L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NELLA PIANIFICAZIONE REGIONALE PIEMONTESE
Riflessioni sulla "Prima bozza per una proposta di Piano Socio Sanitario Regionale"

Mauro Perino

Premessa

Nella introduzione alla "Prima bozza per una proposta di Piano Socio Sanitario Regionale" – resa pubblica dalla Regione Piemonte a fine dicembre 2005 - si afferma che "La mancanza dal 1999 di indicazioni programmatiche che indicassero obiettivi strategici, scelte organizzative, modalità di lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie, ha sfavorevolmente condizionato la sanità regionale. Inoltre la mancata integrazione con le politiche sociali, spesso più efficaci nel tutelare la salute degli stessi interventi sanitari, ha determinato una serie di squilibri difficilmente sanabili con interventi a valle del sistema".

La considerazione che la mancata integrazione tra "politiche sociali" e "politiche sanitarie" ha prodotto squilibri che devono essere sanati "a monte" risulta condivisibile. Coerentemente con il riconoscimento dell'efficacia delle "politiche sociali" attuate a livello territoriale si dovrà pertanto prevedere che sia il sistema sanitario a compiere lo sforzo di cambiamento maggiore, salvaguardando, nella misura del possibile, l'impianto del sistema socio assistenziale che ha dato buona prova di sé nell'arco degli ultimi dieci anni.

L'opportuna revisione "a monte" dei modelli programmatici ed organizzativi del sistema sanitario e socio sanitario deve cioè preservare – nella sostanza - l'assetto di un sistema socio assistenziale che ha una sua specificità ed un radicamento territoriale costruito attraverso processi, anche faticosi, di concertazione tra i soggetti – istituzionali e non – che operano "per il sociale" nelle comunità locali.

In tal senso si formulano – di seguito – alcune osservazioni e proposte relativamente agli assetti istituzionali ed organizzativi che potrebbero favorire una efficace integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale negli ambiti territoriali distrettuali.

Il quadro normativo di riferimento

Occorre, in primo luogo, definire con chiarezza il quadro normativo di riferimento che il PSSR deve assumere.

La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale – non può che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-*quater* del D.Lgs.502/92 e s.m.i.¹ che individua nel *distretto* l'articolazione dell'Unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione.

Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela – deve dunque assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies* del D.Lgs.502/92 e s.m.i nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali.

L'articolo 3 *quater* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i – che assegna al "Comitato dei Sindaci di Distretto" il compito di esprimere un parere sul complesso delle attività sanitarie previste dal Programma delle attività territoriali distrettuali che viene annualmente proposto dal Direttore di Distretto e, successivamente, approvato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria – prevede inoltre che, per quanto attiene alle attività socio sanitarie, si debba raggiungere una *intesa* tra Azienda sanitaria e Comitato dei Sindaci di distretto.

Il concetto è rafforzato dall'articolo 20, comma 2, della legge regionale 8 gennaio 2004 n.1. (Integrazione socio – sanitaria) ove si prevede che le attività socio sanitarie integrate, "*realizzate a livello distrettuale e con*

¹ Integrazioni all'articolo 3 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502 inserite con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale” vengano regolate nell’ambito dell’accordo di programma che approva il piano di zona. Più in dettaglio nell’articolo 17, comma 1, si afferma che: “I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, d’intesa con le ASL nelle forme previste dall’articolo 3 quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni per quanto attiene alle attività di integrazione socio – sanitaria, provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell’articolo 19 della l. 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza”.

Nella legge regionale piemontese si dispone inoltre – con riferimento alla questione della pianificazione socio sanitaria - che: *“La parte dei piani di zona relativa alle attività di integrazione socio sanitaria trova obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati, l’omogeneità di contenuti, tempi e procedure”* (articolo 17, comma 6, della L.R. 1/2004).

Infine l’articolo 6, comma 4, lettera b) della legge regionale individua nel Sindaco *“il titolare delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini in applicazione di quanto disposto dal D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni”.*

Sul tema della pianificazione e della programmazione distrettuale si gioca la sfida più importante. Occorre dunque che l’Accordo di Programma sul “Piano di Zona” sancisca il livello di esigibilità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie essenziali a livello territoriale. Al fine di evitare divaricazioni tra diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili è pertanto necessario che si proceda – in sede di programmazione locale – alla puntuale individuazione delle condizioni di difficoltà che richiedono interventi assistenziali garantiti e standard di servizi e prestazioni atti a tutelare efficacemente le posizioni soggettive ed a rendere effettivamente esigibili i diritti riconosciuti.

Ciò comporta il conferimento ai Sindaci dei “poteri” necessari ad esercitare le responsabilità assegnate². Ad essi viene infatti richiesto di garantire ai cittadini non solo il diritto alle prestazioni essenziali, ma anche quello alla partecipazione ed al controllo sul sistema locale dei servizi.

L’organizzazione della gestione integrata

Dato per assodato che il Comitato dei Sindaci è chiamato a svolgere un ruolo fondamentale a tutela dei diritti della popolazione - per quanto attiene alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da erogare a livello distrettuale e per la messa a disposizione delle risorse umane, finanziarie e strumentali necessarie ad erogarle – è opportuno esaminare gli aspetti più strettamente legati all’organizzazione della gestione integrata.

Sulla questione, qualche indicazione viene dalla lettura del già citato articolo 20 della legge regionale ed in particolare dai commi 3 e 4: *“Le attività sono realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l’attuazione e l’efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del procedimento”;* *“L’erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio*

² Il sistema sanitario – a differenza di quello socio assistenziale – non prevede un efficace livello di amministrazione locale. Questo “deficit di democrazia” - nei confronti dei cittadini finanziatori e fruitori dei servizi sanitari- deve essere prima o poi colmato se si vuole realmente perseguire l’obiettivo di realizzare *“una nuova politica per la salute”*. Senza il conferimento ai rappresentanti eletti delle comunità locali - e nella fattispecie ai Sindaci - di reali poteri sul sistema sanitario territoriale, è impossibile realizzare quell’alleanza tra cittadini ed istituzioni che è condizione necessaria per realizzare una rete di servizi efficace, efficiente ed economica. Si tratta dunque di assumere, quale obiettivo non immediato, ma di più lungo periodo, la piena integrazione istituzionale a livello distrettuale. Attraverso sperimentazioni mirate a livello territoriale si potrebbe cioè verificare la possibilità di utilizzare lo strumento del “Consorzio di funzioni” (tra ASL e Comuni) per amministrare anche l’esercizio delle funzioni sanitarie e socio sanitarie territoriali di competenza delle Aziende sanitarie.

costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione”.

Il tutto deve avvenire, come si è detto, su base distrettuale. Un distretto che – anche attraverso la sperimentazione di nuove soluzioni organizzative – deve configurarsi *“quale principale punto di accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell’organizzazione di punti di accettazione territoriale ai quali compete, oltre alla tradizionale funzione di filtro ed informazione, anche l’attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta e il bisogno del cittadino in connessione con le risorse disponibili.”*. Pertanto *“l’organizzazione dell’attività distrettuale”* deve essere configurata in modo da ottimizzare l’integrazione fra le funzioni sanitarie e socio sanitarie di competenza del distretto con quelle socio assistenziali gestite dagli Enti locali.

Si tratta dunque di perseguire una stabile integrazione operativa tra i servizi e le professionalità coinvolte negli interventi afferenti all’area socio – sanitaria. Ciò al fine di consentire ai cittadini che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari di vedere considerato e poi trattato il loro bisogno nel suo insieme, senza doversi essi stessi fare carico di ricomporre le valutazioni e i conseguenti interventi offerti da due diversi sistemi. La mancata integrazione, infatti, non solo produce disservizi e sprechi, ma in molti casi mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.

Al cittadino deve dunque esser data la possibilità di interloquire con un’unica istituzione (quella competente ad *assicurare* le prestazioni afferenti all’area socio sanitaria, e cioè l’Azienda sanitaria) e con un’unica struttura organizzativa nella quale i servizi e le diverse professionalità siano diretti in modo univoco. A tal fine è opportuno individuare *un modello organizzativo dell’integrazione socio sanitaria* incardinato su Unità Valutative pluri professionali che devono, necessariamente, configurarsi come organismi preposti alla *“presa in carico”* e – in quanto tali – rappresentare lo strumento operativo di *un distretto socio sanitario in grado di governare i processi di cura*.

Il modello organizzativo

Per costituire *“una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio – sanitari, anche in termini di budget e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari”*³ occorre , in primo luogo, prevedere la rigorosa applicazione delle disposizioni normative vigenti (la DGR 80/ 2000⁴ è oggi quasi totalmente disattesa dalle Aziende sanitarie) ed in secondo luogo assumere - come riferimento concettuale – che l’integrazione dei servizi per la salute è – secondo la definizione dell’O.M.S - *“un processo che conduce organizzazioni e professionisti differenti a svolgere alcune azioni in modo coordinato, allo scopo di risolvere problemi comuni, di sviluppare un impegno a condividere punti di vista e obiettivi di salute, di usare in comune risorse e tecnologie per raggiungerli”*.

La scelta di questo modello – *necessariamente incrementale* - non può dunque che rappresentare il punto di partenza di un percorso che potrà migliorare e modificarsi nel tempo in base alla valutazione delle esperienze e dei risultati.

³ Con riferimento ai modelli di integrazione istituzionale e/o organizzativa il documento regionale formula tre proposte “aperte”: 1) la creazione di un *“consorzio socio sanitario distrettuale”* attraverso il quale si realizzerebbe l’integrazione sia istituzionale che gestionale assegnando, ai comuni ed all’azienda, il compito di amministrare congiuntamente i servizi sanitari e socio sanitari distrettuali; 2) la creazione di una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate cui assegnare la gestione unitaria degli interventi socio sanitari, anche in termini di budget, e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari che verrebbero gestite, congiuntamente, dai Direttori del Distretto e dell’Ente socio assistenziale; 3) il *“consolidamento”* dei meccanismi di integrazione attuali, fondati su accordi e protocolli formali tra due ben distinti soggetti gestori. Dopo l’uscita della bozza regionale il dibattito sembra orientato verso l’adozione di un *“modello 2”* necessariamente *contaminato* dal *“modello 3”* (che è espressione della situazione *“di partenza”* del sistema dei servizi territoriali).

⁴ Deliberazione della Giunta Regionale 11 dicembre 2000, n.80 – 1700 *“Art. 3, comma 1- bis del D.Lgs. 502/1999 e s.m.i. Principi e criteri per l’adozione dell’atto aziendale, per l’organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali”*.

Tuttavia, il modello può essere considerato un “modello forte” solo se viene caratterizzato e definito, individuando e scegliendo forme di rapporto tra i sistemi (sociale e sanitario) che assicurino, sin d’ora, una più solida *integrazione istituzionale* e più efficaci modalità di collaborazione a livello gestionale.

E’ perciò necessario che il modello prescelto sia inserito in un *contesto normativo vincolante* che definisca e garantisca:

- la coincidenza territoriale tra gli ambiti territoriali dei Consorzi e la zonizzazione dei distretti sanitari, *definita dalla Regione in accordo con le diverse realtà locali*;
- la costruzione di Piani di Zona intesi come processi programmatori del sistema dei servizi sociali e socio - sanitari, ai quali partecipano in modo diretto e attivo le ASL, quali soggetti istituzionali previsti dalla L.R. 1/2004;
- l’approvazione dei Piani di Zona da parte delle Assemblee Consortili (auspicabilmente coincidenti con i Comitati dei Sindaci) *se a ciò delegate dai Comuni afferenti*;
- la stipula di *accordi di programma* che vincolino tutti i soggetti firmatari, comprese le ASL, ed assumano il Piano di Zona come un *“patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della comunità locale”*;
- la successiva approvazione dei Piani di Attività Territoriale (P.A.T.), delle Relazioni Previsionali e Programmatiche (RPP) dei Consorzi e dei Comuni (per le materie comprese nel Piano di Zona), intesi come documenti di programmazione attuativi del Piano di Zona, che traducono, nella programmazione del singolo ente firmatario, gli impegni assunti attraverso l’accordo di programma;

Va inoltre superata l’attuale confusione di ruoli e di funzioni tra Consorzio socio assistenziale/Comune/Comitato dei Sindaci di Distretto attraverso la proposta di:

- far corrispondere il Comitato dei Sindaci di Distretto (art. 3 quater Dlgs n 502/92) con l’Assemblea Consortile (coincidente con l’Assemblea dei Sindaci ex art. 19 della legge 328/2000) a garanzia di una sede unificata per *l’approvazione e la verifica della programmazione socio - sanitaria*;
- prevedere la presenza nell’Assemblea Consortile/Comitato dei Sindaci di Distretto del Direttore Generale dell’Asl e del Direttore di Distretto, a fianco del Direttore del Consorzio.

Questa scelta rappresenterebbe una coerente applicazione della L.R. 1/2004, con la quale la Regione Piemonte ha deciso di comprendere nel “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali” anche la regolazione del sistema socio - sanitario, altrimenti non garantita, senza dover affrontare una radicale modifica dell’attuale sistema istituzionale che vede già, in capo agli Enti gestori socio – assistenziali, la delega all’esercizio delle *funzioni sociali a rilevanza sanitaria* dei Comuni.

Il riconoscimento da parte delle Aziende sanitarie del Piano di Zona come strumento di pianificazione territoriale che *precede e vincola anche la programmazione distrettuale dell’attività socio sanitaria* e - conseguentemente - lo stesso Piano Aziendale delle ASL, potrebbe inoltre consentire di ovviare al debole ruolo che i Comuni ricoprono nella Conferenza dei Sindaci.

Se con il PSSR non si ottiene la definizione della sequenza nella programmazione territoriale sin qui illustrata, si rischia di costruire modelli di integrazione socio - sanitaria che possono non trovare, nel bilancio delle ASL, l’adeguato investimento di risorse umane e finanziarie per l’attività dei Distretti Sanitari.

Per quanto attiene all’integrazione tra Enti gestori e Distretti è inoltre necessario prestare particolare attenzione alla complessità del sistema socio - sanitario, sia nella gestione delle strutture operative e sia nella gestione dei rapporti tra i vari livelli decisionali.

Alcune difficoltà sul piano del funzionamento e del governo del sistema socio - sanitario sono infatti riconducibili alla debolezza di una “organica prospettiva di cambiamento”: spesso si è ragionato in termini di progettazione di nuovi modelli del sistema di assistenza, mentre il problema principale risulta essere quello della *progettazione e della gestione del processo di cambiamento da vecchi a nuovi modelli di assistenza*.

Ciò implica, oltre che prevedere le possibili resistenze al cambiamento, la definizione delle condizioni organizzative necessarie per il governo, su tutto il territorio, di un complesso processo di cambiamento di principi, di criteri e di metodi.

Tale processo potrebbe essere favorito dalla promozione - da parte della Regione - di incentivi a razionalizzare i sistemi organizzativi, dall’incremento di interventi di formazione mirati, da un più rilevante ruolo provinciale di guida e supporto, dallo sviluppo di iniziative di responsabilizzazione basati su risultati programmati.

Sul versante operativo una reale integrazione gestionale si attua individuando strutture organizzative integrate e meccanismi di coordinamento tra Enti gestori e distretti dell’Asl che garantiscano l’efficace svolgimento delle attività e una gestione condivisa dei progetti personalizzati, del lavoro d’équipe e della rete dei servizi sociali e sanitari in collaborazione con gli altri soggetti istituzionali e comunitari operanti sul territorio nell’ambito del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

In particolare occorre prevedere:

- la stipula di “Protocolli operativi” (quali parti integranti dell’Accordo di Programma) tra Enti gestori ed Asl che definiscano le strutture organizzative integrate di riferimento per le varie categorie di utenti delle attività socio - sanitarie, i loro obiettivi, la composizione e le regole di funzionamento, le metodologie di lavoro e gli strumenti di valutazione delle attività svolte, i comuni progetti di formazione professionale, le tipologie assistenziali erogabili dagli Enti gestori e dalle Asl e le risorse finanziarie certe da destinarvi, sviluppando i percorsi avviati con l’applicazione dell’accordo regionale sui LEA;
- la costituzione di “Unità valutative integrate” tra Ente socio assistenziale e distretto che gestiscano in modo unitario la documentazione, la valutazione del bisogno, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità assistenziale, la predisposizione di percorsi assistenziali integrati, la gestione di progetti personalizzati e appropriati alle esigenze della persona e della sua famiglia;
- la definizione dei meccanismi di coordinamento e di comunicazione interna all’Ente gestore e al Distretto per garantire anche l’integrazione operativa tra “Unità valutative integrate” e altri servizi gestiti dai due soggetti (ad esempio i “gruppi di cure primarie”): condizione indispensabile per assicurare una corretta gestione dei piani di continuità assistenziale nelle diverse fasi del ciclo di vita dei “progetti personalizzati” e per garantire il pieno rispetto dell’unitarietà della persona.

Questo modello di integrazione gestionale, come qualsiasi altro modello, presuppone:

- un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai “carichi di lavoro” assegnati alle varie unità operative integrate;
- l’assunzione, da parte della Regione, in stretta collaborazione con la Provincia, di un ruolo guida nella verifica dei processi di programmazione locale per consentire una valutazione omogenea dei livelli di servizi raggiunti in relazione agli obiettivi del PSSR;
- risorse finanziarie derivanti, sia per i Consorzi che per i distretti, dal nuovo fondo regionale socio - sanitario che si propone di costituire per destinare risorse certe e garantite per tutta la durata del piano.

L’integrazione delle risorse e l’applicazione dei LEA socio sanitari

Il documento regionale rileva che il complesso delle prestazioni afferenti all'area socio sanitaria risulta regolamentato solo in parte, essendosi espressa la normativa regionale relativamente alle sole tipologie di intervento in ambito semi residenziale e residenziale per gli anziani non autosufficienti e per i disabili e nell'ambito delle cure domiciliari (anche queste relativamente all'area della lungo assistenza). Inoltre, l'applicazione degli accordi che regolamentano gli interventi rivolti alle suddette tipologie risulta disomogenea: in particolare per quanto attiene alla messa a disposizione delle risorse necessarie ad effettuare gli interventi da parte delle Aziende sanitarie e degli Enti Gestori.

Resta infine da risolvere la questione dell'applicazione dei LEA socio sanitari alla psichiatria, alle tossico dipendenze, ai malati di AIDS, ai minori vittime di abuso. Ed è evidente che la definizione degli accordi necessari a dare completa applicazione ai LEA implica la risoluzione della *questione del reperimento delle necessarie risorse finanziarie*, dei flussi che devono seguire i finanziamenti, di chi deve gestirli.

In buona sostanza dall'applicazione dei LEA deriverebbero dei risparmi per il comparto sanitario (si pensi ad esempio alla psichiatria) ed un conseguente *aggravio di oneri per i Comuni* che risulterebbe difficilmente sopportabile senza l'intervento finanziario della Regione.

Una soluzione potrebbe dunque essere ricercata nella creazione – accanto al fondo regionale per l'esercizio delle funzioni socio assistenziali – di *un fondo regionale per l'esercizio delle funzioni socio sanitarie*. Detto fondo – necessariamente integrato a livello distrettuale con risorse dei Comuni e delle Aziende sanitarie – dovrebbe consentire di dar corso all'applicazione dei LEA socio sanitari dopo aver definito i processi di presa in carico e di intervento.

La questione che si pone con urgenza è, infatti, di definire in modo puntuale il rapporto che deve intercorrere tra il diritto esigibile alle prestazioni e le risorse necessarie per rendere effettivo tale diritto. Si tratta cioè di operare in maniera correttamente *selettiva* nell'allocazione delle risorse (finanziarie, umane e strumentali) che devono essere "certe" e – dunque - finalizzate al raggiungimento degli *obiettivi prioritari* indicati dalla pianificazione regionale e da quella zonale.

Ed è proprio agendo in sede di programmazione che la Regione - anche con l'autonomia ed i nuovi poteri che le derivano dalla modifica del testo costituzionale - deve mettere in atto misure idonee a contrastare il rischio di configurare – nella fase di applicazione dei LEA socio sanitari – una sorta di *sistema sanitario di serie B*, verso il quale finirebbero per convergere le persone più deboli (e "costose" per il sistema sanitario).

Come viene detto nella bozza regionale, per ricondurre la pratica dell'integrazione sui giusti binari, è necessario far chiarezza sui diritti delle persone e sui soggetti deputati a garantirli avendo certezza delle risorse per attuarli. E' dunque essenziale che, coerentemente, nel PSSR si affermi che tra i presupposti per l'avvio di un processo virtuoso di integrazione, rientra il riconoscimento della *esclusiva titolarità del sistema sanitario a garantire il diritto alla salute a fronte della piena responsabilità a rendere esigibile il diritto all'assistenza da parte del sistema dei servizi sociali*.

La discriminante, certo non sempre facile da individuare, è rappresentata dalla condizione di salute: i servizi ed i presidi preposti alla cura ed alla riabilitazione delle persone malate – siano esse minori, adulte o anziane ed affette da patologie croniche oppure acute – devono essere affidati alla titolarità del comparto sanitario a prescindere dalle professionalità (sociali o sanitarie) necessarie all'erogazione delle prestazioni e dagli oneri di spesa eventualmente previsti.

E' dunque alle aziende sanitarie o a quelle ospedaliere che il cittadino deve potersi rivolgere per tutelare i propri diritti in tema di salute. Così come è dai Comuni che si deve pretendere il rispetto degli standard di servizi e prestazioni rivolte ai soggetti individuati dalla legge 328/2000 e dalla legge regionale 1/2004.

L'affermazione – contenuta nella bozza regionale - secondo la quale "*Lo stato di salute e la sua evoluzione nel tempo sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone, delle famiglie, dei gruppi sociali*" e che – a sua volta – "*la condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute*", è assolutamente

condivisibile. Non bisogna però dimenticare che il concetto può essere egualmente applicato – ad esempio – al grado di istruzione, al livello culturale, alla collocazione lavorativa ed a quella abitativa.

Tutti i fattori che determinano condizione di vita di una persona hanno a che fare, in sostanza, con la collocazione della stessa nella società e viceversa. Eppure è anche sulla base di tale considerazione che, nell'ambito del sistema sanitario, si è giustificata la creazione di una "area dei servizi socio sanitari" (come settore in qualche modo "a parte" rispetto a quello sanitario)

Se la motivazione fosse valida dovremmo – per logica – prevedere altrettante aree per i servizi preposti all'istruzione, al lavoro, alla casa, alla promozione culturale e dello sport. Dovremmo cioè teorizzare una collocazione "differenziale" delle persone nei servizi - che lo stato sociale deve fornire, "per diritto", a tutti i cittadini - sulla base di una lettura distorta e strumentale dei loro bisogni.

Dalla constatazione che *"l'evoluzione epidemiologica evidenzia la costante crescita di situazioni complesse che esprimono un bisogno di interventi di assistenza tanto sociale che sanitaria"* (come nel caso delle patologie cronico – stabilizzate e cronico - degenerative) si dovrebbe, invece, trarre la giusta conclusione che il sistema sanitario deve farsi carico degli uni e degli altri, proprio perché la persona è unica e la salute non è semplicemente una "non malattia".

In realtà accade esattamente il contrario: è infatti ormai dilagante una impostazione "culturale" secondo la quale è prerogativa del servizio sanitario assicurare la cura della malattia nelle sue fasi acute, mentre la cronicità, in tutte le sue manifestazioni, viene espulsa dalla pienezza del diritto alla salute. In sostanza vengono considerate "sanitarie" solamente le prestazioni "mediche", "infermieristiche" della "riabilitazione funzionale", ecc. e non l'insieme degli interventi – forse complementari, ma indispensabili – finalizzati ad assicurare la tutela complessiva del malato come persona.

Il servizio sanitario, invece, non può che "essere sociale" se intende perseguire – nell'ambito del sistema complessivo di sicurezza sociale – la tutela della salute. E' dunque profondamente sbagliato confondere la necessità di una integrazione delle competenze professionali e delle relative prestazioni (sanitarie e sociali, quando necessarie) con la delega al settore socio assistenziale (e quindi ai Comuni) di tutti gli interventi non strettamente medici o infermieristici.

Alla sanità è richiesto – in sintesi - di assumere direttamente tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che il sistema sanitario è chiamato a svolgere a beneficio di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

Piano Socio Sanitario Regionale e Piano Regionale degli Interventi e dei Servizi Sociali

Il documento regionale assume come principio generale che *la tutela della salute si realizza attraverso la promozione del benessere sociale* e – giustamente – sottolinea che *salute* non è sinonimo di *sanità* .

Allo stesso modo occorre però precisare che la promozione del *benessere sociale* si realizza – almeno al livello locale – sviluppando il complesso dei *"servizi alla persona e alla comunità"* e non semplicemente agendo sul versante dei *"servizi sanitari"* e di quelli *"socio assistenziali"*. Questi servizi possono infatti *solamente contribuire* a migliorare una "qualità della vita" dei cittadini che viene però in molta parte *determinata dalle politiche sociali dei comuni* in quanto tali.

Da ciò consegue che i servizi sanitari e quelli socio assistenziali devono integrarsi tra loro – ed il Piano Socio Sanitario Regionale è lo strumento di indirizzo necessario - ma devono anche connettersi con gli interventi dell'istruzione, con le politiche attive della formazione, del lavoro, della casa ecc. Ed in questo caso è *il Piano Regionale degli Interventi e dei Servizi Sociali* lo strumento appropriato. Ovviamente, il "piano sociale" ed il PSSR devono essere tra loro integrati (come, del resto, prevede la vigente normativa regionale).

Ma se si condivide la considerazione che è nell'ambito del complesso delle politiche sociali (regionali e locali) che va ricercata la promozione del benessere (finalizzata, tra l'altro, alla tutela della salute) allora si deve convenire che i due strumenti di pianificazione hanno funzioni diverse e che anche gli interlocutori istituzionali della Regione a livello locale devono assumere ruoli diversi, asseconda che si tratti di pianificazione sanitaria o "sociale allargata".

Se, per quanto attiene a sanità ed assistenza, gli interlocutori principali sono le Aziende sanitarie e gli Enti gestori, per le politiche sociali, intese in senso più complessivo, sono i Comuni che – salvo delega ai propri Enti strumentali - devono interloquire direttamente con la Regione e con le Province (anche per quanto attiene ai flussi di finanziamento). E queste ultime assumono, quindi, una funzione importantissima proprio nel fornire ad essi il supporto necessario ad attuare il "piano sociale" attraverso i *Piani di Zona* locali.

In buona sostanza il soggetto istituzionale che deve *predisporre ed approvare* gli atti di programmazione sanitaria e socio – sanitaria a livello territoriale è il Comitato dei Sindaci in quanto espressione dei Comuni afferenti al distretto e dell'Azienda sanitaria .

Di contro, il Piano di zona – attraverso il quale si pianificano non solo le politiche "del disagio" ma anche quelle "dell'agio", espressamente finalizzate alla prevenzione ed all'inclusione – deve prevedere il ruolo centrale dei Comuni, in quanto istituzioni responsabili del complesso dei "*servizi alla persona e alla comunità*".

Opportunamente rimarcando che - così come il PSSR ed il "Piano sociale" regionale devono essere tra loro integrati - anche gli strumenti di programmazione zonale (PEPS⁵, PAT e Piano di Zona) devono tra loro raccordarsi, al fine di perseguire, efficacemente, la tutela della salute attraverso la prevenzione e la promozione del benessere sociale.

Conclusioni

L'aspetto fondamentale che viene evidenziato dall'assetto istituzionale ed organizzativo proposto è la necessità di rendere realmente integrabili - a favore del cittadino e della completezza assistenziale - le prestazioni socio sanitarie offerte in ambito distrettuale. Ciò al fine di assicurare *l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali* attraverso l'adozione di un modello operativo delle attività aziendali e distrettuali finalizzato alla tempestiva presa in carico delle persone alle quali si intende garantire la continuità delle cure.

E' però evidente che se si condivide l'obiettivo di spostare l'asse di tutela della salute a sostegno della qualità di assistenza – salvaguardando, come giusto, l'esigenza di economizzare la spesa - non bisogna dividere le forze ma integrarle e coordinarle. A tal fine è necessario che al cittadino venga consentito di interloquire, in maniera semplice ed efficace, con l'istituzione territoriale deputata ad assicurare il diritto alle cure socio sanitarie e con una tecnostruttura che garantisca la gestione complessiva dei procedimenti amministrativi e l'integrazione delle competenze professionali.

Avendo però chiara nozione che - per garantire la reale esigibilità dei servizi afferenti all'area socio sanitaria – è necessario far convergere gli obiettivi della pianificazione regionale e territoriale verso *la tutela sostanziale del diritto alla salute* ed all'assistenza e che - dall'assunzione di tale scelta - consegue l'obbligo di *definire adeguati standard di prestazione* e di *stanziare le risorse necessarie* ad erogarle.

⁵ Il documento regionale individua i "Profili e piani di salute" (PEPS) come: " *strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello distrettuale, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e di indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di salute della popolazione*".