

## La persona in tutte le politiche (sociali): una “scommessa” quasi compiuta?

Presentazione di un Convegno sul “socio-sanitario” e della correlata ricerca

Renato Balduzzi

Non sembra valere per il tema oggetto dei contributi che seguono un noto aforisma di Giovanni Tarello: se volete sapere qualche cosa sulle scatole cinesi, non vi serve leggere le voci “scatola” e “Cina” di una pur buona enciclopedia ...<sup>1</sup>

Se invece vogliamo sapere qualche cosa sull’integrazione socio-sanitaria, ci è utile conoscere che cosa sia “assistenza sociale” e che cosa sia “assistenza sanitaria”, e ciò perché il “socio-sanitario”<sup>2</sup> sta a cavaliere delle due attività e delle due nozioni: l’integrazione socio-

---

<sup>1</sup> Per parafrasare G. TARELLO, *Sulla teoria (generale) del diritto*, in ID., *Cultura giuridica e politica del diritto*, a cura di R. Guastini e G. Rebuffa, Bologna, il Mulino, 1988, p. 395.

<sup>2</sup> Che può essere scritto con o senza trattino: a favore del trattino sta la circostanza che, appunto, di vera integrazione si parla (e si “scommette”) e non di mero accostamento o, peggio, giustapposizione (sembra questo l’avviso di E. Rossi, *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, in questa *Rivista*, p. 249 nt. 1, che richiama l’autorevole avallo dell’Accademia della Crusca, anche se in proposito più che di avallo sembra trattarsi di una semplice via libera). Per contro, si potrebbe addurre che la Costituzione non soltanto colloca in due articoli diversi l’assistenza sanitaria e quella “sociale” (art. 32, art. 38; ma vedi, in quest’ultimo articolo, il riferimento ai casi di “infortunio, malattia, invalidità”), ma affida a soggetti diversi la relativa regolamentazione (art. 117, comma 3 e, *a contrariis*, comma 4). A ciò si potrebbe replicare sia che la formula costituzionale per cui la Repubblica tutela la salute quale diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività apre alla considerazione della salute in tutte le politiche e in primo luogo proprio in quelle sociali (e pertanto la fusione potrebbe dirsi una scelta costituzionalmente orientata), sia che gli artt. 32 e 38 hanno pur sempre un “padre” comune, e cioè il secondo comma dell’art. 3 (per uno sviluppo di questa affermazione si v., più oltre, nel testo). Una conferma, a livello normativo, della pluralità di scritture si vedano le rubriche e il testo dell’art. 3-*septies* del d.lgs.

sanitaria è sì, come è stato opportunamente argomentato<sup>3</sup>, un fatto sociale complesso, ma lo è proprio perché viene a integrare, nel senso di portare a pienezza, e secondo differenti graduazioni<sup>4</sup>, due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico<sup>5</sup>.

Si tratta di due attività che hanno, storicamente e in atto, una loro consistenza autonoma, che risale almeno alla costruzione del regime mutualistico in sanità e che è stata rafforzata dal progressivo superamento del sistema delle “condotte”<sup>6</sup>.

L'evoluzione della nozione di assistenza sanitaria, che comunemente viene ricondotta dapprima al completamento del trasferimento delle funzioni operato con il d.p.r. 616/1977<sup>7</sup> e poi alla legge 833/1978, ha portato inevitabilmente a una riduzione della distanza tra questa e l'assistenza sociale, di cui la formula costituzionale dell'art. 32 già conteneva il germe primigenio. Tale riduzione della distanza, per molto tempo ostacolata da preoccupazioni, ormai superate<sup>8</sup>, di ordine politico-culturale che paventavano la cosiddetta sanitarizzazione del sociale, ha avuto una forte accelerazione con il d.lgs. 229/1999, nella cui cornice giuridico-culturale noi possiamo ritrovare anche una compiuta definizione dell'integrazione socio-sanitaria<sup>9</sup>.

Gli ostacoli al compimento della scommessa sembrano ora piuttosto da ricercarsi nell'ancora limitata definizione e standardizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, i cosiddetti Liveas, la cui declaratoria impegna da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi. L'assenza, a tutt'oggi, dei Liveas, comporta conseguenze importanti: oltre ad ostacolare la compiuta integrazione tra sociale e sanitario, impedisce la “compiuta attuazione del sistema di finanziamento delle funzioni degli

---

30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (*Integrazione sociosanitaria*) rispetto al d.P.C.M. 14 febbraio 2001 (*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*).

<sup>3</sup> A. FAVRETTO, *Dalle diadi alle costellazioni: considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, in questa *Rivista*, p. 332.

<sup>4</sup> Ciò, tra l'altro, permette di spiegare l'espressione “prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria”, che viene talora impiegata dalla normativa vigente (art. 3-*septies*, commi 4 e 5, del d. lgs. cit., *retro*, nt. 1; si v. anche il relativo d.P.C.M. ugualmente cit., alla nt. 2).

<sup>5</sup> Risulta pertanto corretta l'impostazione del menzionato d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, che ha definito le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria. *Contra*, A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2017, p. 87; E. ROSSI, *Il “socio-sanitario”*, cit., p. 5.

<sup>6</sup> Cfr. F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, spec. pp. 21 ss.

<sup>7</sup> Su cui per tutti F. SORRENTINO, P. COSTANZO, F. OLIVA, M. POSARELLI, *Comuni, province, comunità montane nel decreto 616*, Genova, Ecig, 1979.

<sup>8</sup> Come rileva ancora A. FAVRETTO, *Dalle diadi*, cit., secondo la quale residuerebbero echi di quella distanza soprattutto nelle relazioni tra professionisti.

<sup>9</sup> Si veda il d.p.r. 23 luglio 1998, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000* (G.U. 10 dicembre 1998, n. 288, suppl.): sul nostro tema, al pari di quanto avvenuto a proposito della nozione di livelli essenziali di assistenza, il Piano fornisce la cornice culturale che permette di apprezzare sino in fondo la portata e il significato delle clausole normative: si rinvia a R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in AA. VV., *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e Pensiero, 2011, pp. 60 ss.

enti territoriali previsto dall’art. 119 Cost.”: dunque non soltanto non viene attuata la legge 42/2009, ma ciò si riflette sull’attuazione, *in parte qua*, del medesimo novellato art. 119 Cost.<sup>10</sup>. Senza contare che l’assenza dei Liveas rende meno efficaci i pur notevoli sforzi che in questi anni sono stati compiuti sul terreno dell’armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio<sup>11</sup>.

Ecco perché il cuore della discussione svolta al Convegno di Alessandria e della ricerca che ne è scaturita (e della quale si presentano alcuni dei risultati) consiste proprio nei due filoni dell’approfondimento della nozione di integrazione e nella verifica della possibilità di addivenire a una declaratoria dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Sotto il primo profilo, sottolineo in particolare la scomposizione analitica della nozione di integrazione<sup>12</sup>, che consente di elaborare una tipologia complessa, dove accanto all’integrazione tra le professioni (tra diverse professioni sanitarie e tra professioni sanitarie e professioni non sanitarie) e a quella gestionale, ritroviamo l’integrazione orizzontale tra comuni e quella verticale con province e regioni, nonché, decisiva, l’integrazione comunitaria, cioè le forme di collaborazione tra professionisti e operatori del Terzo settore e del volontariato<sup>13</sup>.

Sotto il secondo profilo sono particolarmente utili le considerazioni e gli schemi volti a precisare l’integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali, così da consentire un sociosanitario avanzato e contemporaneamente offrire lo spunto per una prima individuazione dei Liveas<sup>14</sup>.

Come si vede, i contributi raccolti costituiscono un passo avanti nella direzione di una effettiva integrazione tra sanitario e sociale o, per dirla con le autorevoli parole del card. Carlo Maria Martini, tra la prospettiva del *to cure* e quella del *to care*<sup>15</sup>: se è vero che la Costituzione italiana distingue tra la salute dell’art. 32 e l’assistenza dell’art. 38, è pur sem-

<sup>10</sup> La citazione tra virgolette è tratta dall’importante sentenza della Corte cost. n. 273 del 2013, red. Mattarella.

<sup>11</sup> Sul punto si vedano gli sviluppi di C. CHIAPPINELLI, *Allocazione delle risorse e politiche sociosanitarie: per un approccio giuscontabile nella spesa “costituzionalmente necessaria”*, in questa *Rivista*, pp. 295 ss.

<sup>12</sup> Particolarmente evidente nei contributi di E. ROSSI, *Il “sociosanitario”*, cit., e di G. GRASSO, *Appunti su reddito di inclusione, assistenza socio-sanitaria e vincoli sulle risorse disponibili*, in questa *Rivista*. Quest’ultimo contributo si segnala anche per la sottolineatura, assai opportuna, dell’importanza sistematica del d.lgs. 147/2017, recante l’istituzione del c.d. reddito di inclusione quale “misura unica a livello nazionale di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale”: l’integrazione socio-sanitaria è strettamente collegata alla capacità di realizzazione di reti di servizi (come emerge anche dagli interventi di due attenti manager sanitari quali Stefano Manfredi e Franco Toniolo, entrambi pubblicati in questa *Rivista*).

<sup>13</sup> Sottolineato a proposito di un istituto specifico, ma con considerazioni valide in via generale, da P.M. VIPIANA, *L’affidamento dei servizi socio-sanitari, con particolare riguardo ai servizi di trasporto dei malati*, in questa *Rivista*.

<sup>14</sup> Così efficacemente A. BANCHERO, *Contributi per facilitare l’applicazione degli interventi sociosanitari dei nuovi LEA, integrati con le attività sociali e riflessioni sulla definizione del LEP sociali*, in questa *Rivista*, spec. p. 285.

<sup>15</sup> Si v. C.M. MARTINI, *L’etica dello stato sociale*, intervento alla “Prima conferenza nazionale sulla sanità”, in [www.chiesadimilano.it](http://www.chiesadimilano.it), 24 novembre 1999.

pre vero che esse hanno un “padre” comune, cioè il principio di eguaglianza sostanziale del secondo comma dell’art. 3<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Il che rende ancora più urgente la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, se è vero che i Lep sono, in generale, il nuovo nome del principio di eguaglianza (E. BALBONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in ID., B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2003, pp. 27 ss.).