuovi Lea, e di cui si è detto, va richiamata al riguardo la legge n. 208/2015 (legge di stabilità per il 2016) che, nell'ambito della disciplina relativa al Sostegno per l'inclusione attiva (SIA), ha istituito il «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale», funzionale all'attuazione di un successivo Piano nazionale: in essa era previsto, come canale di accesso, la valutazione multidimensionale del richiedente (e del suo nucleo familiare), funzionale all'elaborazione di un progetto personalizzato. Il d.lgs. n. 147/2017 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà) ha poi richiesto la necessaria adesione del beneficiario, assoggettato alla prova dei mezzi, a «un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa finalizzato all'affrancamento dalla condizione di povertà» (art. 1, comma 2, lettera a)), stabilendo altresì (art. 1, comma 2, lettera f), che i progetti personalizzati dovranno essere predisposti da una *équipe* multidisciplinare, costituita dagli ambiti territoriali di cui all'art. 8, comma 3, della legge n. 328/2000, in collaborazione con le amministrazioni competenti per i servizi per l'impiego, formativi, sociali e sanitari. Detti progetti personalizzati devono essere elaborati sulla base di «una valutazione multidimensionale del bisogno; una piena partecipazione dei beneficiari alla predisposizione dei progetti medesimi; un'attenta definizione degli obiettivi e un monitoraggio degli esiti, valutati periodicamente tramite strumenti di misurazione dell'impatto sociale». In merito a tali previsioni, e ad altre analoghe precedenti, è condivisibile l'opinione di chi ritiene che per produrre i risultati prefigurati e auspicabili sarebbe necessario il consolidamento, in modi molto più avanzati di quelli sinora realizzati, di forme di gestione associata dei servizi sociali e di correlata valorizzazione del contributo e delle competenze di una pluralità di professioni sociali<sup>40</sup>.

Tutto ciò dovrebbe essere sviluppato ed istituzionalizzato mediante una metodologia di lavoro per progetti, “con unità multiprofessionali chiamate a gestire unitariamente la valutazione del bisogno e la gestione dei processi di servizio”, anche attraverso sistemi informativi integrati<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> E. INNOCENTI - E. VIVALDI, “Non posso aiutarti senza di te”: quali prospettive?, in E. INNOCENTI - E. ROSSI - E. VIVALDI (cur.), “Non posso aiutarti senza di te”, Livorno, Media Print, 2016, pp. 87-88.

<sup>41</sup> D. CASTAGNO - T. VECCHIATO, *Sistemi integrati*, in AA., *Il futuro nelle nostre mani*, Bologna, il Mulino 2016, p. 150.

Tali esigenze si incontrano con quelle necessarie a garantire anche il “terzo livello” dell’integrazione, vale a dire quella *di tipo professionale*, che presuppone non soltanto una forte sinergia tra competenze tecniche e professionali, ma richiede altresì una condivisione di responsabilità. Al fine di perseguire tale obiettivo, sono stati individuati in dottrina alcuni strumenti operativi, tra i quali appositi protocolli regolatori delle azioni da compiere e delle mansioni professionali dei diversi operatori; l’individuazione di un *case manager* come riferimento interno ed esterno; una valutazione congiunta degli esiti o *outcome*<sup>42</sup>.

Sebbene dunque siano da registrare significativi passi in avanti in detto ambito, va tuttavia rilevato come esso costituisca a tutt’oggi uno dei punti più delicati e forse anche più limitanti dell’effettivo perseguimento di un’integrazione sociosanitaria. L’attuale assetto delle competenze professionali, infatti, collegato ai percorsi formativi delle specifiche figure professionali (a partire dall’ambito universitario), inducono all’esigenza di forti livelli di specializzazione, sia all’interno dell’area medica che, ancora di più, nella relazione tra personale medico e operatori dell’assistenza sociale: con il risultato di un difficile “dialogo” tra i diversi professionisti impegnati sul versante dell’assistenza, per lo più rimesso alla buona volontà dei singoli ed alle loro capacità personali. È difficile immaginare, sul punto, un cambiamento di rotta, almeno nell’immediato temporale: e tuttavia se non si comincia a ragionare sulla formazione “sociosanitaria” sia del personale medico che di quello “sociale” ogni tentativo di integrazione professionale appare difficilmente destinato al successo, con il “sociale” che rischia di rimanere, nella realtà delle cose, “figlio di un dio minore”.

## 7. Segue: d) l’integrazione “comunitaria”. La riforma del terzo settore

Sin qui, dunque, i piani di integrazione che possiamo ritenere acquisiti e consolidati, perlomeno a livello di cultura istituzionale. Più rilevante, e in certo modo innovativa, è quella che è stata definita l’integrazione “comunitaria”<sup>43</sup>, che si realizza mediante l’integrazione delle diverse risorse – pubbliche e private – operanti sul territorio, e che sono in grado di garantire risposte più adeguate ai diversi bisogni, in termini di prestazioni più flessibili e adattabili alle esigenze di vita delle persone. Che quello dell’assistenza sociale, e conseguentemente dell’assistenza sociosanitaria, costituisca un ambito privilegiato di questi tipo di integrazione è noto da tempo, se è vero che è stata proprio la considerazione dell’assistenza sociale che ha portato alla scrittura dell’art. 118, comma 4, della Costituzione<sup>44</sup>. E

<sup>42</sup> A. BANCHERO, *Modelli di integrazione sociosanitaria*, in <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/conferenza-nazionale-cure-primarie/banchero>

<sup>43</sup> D. CASTAGNO - T. VECCHIATO, *Sistemi integrati*, cit., pp. 150-151.

<sup>44</sup> COSÌ G. U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubblico*, 2002, p. 40 ss.; P. DURET, *Sussidiarietà e autoamministrazione dei privati*, Padova, Cedam, 2004, p. 68.

pertanto deve essere considerata con particolare attenzione la recente riforma del terzo settore, avviata con l’approvazione della legge n. 106/2016 ed attuata con l’emanazione di due decreti legislativi, il primo contenente la nuova disciplina dell’impresa sociale (d. leg. n. 112/2017) ed il secondo contenente il Codice del terzo settore (d. leg. n. 117/2017): una riforma che può ritenersi come la prima organica attuazione dell’art. 118, comma 4, Cost.<sup>45</sup>. L’insieme della normativa posta in essere costituisce certamente un momento di svolta per la regolazione giuridica del Terzo settore in Italia: per la prima volta abbiamo infatti, raccolta in un Codice unitario, una disciplina generale e organica di questo ambito, ed insieme una definizione normativa di come gli enti del terzo settore debbano essere considerati distintamente rispetto all’universo degli enti non profit<sup>46</sup>.

Secondo l’art. 4 del d. leg. n. 117/2017, infatti, sono enti del terzo settore quei soggetti che svolgono “una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi”. L’espressione, frutto evidente di sovrapposizioni e mediazioni, ha nello svolgimento di “attività di interesse generale” l’elemento qualificante: in altri termini, si è terzo settore se si svolgono attività che contribuiscono al “bene collettivo” (o “bene comune” che dir si voglia), mentre se ne dovrebbe essere esclusi se le attività svolte perseguono un interesse “privato” o forse anche un interesse “collettivo”, comunque ritenuto “di parte”. Il riferimento alle “attività di interesse generale”, con riguardo a ciò che contraddistingue “cosa fa” (o “cosa deve fare”) il terzo settore, è al contempo nuovo e vecchio: è *nuovo* perché in termini espliciti non si ritrova in nessuna delle leggi “storiche” comunemente ricomprese nell’ambito concettuale del terzo settore; è *vecchio* perché nelle stesse leggi si ritrovano espressioni diverse ma (forse) assimilabili ad esso. In particolare, la legge sulle cooperative sociali (art. 1 legge n. 381/1991) – quella forse più vicina alla definizione attuale – indica le attività svolte da tali enti come quelle finalizzate a “perseguire l’interesse generale della comunità alla promozione umana e all’integrazione sociale dei cittadini”; la legge quadro sul volontariato (legge n. 266/1991, art. 2) fa invece riferimento a “finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo Stato” e dagli altri enti pubblici; il decreto legislativo sulle Onlus (n. 460/1997, art. 10) non specifica, in termini generali, il tipo di attività che tali enti possono svolgere, limitandosi invece ad un elenco di ambiti in cui dette attività devono realizzarsi; tuttavia, nella qualifica stessa di Onlus è contenuto il riferimento all’“utilità sociale”. Espressione, quest’ultima, ripresa anche nella legge sulle associazioni di promozione sociale (legge n. 383/2000): queste ultime sono infatti quelle che svolgono – appunto – “attività di utilità sociale”. Anche il decreto legislativo n. 155/2006,

<sup>45</sup> Per una prima analisi del processo riformatorio sul terzo settore v. L. GORI - E. ROSSI, *La legge delega n. 106 del 2016 di riforma del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2016; S. BENVENUTI, *Finalmente una disciplina organica del Terzo settore: dalla legge delega n. 106 del 2016 ai decreti legislativi di attuazione*, in *id.*, n. 3/2017; L. GORI, *Il sistema delle fonti nel diritto del terzo settore*, in *id.*, n. 1/2018.

<sup>46</sup> In tema v., da ultimo, P.L. CONSORTI, *La nuova definizione giuridica di Terzo settore*, in *Non Profit*, 3/2017, p. 29 ss.

disciplinante l'impresa sociale, individua quella svolta da tale ente come "attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale".

Già limitatamente a questo aspetto, dunque, possiamo dire che un'integrazione "comunitaria" è necessaria, essendo sia gli enti pubblici che questi soggetti privati finalizzati al perseguimento di attività di interesse generale (in attuazione, peraltro, di quanto previsto dall'art. 118, ultimo comma, Cost.). In più, la stretta rilevanza ai fini dell'oggetto del presente intervento è testimoniata dall'elenco di attività di interesse generale che il Codice contiene (art. 5), ed in cui è prevista (art. 5, comma 1, lett. c)), l'area delle "prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni": prestazioni che sono distinte da quelle che riguardano l'ambito degli "interventi e servizi sociali" (lett. a)) e da quelle connesse ad "interventi e prestazioni sanitarie" (lett. b)). Identica previsione è riportata anche nel decreto legislativo riferito alla disciplina dell'impresa sociale (art. 2 del d. leg. n. 112/2017). Si tratta di previsioni non nuove: già la legge sulle cooperative sociali aveva previsto come ambito di intervento delle cooperative di tipo A la "gestione di servizi socio-sanitari ed educativi"; ed anche il decreto legislativo sulle Onlus (d. leg. n. 460/1997) all'art. 10 aveva individuato nell'"assistenza sociale e sociosanitaria" l'ambito di attività di tali organismi, sebbene in relazione a quest'ultima previsione soltanto l'assistenza sanitaria consentisse ad essi di qualificarsi Onlus anche a prescindere che la destinazione delle attività fosse a vantaggio di soggetti svantaggiati (mentre, per converso, un ente che svolgesse attività di tipo sociosanitario poteva definirsi Onlus soltanto nel caso in cui l'attività fosse rivolta a tale categorie di persone).

Sebbene dunque non costituisca una novità assoluta, è tuttavia da sottolineare l'ampliamento di prospettiva che il Codice tende a realizzare: le prestazioni sociosanitarie e, quindi, l'area dell'integrazione sociosanitaria, sono considerate "attività di interesse generale", e possono essere svolte da tutti gli enti del terzo settore.

Oltre all'aspetto definitorio, di sicura rilevanza sono le previsioni del Codice che si riferiscono all'attività di co-programmazione e di co-progettazione degli interventi e dei servizi nell'ambito delle attività di cui all'art. 5 (art. 55), in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale<sup>47</sup>.

La novella legislativa, che era stata sul punto in certo senso anticipata da un articolato documento dell'Autorità Nazionale Anticorruzione<sup>48</sup>, stabilisce che le amministrazioni pub-

<sup>47</sup> In argomento v., da ultimo, V. TONDI DELLA MURA, *Della sussidiarietà orizzontale (occasionalmente) ritrovata: dalle linee guida dell'ANAC al Codice del Terzo settore*, in *Rivista AIC*, n. 1/2018; nonché A. ALBANESE, *I rapporti fra soggetti non profit e pubbliche amministrazioni nel d.d.l. delega di riforma del Terzo settore: la difficile attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Non profit paper*, n. 3/2014, p. 153 ss.; E. FREDIANI, *I rapporti con la Pubblica Amministrazione alla luce dell'art. 55 del codice del Terzo Settore*, in *Non profit paper*, n. 3/2017, p. 157 ss.

<sup>48</sup> Autorità Nazionale Anticorruzione, Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016, *Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali*, reperibile sul sito dell'Anac.

bliche, “nell’esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all’art. 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento”. Al riguardo, deve positivamente essere rilevato l’allargamento dell’ambito di applicazione dell’attività di co-programmazione oltre l’ambito tradizionale degli “interventi e servizi sociali” e di quelli socio sanitari, per i quali era già previsto dalla legge n. 328/2000 e dal D.P.C.M. 30 marzo 2001<sup>49</sup>: l’attuale formulazione impone infatti un coinvolgimento in tutti i settori di attività di cui all’art. 5 (quindi anche, sebbene non solo, nell’ambito degli interventi socioassistenziali). Al di là di alcuni problemi che detta disposizione apre, anche con riguardo alla ripartizione delle competenze costituzionalmente stabilita tra Stato e regioni, essa impone tuttavia che la logica della programmazione (che è logicamente propedeutica a quella del co-programmazione) venga fatta propria e utilizzata anche con riguardo all’area degli interventi socio sanitari.

In ogni caso il Codice, nel definire cosa si intende per *programmazione* (quell’attività cioè finalizzata “all’individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili”) e per *progettazione* (l’attività “finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione” sopra indicati) opera una chiarificazione normativa di attività che già sono note e praticate nella prassi amministrativa: in particolare la programmazione, come rilevato dall’Autorità Anticorruzione, costituisce “uno strumento fondamentale per garantire la trasparenza dell’azione amministrativa, la concorrenza nel mercato e, per tali vie, prevenire la corruzione e garantire il corretto funzionamento della macchina amministrativa”<sup>50</sup>. Proprio per tale ragione sarebbe parso opportuno definire i criteri con cui individuare gli enti del terzo settore da coinvolgere in detta fase: mentre il comma 4 dell’art. 55, richiamando il solo comma 3 e non anche il comma 2, definisce soltanto i criteri per individuare gli enti da coinvolgere nella co-progettazione.

Il tema dell’integrazione comunitaria, per come qui intesa, trova dunque nel Codice del terzo settore un riconoscimento significativo anche con riguardo all’area degli interventi socio sanitari, insieme al riconoscimento di strumenti giuridici mediante i quali l’integrazione può essere perseguita e realizzata da parte delle amministrazioni pubbliche. Tuttavia vi è un altro versante del tema che merita di essere sottolineato: la dimensione del terzo settore non soltanto quale erogatore di prestazioni (o anche co-programmatore e co-progettatore di servizi), ma anche quale possibile soggetto di *reperimento di risorse*

<sup>49</sup> Per R. MICCÌ - A. PALMACCIO, 71, *Tra primo e Terzo settore: una prima introduzione alla disciplina dei rapporti tra p.a. e non-profit nella gestione dei servizi*, in *Non profit paper*, n. 2/2017, l’art. 55 “estende e generalizza le prescrizioni che la legge 328/2000 in tema di servizi sociali rivolge essenzialmente ai Comuni”.

<sup>50</sup> Autorità Nazionale Anticorruzione, Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016, *Linee guida*, cit., p. 8.

per i servizi stessi. Tra le molte previsioni che si potrebbero richiamare al riguardo, merita sottolineare quella relativa ai c.d. enti filantropici, espressione da riferire, in forza dell'art. 37, a quelle associazioni riconosciute o fondazioni costituite "al fine di erogare denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attività di interesse generale".

La caratteristica peculiare di tali enti è (dovrebbe essere) quella di erogare denaro: se infatti erogassero (esclusivamente o prevalentemente) servizi, potrebbero risultare in nulla differenti dalle (altre) associazioni e fondazioni del terzo settore. Ed infatti la previsione di tali enti è stata fortemente invocata da un'associazione nazionale denominata Assifero, che raccoglie quelle fondazioni private (di famiglia, corporate e di comunità) e quegli enti che esercitano attività erogativa (esclusiva o prevalente) per il sostegno degli enti del terzo settore e dei progetti da loro promossi. Occorre tuttavia osservare, al riguardo, che la disciplina codicistica prevede che questi enti non erogino denaro e prestazioni esclusivamente a soggetti del terzo settore, ma anche a "categorie di persone svantaggiate" oppure a "attività di interesse generale": con la prima previsione si apre alla possibilità di trasmettere fondi o servizi direttamente a soggetti/persone fisiche individuati dall'ente stesso; con la seconda si riconosce l'eventualità di un'erogazione a favore di enti del TS, come anche di altri soggetti collettivi.

Evitando in questa sede di entrare nel merito delle problematiche connesse a tali previsioni, ciò che si intende rilevare in questa sede è che tali soggetti, in base a quanto detto, potrebbero adoperarsi per raccogliere risorse (economiche) finalizzate a finanziare servizi e prestazioni, e destinandole o a persone fisiche che intendano (o abbiano la necessità) di rivolgersi a strutture accreditate per ricevere prestazioni di assistenza, ovvero a soggetti erogatori (enti del terzo settore ma, volendo, anche enti profit e amministrazioni pubbliche), per finanziare o co-finanziare l'erogazione di prestazioni. Ciò giustifica la qualifica che si è proposta, di enti che rivolgono la loro attività non tanto alla erogazione di prestazioni quanto al reperimento di fondi per le stesse: in una logica di integrazione comunitaria, dunque, parzialmente diversa e fors'anche innovativa rispetto al panorama sin qui noto e descritto.

## **8. L'integrazione "integrata", ovvero delle risorse economiche necessarie per un'adeguata integrazione sociosanitaria**

Un ulteriore angolo visuale che può risultare interessante al fine di valutare il livello di avanzamento dell'integrazione sociosanitaria nel nostro Paese è costituito dal versante della spesa, sia pubblica che privata, finalizzata all'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria. Va preliminarmente rilevato, al riguardo, come le politiche nazionali, secondo quanto in parte già sottolineato, non abbiano operato nel tempo un adeguato rafforzamento dell'assistenza sociosanitaria, ed anzi l'adozione di strumenti tesi a garantire il rispetto di

parametri di carattere finanziario (conseguenti anche al “nuovo” art. 81 Cost.) abbia impedito, soprattutto nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, di operare in conseguenza delle crescenti domande di assistenza. A ciò si aggiunga che, come già rilevato, per la maggior parte dei servizi socio-sanitari sono previste forme di compartecipazione alla spesa, e che di conseguenza lo sviluppo di questi servizi è legato alla sostenibilità degli oneri da parte dei Comuni e degli utenti: in periodi storici, come l’attuale, di limitate risorse (sia pubbliche che private) complessive, il mancato sostegno, a livello nazionale, alla “quota sociale” si è tradotto in un depauperamento dei servizi e della capacità dei singoli di poterne usufruire.

Tutto ciò rende evidente la necessità di “integrare l’integrazione”, anche mediante risorse private: queste ultime sembrano anzi costituire un’esigenza imprescindibile per rafforzare e sviluppare servizi e prestazioni socio-sanitari. In una prospettiva che non è soltanto tattica ma pienamente costituzionale, in quanto finalizzata a “valorizzare la scelta costituzionale in favore di un’alleanza e non di un’alternatività fra mercato e Stato sociale”<sup>51</sup>.

Per comprendere l’entità del problema, è pertanto necessario gettare un rapido sguardo alla dimensione economica del fenomeno di cui stiamo ragionando.

In Italia, sulla base di dati provenienti dalla Corte dei conti e dall’Istat, la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) nel 2016 è stata di 149,5 miliardi di euro, per un’incidenza del 8,9% sul Pil interno: confrontando questi dati con il 2012, si osserva un aumento in termini assoluti di 5.085 miliardi di euro, ma una riduzione relativamente all’incidenza sul Pil (che nel 2012 era del 9,1%). Del complesso di tale spesa, la componente pubblica è (nel 2016) di 112,2 miliardi (era 110 nel 2012), pari a circa il 75% della spesa totale (era il 77,7% nel 2012); quella privata è di 37,5 miliardi (era 34,5 miliardi nel 2012, quindi è cresciuta assai di più rispetto alla spesa pubblica), pari quindi al 25% circa della spesa totale.

Per quanto riguarda la spesa privata, è interessante rilevare come quella definita *out of pocket* è stata nel 2016 di circa 34,1 miliardi di euro, mentre soltanto 3,4 miliardi sono intermediati da forme di finanziamento volontario (quali fondi sanitari integrativi, assicurazioni private, mutue, ecc.). In termini individuali, la media della spesa sanitaria privata pro-capite è stata di 560 euro per quella *out of pocket* e di 56 euro per quella intermediata (a fronte di 1850 euro per quella pubblica).

Sul versante della spesa sociale pubblica occorre considerare sia quanto viene speso dagli enti locali comunali sia quanto di competenza delle altre amministrazioni (regionali e statale). Per quanto riguarda la spesa sociale comunale, i dati Istat rilevano che nel 2014 (ultimo anno disponibile) la cifra complessiva è stata di 6,92 miliardi (corrispondenti a circa lo 0,43% del Pil nazionale), con una riduzione di quasi il 3% rispetto al 2010. I dati

<sup>51</sup> Così M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant’anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 3/2016, p. 17.

provvisori relativi al 2015 indicano un dato sostanzialmente in linea con il 2014 (è previsto un incremento di circa 13 milioni di euro rispetto al 2014)<sup>52</sup>.

Per quanto riguarda invece gli interventi realizzati direttamente dallo Stato, si osserva come negli ultimi anni, in aggiunta ai tradizionali interventi di natura “strutturale”, sia fiorita una serie di misure, in alcuni casi episodiche ed in altri modificate e riviste ripetutamente<sup>53</sup>. Nel complesso, si può stimare in 62,2 miliardi il valore della spesa sociale nazionale nel 2016<sup>54</sup>, comprendente le spese per pensioni e assegni sociali (4.872 milioni), per pensioni di guerra (553 milioni), per prestazioni agli invalidi civili (16.136 milioni), prestazioni ai non vedenti (1.138 milioni), prestazioni ai non udenti (195 milioni), altri assegni e sussidi (14.460 milioni), servizi sociali (o “Prestazioni sociali in natura” secondo la classificazione Istat) (9.149 milioni), assegni familiari (6.350 milioni) e integrazioni al minimo delle pensioni (9.347 milioni)<sup>55</sup>.

Tale spesa, tutta di natura pubblica, è in larghissima misura una spesa per prestazioni erogate sotto forma di trasferimenti monetari (circa il 90%, anche senza considerare la componente previdenziale)<sup>56</sup>; inoltre, negli ultimi anni la tendenza è andata verso un aumento delle prestazioni monetarie erogate dal livello centrale: vale a dire, come è stato osservato, nella direzione di “prestazioni maggiormente «burocratizzate» (prive di mediazione professionale) e più «lontane» dai beneficiari cui sono dirette”<sup>57</sup>.

Per quanto riguarda infine la spesa sociale privata, dai dati Istat si ricava una spesa complessiva di quasi 1,4 miliardi: ma è da ritenere che vi sia una consistente quota di spesa “in nero”, anche in considerazione del fatto che “molte famiglie sono sempre meno interessate al ‘dare a avere’, perché ‘concorrono a produrre’, cioè a rendere possibili soluzioni umane e umanizzanti, tra curare e prendersi cura, professionali e non professionali, con responsabilità integrate, capaci di rendimento e rigenerazione di risorse”<sup>58</sup>.

<sup>52</sup> M. BEZZE - D. GERON, *La spesa dei Comuni italiani*, in Fondazione E. Zancan (cur.), *Se questo è welfare. La lotta alla povertà. Rapporto 2018*, Bologna, il Mulino, 2018, p. 38.

<sup>53</sup> Limitandosi a quelli realizzati negli ultimi anni, si possono ricordare il reddito minimo di inserimento, il bonus straordinario per famiglie, lavoratori, pensionati e non autosufficienti; la carta acquisti (ovvero social card); la nuova social card sperimentale – Sia; il bonus bebè; il bonus famiglie numerose; il bonus elettrico e bonus gas; l’assegno di disoccupazione involontaria e, da ultimo il bonus di 80 euro.

<sup>54</sup> Utilizziamo il conteggio effettuato da M. BEZZE - D. GERON, *La spesa dei Comuni italiani*, cit., p. 38 ss., il quale (seguendo la classificazione della Commissione Onofri) risulta parzialmente diverso da quello proposto dall’Istat in quanto quest’ultimo non considera gli interventi per assegni familiari e integrazione al minimo delle pensioni.

<sup>55</sup> In dottrina da tempo, ed opportunamente, sono stati sottolineati gli effetti negativi della frammentazione della spesa sociale, che inevitabilmente conducono ad un sistema categoriale e per gruppi in luogo di quello universalistico e integrato che dovrebbe costituire l’obiettivo da perseguire: in tal senso A. GUALDANI, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, Giuffrè, 2007.

<sup>56</sup> Va ricordato, al riguardo, che all’accentuata monetizzazione dell’assistenza consegue un minor investimento in relazione al personale e alle strutture, con potenziali ricadute negative sul lungo periodo (così E. INNOCENTI - E. VIVALDI, *Assistenza, volontariato, contrasto alla povertà nella legislazione regionale in tempo di crisi*, in *Regioni*, 2014, p. 1193).

<sup>57</sup> M. BEZZE - D. GERON, *La spesa dei Comuni italiani*, cit., p. 41.

<sup>58</sup> Così T. VECCHIATO, *Perché la non autosufficienza fa così paura alle famiglie (e allo Stato)*, in *Vita*, n. 7/2016, p. 98.

Al netto di tali ultime considerazioni, possiamo comunque dedurre che la spesa complessiva per prestazioni sanitarie e sociali nel nostro Paese ammonta a circa 215 miliardi di euro l'anno, di cui almeno 40,9 miliardi sono di spesa privata (39,5 sanitaria e 1,4 sociale): a questa deve aggiungersi, come detto, la spesa sociale “sommersa” (o comunque non rilevata).

Non vi sono dati certi per quanto riguarda la spesa socio-sanitaria<sup>59</sup>: può tuttavia immaginarsi che sia una quota limitata ma comunque significativa di essa.

Ciò fa dunque emergere un problema: la spesa che il pubblico e il privato destinano a questo tipo di assistenza è rilevante, sia per la componente pubblica che per quella privata, e l'aumento di quella parte della popolazione che ne può avere necessità impone il rinvenimento di ulteriori risorse. Ciò vale soprattutto per la spesa privata, per la quale la situazione italiana, raffrontata a quella di altri Paesi omogenei al nostro, fa emergere un dato di anomalia: in Italia, infatti la spesa *out of pocket* è percentualmente assai più consistente di quanto avviene negli altri Paesi (con conseguenze, tra l'altro, sul piano della regolarità fiscale). Se questo è vero, ne consegue la necessità di “integrare (economicamente) la integrazione”, ovvero di individuare soluzioni finalizzate al reperimento di risorse atte a favorire il godimento delle prestazioni di cui si ha bisogno. Un primo passo può essere costituito dallo sviluppo di forme di copertura della spesa privata, quali assicurazioni; strumenti di previdenza complementare – individuale o collettiva – secondo un piano di accumulo; sistemi di welfare aziendale; fondi sanitari; società di mutuo soccorso<sup>60</sup>.

Mi pare di poter dire che l'esigenza qui rappresentata costituisca una sfida decisiva per (perlomeno) mantenere livelli adeguati di assistenza socio-sanitaria, ed impedire che anch'essa divenga uno strumento di discriminazione determinato dalle disponibilità economiche individuali: in contesti, è bene ricordare, che di per sé riguardano per lo più soggetti già deboli per ragioni diverse, e talvolta ulteriori, rispetto a quelle di natura economica. A ciò si aggiunga la considerazione che la spesa indicata è soltanto in parte legata alla valutazione ISEE, come disciplinata dal D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159<sup>61</sup>, recentemente modificato con decreto interministeriale 12 aprile 2017. In base alla normativa richiamata, sono soggette a detta valutazione le prestazioni rivolte a persone con limitata autonomia –

<sup>59</sup> Sebbene non sia possibile ricavare dati certi, tuttavia un qualche elemento di valutazione può essere costituito dal dato nazionale relativo alla spesa per la *long term care*. Dall'ultimo Rapporto del MEF - Ragioneria Generale dello Stato (*Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Aggiornamento 2017*) si può dedurre che la spesa complessiva sia di 29,8 miliardi, di cui 12,8 per la componente sanitaria, 13,4 per le indennità di accompagnamento e 3,8 per altre prestazioni sociali. Il documento è consultabile al sito [http://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita\\_di\\_previsione\\_RGS/2017/NARP2017-08.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf)

<sup>60</sup> Le società di mutuo soccorso, in particolare, che devono essere iscritte nella apposita sezione delle imprese sociali del registro delle imprese, risultano essere 1.114 nel 2016, ma solo 509 possono considerarsi attive. Esse sono state oggetto di parziale revisione ad opera del decreto legislativo n. 117/2017: v. in argomento D. LUCARINI, *Le Società di Mutuo Soccorso nella legge di riforma del Terzo settore*, in *Non profit paper*, n. 2/2017, p. 242 ss.

<sup>61</sup> Per un'analisi della situazione normativa precedente la riforma del 2017 cfr. F. TREBESCHI, *Dall'ISEE al nuovo ISEE*, in M. GIONCADA - F. TREBESCHI - P. A. MIRRI - A. CANDIDO, *Isee e prestazioni sociali e socio-sanitarie*, cit., p. 83 ss.

quali interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare – al fine di migliorare la stessa favorendone la permanenza nel proprio domicilio; nonché gli interventi mirati a favorire l’inserimento e l’inclusione sociale della persona disabile o non autosufficiente (in cui rientrano anche prestazioni di natura economica per l’acquisto di specifici servizi). A ciò devono aggiungersi le prestazioni del c.d. ISEE sociosanitario residenze, finalizzato alla richiesta di ricovero presso RSA, RSSA o residenze protette della persona anziana, disabile o non autosufficiente non più assistibile presso la propria casa o dalla propria famiglia (in questo caso va precisato che l’ospitalità alberghiera non è comunque a carico del servizio sanitario nazionale).

Tutte le prestazioni sociosanitarie ulteriori rispetto a quelle indicate sono dunque escluse da una valutazione ISEE: e ciò può creare ulteriore disparità determinata dalla disponibilità economica della persona interessata, specie considerando che i destinatari di tali prestazioni sono di per sé soggetti fragili o “svantaggiati”, e che un’ulteriore discriminazione al loro interno potrebbe produrre effetti in chiara contraddizione con la finalità solidaristica che deve improntare l’azione dello Stato-comunità in forza dell’art. 3, comma 2, Cost.

## 9. Conclusione. La necessità di una definizione dei Liveas per un’effettiva integrazione sociosanitaria

Giunti a questo punto, possiamo dunque tornare alla domanda iniziale: il sociosanitario è una “scommessa incompiuta”? La domanda è indubbiamente impegnativa, ed anche la risposta non può che essere articolata.

Certamente alcuni passi in avanti sono stati compiuti, sia sul piano normativo che della prassi concreta: segno evidente che non solo il tema dell’integrazione è percepito come un’esigenza reale e quasi irrinunciabile, ma anche che della sua necessaria realizzazione vi è chiara consapevolezza a livello istituzionale. La tradizionale distinzione tra “sanitario” e “sociale” tende a mostrare sempre maggiori crepe di fronte alla crescita di situazioni in cui soltanto una risposta integrata può rivelarsi efficace in termini di adeguata tutela dei diritti delle persone. Ne sono prova l’allargamento degli ambiti di integrazione sociosanitaria operato dalla nuova disciplina dei Lea; il riconoscimento del ruolo degli enti del terzo settore sul versante anche delle prestazioni sociosanitarie; il rafforzamento delle politiche di integrazione istituzionale, gestionale e professionale; il riconoscimento della necessità di una programmazione integrata sul versante sociosanitario. Si tratta di passi in avanti di cui occorre prendere atto, e che attestano che la “scommessa” ha sin qui pagato, a conferma di un’intuizione iniziale felice ed opportuna.

E tuttavia permangono ancora molte zone d’ombra, che inducono a ritenere che la scommessa non sia ancora vinta: nel corso dell’esposizione sono stati indicati numerosi punti che rivelano come la strada sia ancora lunga, e che il risultato di un’effettiva realizzazione di un’assistenza integrata richiederebbe alcune scelte di sistema al momento difficilmente realizzabili (si pensi, ad esempio, al tema della formazione delle figure professionali). E

d'altro canto non va dimenticato che quella dell'integrazione socio-sanitaria è una prospettiva che si scontra con una realtà storica in cui “una crescente e rigida rottura dell'integrazione socio-sanitaria” ha caratterizzato almeno sei decenni di prassi normativa e amministrativa<sup>62</sup>.

A ciò si aggiunga un'ulteriore considerazione riferita al piano delle competenze istituzionali, in relazione alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui alla lett. *m*) del secondo comma dell'art. 117. Da un lato, infatti, tale previsione, come attuata nell'ordinamento sino ad oggi, produce un effetto di netta differenziazione tra la tutela del diritto alla salute e quello all'assistenza sociale: se infatti la fissazione dei livelli essenziali di assistenza si identifica esclusivamente nella «determinazione degli standard strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale» (ad esempio, Corte cost. n. 248/2011), tale determinazione può realizzarsi con relativa facilità (almeno da un punto di vista tecnico, presupposto necessario per le scelte di tipo discrezionale e perciò politico) in ambito sanitario, tenendo conto che in esso «tale individuazione ha potuto contare su una rete, per quanto non solidissima, strutturata, quella cioè della Aziende Sanitarie Locali provinciali e su di un catalogo di prestazioni codificabili (e già codificate), e dunque ascrivibili in termini di standard tecnici misurabili»<sup>63</sup>. Condizione che non si realizza invece in ambito sociale (ed anche socio-sanitario), ove ben maggiori e talvolta insormontabili sono le difficoltà di specificare in via legislativa le tipologie di intervento che dovrebbero garantire la soddisfazione del diritto in questione, in quanto esse sono connesse all'individuazione di bisogni prioritari che almeno in parte non definibili<sup>64</sup>, e comunque più difficilmente standardizzabili e categorizzabili<sup>65</sup>.

A ciò deve aggiungersi tuttavia un altro rilievo, e cioè che tale assenza significa, nei fatti, consegnare ai territori l'effettiva tutela e garanzia dei diritti cui l'assistenza socio-sanitaria è riferita: in “un vestito d'Arlecchino” reso solo in parte più omogeneo (o, perlomeno, meno disomogeneo) dal ruolo svolto dalle regioni. Le quali, tuttavia, possono in certa misura guidare e organizzare la parte sanitaria, mentre più difficilmente riescono ad incidere su quella sociale, di competenza dei Comuni: con l'inevitabile conseguenza di una disomogeneità che dal livello regionale rischia di riversarsi anche su quello territoriale più vicino al cittadino.

Una situazione complessiva, peraltro, che deve essere letta alla luce della prospettiva indicata dal richiamato art. 117, comma 2, lett. *m*) della Costituzione: ove è evidente che il riferimento alla potestà legislativa statale è finalizzato non soltanto ad attribuire una competenza, ma anche ad affermare la necessità che la garanzia delle prestazioni in questione

<sup>62</sup> B. BARONI, *Linee evolutive*, cit., p. 47.

<sup>63</sup> F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in E. BALBONI (CUR.), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, cit., p. 318.

<sup>64</sup> U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, cit., p. 453.

<sup>65</sup> A. MARZANATI, *Il ruolo dello Stato*, cit., p. 277.

sia effettivamente assicurata a tutti, quale conseguenza ed applicazione del principio fondamentale di eguaglianza<sup>66</sup>. Se così è, la mancata attuazione della previsione costituzionale produce conseguenze negative non soltanto sul piano ordinamentale (in relazione cioè ad una disomogeneità territoriale, a fronte di un'esigenza di omogeneità richiesta dalla norma costituzionale), quanto – e ciò è assai più grave – sul piano della tutela dei diritti fondamentali delle persone, cui l'assistenza sociosanitaria è finalizzata<sup>67</sup>: tanto più grave in quanto riferita a soggetti che, versando in condizioni di estremo bisogno, “vantano un diritto fondamentale (...) strettamente inerente alla tutela del nucleo irrinunciabile della dignità della persona umana”<sup>68</sup>. Per questa ragione, occorre ribadire, anche in questa sede, che la piena ed efficace attuazione dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), della Costituzione costituisce un'esigenza non più rinviabile: anche (sebbene non solo) se si vuole rendere compiuta (o meno incompiuta...) la scommessa dell'integrazione sociosanitaria.

<sup>66</sup> In tal senso, per tutti, E. BALBONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (CUR.), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, cit.; A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Regioni*, 2003, p. 16. Da ultimo, con riferimento al D.P.C.M del 2017, M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza*, cit., p. 5 ss.

<sup>67</sup> Così, di recente, anche N. VETTORI, *Persona e diritti all'assistenza*, cit., 319, per la quale la mancata determinazione dei livelli essenziali e la mancata perequazione della spesa assistenziale producono il rischio di “forti diseguaglianze legate alla configurazione demografica e alle diverse condizioni economiche delle realtà territoriali”. Va peraltro segnalato che la definizione in via normativa dei LEA non significhi, automaticamente, la loro effettiva attuazione, la quale dipenderà sia dalle scelte di carattere organizzativo adottate dalle regione e dai soggetti erogatori, ma anche dai livelli effettivi di finanziamento che saranno assicurati. Su tale ultimo aspetto non vi è da essere tranquilli: a fronte infatti di una stima del costo complessivo delle nuove prestazioni previste dal Dpcm del 2017 pari a 771 milioni di euro (sulla base dei calcoli del Ministero della salute), altri hanno ritenuto che in verità il costo effettivo sia sui 3 miliardi di euro (così C. FASSARI, *Nuovi Lea. Quanto costano veramente?*, in *Quotidiano sanità* 8 luglio 2016, ripreso da M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza*, cit., p. 15).

<sup>68</sup> Come affermato da Corte cost. 5 aprile 2013, n. 62.