

# COORDINAMENTO PERMANENTE TRA I CONSORZI SOCIO-ASSISTENZIALI DELLA PROVINCIA DI TORINO

---

C.I.D.I.S: Piossasco - C.I.S: Ciriè - C.I.S.S: Chivasso - C.I.S.S.A: Moncalieri - C.I.S.A: Nichelino - C.I.S.A: Rivoli - C.I.S.S.P: Settimo Torinese - C.I.S.S.A: Alpignano - C.I.S.S. 38: Cuornè - CON.I.S.A: Susa - C.S.S del Chierese: Chieri - C.I.S.A: Gassino - C.I.S.S: Pinerolo - C.I.S.A.P: Grugliasco - C.I.S.A. 31: Carmagnola - Consorzio IVREA - Comunità Montana di Perosa Argentina - C.I.S.S-A.C: Caluso - Comunità Montana Val Pellice - Comunità Montana Valsangone -

---

## OSSERVAZIONI SULLA “PROPOSTA DI PIANO SOCIO – SANITARIO REGIONALE 2006 – 2010” E SUL DISEGNO DI LEGGE DELLA GIUNTA REGIONALE “NORME PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO – SANITARIA E IL RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE”

### Premessa.

Nella introduzione alla “*Proposta di Piano Socio Sanitario Regionale 2006 - 2010*” si afferma che “*La mancanza di formali ed organiche indicazioni programmatiche che delineassero obiettivi strategici, che individuassero scelte organizzative e promuovessero, modalità di organizzazione del lavoro e di sviluppo delle attività sanitarie e socio - assistenziali, ha sfavorevolmente condizionato l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale. Inoltre la mancata integrazione con le specifiche politiche socio – assistenziali e più complessivamente con le politiche intersettoriali, che hanno spesso maggiore efficacia agli effetti di una buona tutela della salute, rispetto agli interventi sanitari in sé, ha determinato fatalmente una serie di mancate opportunità e di squilibri difficilmente recuperabili e sanabili all'interno del sistema socio – sanitario*”.

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 programmatori 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.

Proprio allo scopo di operare per il superamento degli squilibri che in questi anni si sono evidenziati all'interno del sistema socio sanitario regionale si formulano – di seguito – alcune osservazioni e proposte di integrazione e modifica del disegno di legge regionale sul PSSR, 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, evidenziare il quadro normativo nazionale e regionale di riferimento che il PSSR deve necessariamente 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 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 nella programmazione 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 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”.

## **Il “Comitato dei Sindaci di Distretto” e la “Conferenza dei Sindaci dell'Azienda sanitaria”**

Se la “Proposta di piano socio – sanitario regionale 2006 – 2010” si colloca con coerenza nel quadro normativo sopra indicato, per quanto concerne il disegno di legge della Giunta Regionale: “Norme per la programmazione socio – sanitaria e il riassetto del servizio sanitario nazionale” si rilevano invece alcune contraddizioni.

Posto che compete alla Regione disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del Comitato dei Sindaci di distretto - così come previsto dall'articolo 3 quater, comma 4, D.Lgs.502/1992 e successive modificazioni – ci si domanda la ragione per la quale tale organismo venga, di fatto, espropriato dalla possibilità di esprimersi in ordine ai “programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio sanitarie territoriali, per distretti” (articolo 15, comma 5, del Disegno di legge regionale).

Secondo il disegno di legge compete infatti al Comitato dei Sindaci la sola predisposizione dei “Profili e piani di salute” (strumenti di pianificazione quinquennali: 2006 – 2010 ) mentre la normativa nazionale assegna all'organismo il compito di esprimere un parere sul “Programma delle attività territoriali” (P.A.T) distrettuali che l'Azienda sanitaria deve – sulla base della vigente normativa regionale (DGR.n.80 – 1700 del 11.12.2000) – sottoporre annualmente al Comitato con il quale, tra l'altro, ha l'*obbligo* (sancito dall'articolo 3 quater del D.Lgs.502/1992) di raggiungere una *intesa* proprio per quanto attiene alle attività socio sanitarie.

Nel disegno di legge regionale il corrispettivo dei P.A.T è individuato nei “programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio sanitarie territoriali, per distretti” che – però – non vengono sottoposti al Comitato dei Sindaci di distretto e – in quanto tali – nemmeno alla Conferenza dei Sindaci che viene però chiamata a determinare gli indirizzi ed a definire i criteri per l'elaborazione dei “Piani attuativi locali” (articolo 15 del disegno di legge). Piani (anch'essi quinquennali, salvo aggiornamenti annuali) che vengono adottati dal direttore generale “previo confronto con le organizzazioni sindacali” e dopo aver acquisito il *parere* della Conferenza dei Sindaci.

Terminato il suddetto iter ai “Piani attuativi locali” viene data attuazione attraverso i *programmi annuali* (ex P.A.T) che vengono però semplicemente *trasmessi* alla Conferenza dei Sindaci (mentre la normativa nazionale prevede che vengano sottoposti al parere del Comitato dei Sindaci di distretto che può “concertare”, con l'Azienda sanitaria, la parte dei programmi relativa all'area socio sanitaria). In buona sostanza si evidenzia una grave riduzione dei “poteri” dei Sindaci nella *definizione ed attuazione dei programmi a livello distrettuale*, che si pensa, forse, “compensata” dal ruolo ad essi assegnato a livello di *pianificazione strategica quinquennale*.

Il Comitato dei Sindaci di distretto si attiverà dunque – di norma – ogni cinque anni nella fase di definizione ed approvazione dei PEPS. Inoltre anche la Conferenza dei Sindaci opererà – per quanto attiene alla programmazione - su base quinquennale (i “*Piani attuativi locali*”), fatto salvo che ad essa è data l’ulteriore funzione di esprimere il parere sul bilancio pluriennale e di esercizio dell’azienda e di valutare la “*Relazione socio sanitaria aziendale*” (articolo 17 del disegno di legge) predisposta annualmente dal direttore generale.

A fronte di un documento di piano che valorizza positivamente la dimensione distrettuale, si delinea un impianto di “*governo del sistema fortemente spostato sulla dimensione aziendale* e basato – per quanto attiene alla partecipazione degli enti locali – su *momenti di confronto unicamente formali e non vincolanti*, in gravissima contraddizione con quanto teoricamente enunciato nel documento. Da ciò consegue il venire meno di una efficace possibilità di “*concertazione*” tra i comuni del distretto e l’azienda sanitaria (prevista, almeno formalmente, nella vigente normativa).

E’ ben vero che – come recita il comma 3 dell’articolo 14 del disegno di legge – “*Gli obiettivi di salute previsti dal PEPS che rendano necessari specifici interventi da parte della rete dei servizi sanitari sono oggetto di appositi accordi con le direzioni aziendali*”, ma – a ben vedere – viene lasciata nel vago l’individuazione degli interlocutori e della sede per la definizione dei suddetti accordi. Poiché l’interlocutore dell’Azienda non può che essere il Comitato dei Sindaci - e che di tali accordi sarà necessario stipularne parecchi, vista l’impostazione incrementale che il PSSR giustamente assume – è opportuno prevedere (come da vigente normativa) che il *Direttore Generale faccia organicamente parte del Comitato stesso*. Verrebbe così individuata, *con chiarezza*, nel Comitato dei Sindaci la sede di concertazione più propria per la definizione degli impegni dei Comuni e dell’Azienda (sia con riferimento ai PEPS che ai PDZ).

E’ infatti evidente che il PEPS si sostanzia in previsioni di investimenti (finanziari, professionali e strutturali) che non possono non prevedere il coinvolgimento dell’Azienda sanitaria anche in sede di “assunzione di impegni” con le OO.SS (e non solo nella “*partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS*” di cui al comma 6 dell’articolo 14 del disegno di legge).

L’esperienza compiuta in questi anni nell’attività di indirizzo degli Enti Gestori ha inoltre reso evidente che i Sindaci possono esprimere la propria responsabilità di tutela sociosanitaria e del diritto alla salute dei loro cittadini, soprattutto nell’ambito del territorio più direttamente amministrato, e cioè nell’ambito comunale e in quello consortile. Da ciò consegue che il distretto (e, di conseguenza, il Comitato dei Sindaci) – individuato dal D.Lgs.502/92 come l’ambito più idoneo per la programmazione concordata con gli Enti Locali e per la gestione coordinata delle attività socio assistenziali con quelle sanitarie e socio sanitarie – è il contesto nel quale i Sindaci possono efficacemente esprimersi, intervenendo concretamente nella politica sanitaria e sociosanitaria del loro territorio.

**Relativamente al “Comitato dei Sindaci di Distretto” ed alla “Conferenza dei Sindaci dell’Azienda sanitaria” si propone pertanto di apportare alcune integrazioni e modifiche agli articolo del disegno di legge sotto elencati.**

<b>PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DELL’ARTICOLO 8 DEL DISEGNO DI LEGGE</b>	
1.	IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO, DI CUI ALL’ARTICOLO 3 QUATER DEL D.LGS.502/1992, E’ L’ORGANO DI PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA A LIVELLO DISTRETTUALE.
2.	IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO E’ COMPOSTO DAI SINDACI DEI COMUNI COMPRESI NELL’AMBITO TERRITORIALE DEL DISTRETTO DI CUI ALL’ARTICOLO 19.
3.	AL COMITATO PARTECIPANO INOLTRE CON DIRITTO DI VOTO IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA, IL PRESIDENTE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI E IL DIRETTORE GENERALE DELL’AZIENDA TERRITORIALMENTE COMPETENTE ED IL PRESIDENTE DELL’ENTE GESTORE DEI SERVIZI SOCIALI.
4.	PARTECIPANO ALTRESI’, SENZA DIRITTO DI VOTO E CON FUNZIONI DI SUPPORTO AL COMITATO STESSO, IL DIRETTORE DEL DISTRETTO ED IL DIRETTORE DELL’ENTE GESTORE DEI SERVIZI SOCIALI.
<b>PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DELL’ARTICOLO 14, COMMA 5, DEL DISEGNO DI LEGGE</b>	
5.	IL COMITATO DEI SINDACI DI CUI ALL’ARTICOLO 8 PREDISPONE IL PEPS E LO APPROVA A MAGGIORANZA, PREVIA CONCERTAZIONE CON I LIVELLI ISTITUZIONALI INTERESSATI NONCHE’ TRA QUESTI ED I SOGGETTI DI CUI

ALL'ARTICOLO 1, COMMA 4, DELLA LEGGE 328/2000, LE AZIENDE PUBBLICHE DEI SERVIZI ALLA PERSONA CHE CONCORRONO CON PROPRIE RISORSE UMANE, FINANZIARIE O PATRIMONIALI ALLA REALIZZAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI CONFEDERALI E DI CATEGORIA MAGGIORMENTE RAPPRESENTATIVE A LIVELLO NAZIONALE.

**PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DELL'ARTICOLO 7, COMMA 2, LETTERE a) E b) DEL DISEGNO DI LEGGE**

2. IN PARTICOLARE LA CONFERENZA:

- a) PROVVEDE ALLA DEFINIZIONE, NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA REGIONALE, DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'IMPOSTAZIONE PROGRAMMATICA DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 E LO APPROVA. LE LINEE DI INDIRIZZO ED IL PIANO SONO ELABORATI SULLA BASE DEI PROFILI E PIANI DI SALUTE DI CUI ALL'ARTICOLO 14;
- b) ESAMINA ED ESPRIME PARERE SUL BILANCIO PLURIENNALE DI PREVISIONE E SUL BILANCIO DI ESERCIZIO DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIFERIMENTO E RIMETTE ALLA REGIONE LE RELATIVE OSSERVAZIONI. IN CASO DI PARERE NEGATIVO LA GIUNTA REGIONALE ASSUME LE PROPRIE DETERMINAZIONI CON PROVVEDIMENTO MOTIVATO;

**PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DELL'ARTICOLO 15, COMMI 2, 3, 4, E 6 DEL DISEGNO DI LEGGE**

2. LA CONFERENZA DEI SINDACI, DI CUI ALL'ARTICOLO 7, DETERMINA GLI INDIRIZZI E DEFINISCE CRITERI PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE DA PARTE DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE.

3. IL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE, PREVIO CONFRONTO CON I SOGGETTI ISTITUZIONALI INTERESSATI E CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DI CUI ALL'ARTICOLO 10, PREDISPONE IL PIANO ATTUATIVO E LO TRASMETTE ALLA CONFERENZA DEI SINDACI PER L'APPROVAZIONE.

4. IL DIRETTORE GENERALE TRASMETTE IL PIANO ATTUATIVO APPROVATO DALLA CONFERENZA DEI SINDACI ALLA GIUNTA REGIONALE CHE, ENTRO QUARANTA GIORNI, NE VERIFICA LA CONFORMITA' ALLA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA REGIONALE.

6. IL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE ADOTTA IL PROGRAMMA ANNUALE DI ATTIVITA' DI CUI AL COMMA 5 ENTRO L'ANNO PRECEDENTE A QUELLO DI RIFERIMENTO PREVIA INTESA, PER LA PARTE RELATIVA ALLE ATTIVITA' AFFERENTI ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, CON IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO CHE ESPRIME INOLTRE IL PROPRIO PARERE SUL COMPLESSO DELLE ATTIVITA' SANITARIE PREVISTE DAL PROGRAMMA

**La definizione degli ambiti territoriali dei distretti e gli strumenti della partecipazione.**

Nella definizione degli ambiti territoriali dei distretti è opportuno che si tenga in debito conto il dimensionamento degli enti gestori (che, nell'assetto attuale, è il prodotto dei processi che hanno modificato, nel tempo, la "geografia" del sistema sanitario regionale).

In tal senso giova ricordare il disposto dell'articolo 3 quater del D.Lgs.502/1992 - secondo il quale "*La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale*" – e l'articolo 8 della legge 1/2004 con la quale la Regione Piemonte ha (già) individuato "*gli ambiti territoriali dei distretti sanitari*" (quelli attuali) "*o di multipli degli stessi quale ambito ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*".

E' dunque appena il caso di osservare che per modificare gli ambiti dei distretti attuali - anche al fine di realizzare la "*coincidenza fra gli ambiti dei distretti di cui all'articolo 19 e quelli degli enti gestori dei servizi socio assistenziali*" (come prevede l'articolo 21 del DDL regionale) – occorre che si legiferi nel rispetto del secondo comma del citato articolo 8 della legge regionale secondo il quale "*Gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi*" (afferenti al sistema integrato regionale) "*sono definiti attraverso forme di concertazione tra la Regione e gli enti locali con le medesime modalità previste per la predisposizione del piano regionale di cui all'articolo 16 ed in raccordo con le ASL*".

Le modalità di concertazione alle quali l'articolo citato fa riferimento prevedono – come noto - l'utilizzo dei "*metodi della programmazione di cui all'articolo 14, con il concorso dei comuni e delle province, anche*

mediante l'elaborazione di proposte coordinate a livello provinciale ai sensi dell'articolo 20 del DLgs.267/2000" (articolo 16, legge regionale 1/204).

Purtroppo, proprio con riferimento alla *partecipazione alla programmazione*, il disegno di legge sembra limitare l'istituto della *concertazione* alle sole organizzazioni sindacali, riservando agli altri soggetti l'istituto della *consultazione*. Ma ciò non risulta coerente la vigente normativa regionale secondo la quale (articolo 14, comma 2, della legge 1/2004) "*La Regione, le province e i comuni adottano come metodo della programmazione i seguenti criteri operativi: a) la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nonché tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della l. 328/2000, le aziende pubbliche di servizi alla persona che concorrono con proprie risorse umane, finanziarie o patrimoniali alla realizzazione della rete dei servizi e le organizzazioni sindacali confederali e di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale; b) la concertazione con le ASL per la programmazione dei processi di tutela della salute e, nell'ambito di questi, per le prestazioni socio sanitarie integrate, specialmente quelle ad alta integrazione*".

Come si può ben vedere l'istituto della concertazione viene riservato ad una platea molto più vasta di soggetti rispetto a quanto previsto dall'articolo 10 del disegno di legge regionale. Inoltre l'istituto della concertazione deve essere chiaramente utilizzato anche per la definizione – "*sulla base delle caratteristiche geo morfologiche e socio economiche delle singole zone e delle peculiarità dei bisogni delle zone medesime*" (articolo 8, comma 3, della legge 1/2004) - dei nuovi ambiti distrettuali.

A tali disposizioni normative (di merito e di metodo) si deve dunque far riferimento in sede di definizione dei distretti: pur nel tendenziale rispetto del dimensionamento minimo di popolazione (fissato D.Lgs.502/92 e s.m.i<sup>1</sup> in 60.000 abitanti ed innalzato a 70.000 nel disegno di legge regionale che detta le norme per il PSSR).

**Relativamente al processo di definizione degli ambiti territoriali dei distretti ed agli strumenti della partecipazione si propone pertanto di apportare alcune integrazioni e modifiche agli articoli del disegno di legge sotto elencati.**

<b>PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DEI COMMI 1 E 3 DELL'ARTICOLO 19 DEL DISEGNO DI LEGGE</b>
1.1 DISTRETTI, COMPREDENTI CIASCUNO UNA POPOLAZIONE DI NORMA NON INFERIORE A 70.000 ABITANTI, COSTITUISCONO L'ARTICOLAZIONE TERRITORIALE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E L'AMBITO OTTIMALE PER L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE. NELLA DEFINIZIONE DEI DISTRETTI LA REGIONE RICONOSCE LA PECULIARITA' DEGLI AMBITI TERRITORIALI DEGLI ENTI GESTORI CHE SI CARATTERIZZANO QUALI AREE OMOGENEE CHE ESPRIMONO LE CARATTERISTICHE GEO MORFOLOGICHE E SOCIO ECONOMICHE DELLE AREE MEDESIME. L'ARTICOLAZIONE DISTRETTUALE E' DEFINITA PREVIA CONCERTAZIONE TRA L'AZIENDA SANITARIA E GLI ENTI LOCALI SECONDO QUANTO PREVISTO DALL'ARTICOLO 14, COMMA 2, LETTERA B) DELLA LEGGE REGIONALE 1/2004.
3. IL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE, SENTITI I SOGGETTI ISTITUZIONALI INTERESSATI, DEFINISCE GLI AMBITI TERRITORIALI SULLA BASE DEI CRITERI DI CUI AL COMMA 1 E DELLE FINALITA' INDICATE AL COMMA 2 PREVIA CONCERTAZIONE CON LA CONFERENZA DEI SINDACI DI CUI ALL'ARTICOLO 6 CHE ESPRIME PARERE OBBLIGATORIO SULL'ATTO AZIENDALE. IN CASO DI PARERE NEGATIVO LA GIUNTA REGIONALE ASSUME LE PROPRIE DETERMINAZIONI CON PROVVEDIMENTO MOTIVATO.
<b>PROPOSTE DI INTEGRAZIONE E MODIFICA DEL COMMA 2 DELL'ARTICOLO 10 DEL DISEGNO DI LEGGE</b>
2. LA PARTECIPAZIONE ALLA PROGRAMMAZIONE, IN AMBITO REGIONALE E LOCALE, SI REALIZZA ATTRAVERSO L'ADOZIONE DEI METODI DI COOPERAZIONE E CONCERTAZIONE PREVISTI DALL'ARTICOLO 14 DELLA LEGGE REGIONALE 1/2004.

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

## **I livelli e gli strumenti di programmazione.**

Nell'articolo 2 del disegno di legge, relativo ai livelli ed agli strumenti di programmazione, vi è una curiosa dimenticanza: tra gli strumenti della programmazione socio sanitaria a livello regionale viene citato il PSSR ed i relativi strumenti di attuazione ma non viene menzionato il "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali" (che compare, invece, nell'articolo 6, riferito ai compiti ed alla composizione della "Conferenza permanente per la programmazione socio – sanitaria").

Eppure secondo l'articolo 4 comma 1, lettera c) della legge regionale 1/2004, l'adozione di tale piano da parte della Regione ha la funzione *"di provvedere all'integrazione socio sanitaria, al riequilibrio territoriale e al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione, del lavoro, della casa, dell'ambiente, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni"*. Inoltre all'articolo 16, comma 2, della legge regionale si afferma che *"Il piano regionale, integrato con il piano socio sanitario regionale, ai fini di un'interazione effettiva delle funzioni socio sanitarie rivolte ai cittadini, e con il piano regionale di sviluppo, è predisposto con i metodi della programmazione di cui all'articolo 14, con il concorso dei comuni e delle province, anche mediante l'elaborazione di proposte coordinate a livello provinciale ai sensi dell'articolo 20 del D.Lgs.267/2000 e garantisce il raccordo tra i piani di zona, con l'obiettivo di assicurare omogeneità di integrazione socio – sanitaria e l'accesso dei cittadini alle prestazioni erogate"*.

A fronte dell'importanza attribuita dalla legge regionale 1/2004 al "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali" – come strumento di indirizzo e di raccordo dei Piani di Zona al fine di perseguire *l'omogeneità dell'integrazione socio sanitaria* – la dimenticanza del disegno di legge regionale assume gli aspetti di una – comprensibile - "rimozione".

Il vigente quadro normativo regionale prevede infatti che il PSSR ed il "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali" – tra loro integrati – abbiano un corrispettivo, in sede di programmazione socio sanitaria locale, nel Piano di Zona. Il disegno di legge regionale introduce però un nuovo strumento (sempre a livello locale): il già citato PEPS. E' dunque lecito porsi due domande:

- posto che il PSSR ed il "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali" hanno in comune l'area dell'integrazione socio sanitaria, a quale ambito "originale" di programmazione assolve quest'ultimo?
- posto che la "ricaduta" a livello locale di entrambi gli strumenti di pianificazione regionale è sui PDZ ed ora anche sui PEPS, a quale ambito "originale" di programmazione territoriale assolve quest'ultimo? Cosa lo distingue (se deve essere distinto) dal PDZ?

Alla prima domanda si può forse rispondere che, così come il PSSR regionale ha - quale prerogativa specifica – quella di occuparsi della sanità regionale in generale (oltre che dell'area socio sanitaria), anche il "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali" ha la peculiarità di occuparsi del "sociale" in senso lato (oltre che del raccordo con il sistema socio sanitario).

Più complicato è, in questa fase, rispondere alla seconda domanda. A meno che non si voglia intendere che – in futuro - il PEPS starà al PSSR così come il PDZ al "Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali". In tal caso gli accordi per l'integrazione socio sanitaria dovranno avvenire nell'ambito del PEPS (che però non si formalizza con un "Accordo di Programma") mentre quelli relativi alla definizione dei "piani regolatori dei servizi sociali" – intesi in senso allargato – avverranno nell'ambito dei PDZ (nei quali la presenza dell'Azienda sanitaria sarà importante ma, sicuramente, meno determinante).

Purtroppo nel disegno di legge regionale e nella proposta di piano, questi nodi problematici non vengono sciolti. Non appare infatti risolutiva l'affermazione – contenuta nell'articolo 15 ("Piani attuativi locali") del disegno di legge – che *"le aziende sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, gli accordi relativi ai PEPS di distretto e i piani di zona di cui all'articolo 2"*. Sarebbe pertanto opportuno un approfondimento sul tema dei raccordi tra i livelli di programmazione.

## **L'organizzazione della gestione integrata.**

Ribadito che i Sindaci devono essere messi in condizione di svolgere il ruolo di tutela dei diritti della popolazione che ad essi assegna la legge regionale 1/2004 - 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 dell'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 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 realizzare *un modello organizzativo dell'integrazione socio sanitaria* incardinato su Unità Valutative multi disciplinari che devono, necessariamente, configurarsi come organismi – stabilmente operativi - preposti alla *“presa in carico”* e, in quanto tali, rappresentare lo strumento di *un distretto socio sanitario in grado di governare i processi di cura*.

### **L'integrazione delle risorse e l'applicazione dei LEA socio sanitari.**

La proposta di PSSR 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.

Come viene detto nella proposta 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 dagli enti gestori 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.

### **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 "sistema di governo" e di una 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.

Grugliasco 10.07.2006

Per il Coordinamento dei Consorzi  
Il Presidente CISAP  
*Michele SUMA*