

CHI PAGA PER L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA AI DISABILI? L'ORIENTAMENTO DELLE REGIONI

FRANCO PESARESI

DIRIGENTE SERVIZI SOCIALI, EDUCATIVI E SANITÀ DEL COMUNE DI ANCONA

L'analisi della legislazione regionale in materia di finanziamento dei servizi sociosanitari rivolti a persone disabili segnala l'opportunità di rivedere alcune scelte, in particolare quelle che prevedono oneri alla componente sociale anche nelle fasi intensive ed estensive dell'intervento

LA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO

La Legge di riforma del Servizio sanitario nazionale (D. Lgs. 19/6/1999, n. 229), l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie del 2001 (DPCM 14/2/2001) e il Decreto sui LEA (DPCM 29/11/2001) hanno stabilito le regole dell'integrazione socio-sanitaria e la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie fra le ASL, le famiglie e i comuni. Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute 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.

La ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie è molto importante perché è in grado di determinare lo sviluppo o meno di determinati servizi e di influenzare pesantemente la dimensione degli oneri che verranno richiesti ai disabili e alle loro famiglie per la fruizione dei servizi stessi. Infatti, le quote non coperte dal Servizio sanitario sono poste a carico degli assistiti (e delle loro famiglie) e dei comuni in quote che possono variare ampiamente, anche in relazione alla tipologia del servizio.

Il quadro normativo nazionale non rappresenta più, soprattutto dopo le più recenti modifiche costituzionali, un assetto normativo vincolante ma un importante punto di riferimento offerto all'autonomia delle regioni. Spetta infatti alle regioni stabilire gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie nonché le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

Dopo l'approvazione dei DPCM del 14/2/2001 e del 29/11/2001 sono state solo otto le regioni che hanno recepito tali atti: la Calabria, il Lazio, la Sardegna, la Toscana, l'Umbria, il Veneto, il Lazio Piemonte (parzialmente) e la Liguria (parzialmente). La Sardegna e il Lazio hanno recepito l'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 senza apportare alcuna modifica mentre le altre regioni hanno, in parte, modificato tale atto nazionale di riferimento. Per cui, nelle tabelle successive per confrontare gli orientamenti nazionali con quelli regionali basterà tener conto che quelli della Sardegna e del Lazio sono gli stessi di quelli nazionali.

Tutte le regioni hanno seguito gli schemi dei decreti nazionali (il Lazio e la Sardegna il DPCM 29/11/2001 mentre le altre regioni hanno seguito lo schema del DPCM del 14/2/2001) apportando però, con eccezione della Sardegna e del Lazio, delle modificazioni. Trovare una sintesi dei pur pochi provvedimenti regionali è estremamente difficile dato che le regioni hanno apportato numerose modificazioni alle prestazioni e alle quote di partecipazione alla spesa rispetto all'atto nazionale di riferimento seguendo logiche disomogenee o non facilmente comprensibili. Nel complesso non risulta evidente una direzione netta delle modificazioni apportate dalle regioni nel senso che non ci sono orientamenti univoci circa lo spostamento di oneri dalla sanità al sociale o viceversa rispetto ai decreti nazionali anche se poi le singole regioni sembrano propendere moderatamente per l'una o l'altra situazione (per esempio la Calabria sembra spostare alcuni oneri sull'utente e/o comune mentre il Piemonte sembra caricarli sul SSN) (Pesaresi, 2006)¹.

¹ Pesaresi F., *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di) "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Italia: Scenari, ipotesi e proposte", Il Mulino, Bologna, 2006.

LA SUDDIVISIONE DI COSTI NELL'ASSISTENZA AI DISABILI

L'assistenza domiciliare integrata (ADI). Per l'assistenza domiciliare ai disabili il Servizio sanitario delle regioni si fa carico integralmente di tutte le prestazioni afferenti le funzioni sanitarie mentre per quel che riguarda l'assistenza tutelare alla persona la percentuale a carico del Servizio sanitario non può superare il 60%, escluse il Lazio, la Sardegna e l'Umbria dove tale percentuale è stata determinata precisamente nel 50%.

La Calabria, il Lazio, il Veneto e la Toscana hanno poi voluto precisare che le prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare sono invece totalmente a carico dei comuni (e degli utenti).

Di particolare interesse la previsione dell'Umbria che ha stabilito che le borse terapeutico riabilitative (contributi mensili in denaro) per l'inserimento e l'accompagnamento al lavoro di soggetti disabili temporaneamente non occupabili, ma comunque bisognosi di una terapia occupazionale riabilitativa, sono a totale carico delle ASL (Cfr. Tab. 1).

L'assistenza semiresidenziale. Gli orientamenti regionali per l'assistenza semiresidenziale ai disabili sono molto diversificati. Da una parte troviamo la Liguria, il Lazio e la Sardegna i cui Servizi sanitari si fanno carico per il 100% del costo del servizio, percentuale che scende al 70% per l'assistenza dei disabili gravi in Sardegna, Lazio e Umbria.

Le altre regioni, invece, ripartiscono gli oneri in relazione alla fase assistenziale. Nella fase intensiva ed estensiva, in Umbria e Toscana, tutti gli oneri sono a carico del SSN mentre in Piemonte le strutture ad alta intensità assistenziale sono a carico della sanità per il 70% e le strutture a media intensità assistenziale per il 60%

Molto più complessa è la suddivisione degli oneri nella fase di lungoassistenza. In Toscana e Veneto le prestazioni diagnostiche e terapeutiche sono per il 100% a carico del SSN mentre le altre prestazioni (riabilitative, educative e di socializzazione) sono a carico della sanità per il 67,5% in Veneto e dal 60% al 75% (in base alla gravità e al grado di autonomia) in Toscana. Tutte le prestazioni, invece, gravano sul SSN per il 50% in Piemonte e dal 60% al 75% in Calabria e Lazio. Solo del 40% è invece la quota a carico delle ASL per i centri

Tab. 1 – I costi dell'ADI per i disabili a carico del Servizio sanitario nelle regioni italiane

Prestazioni	Lazio, Sardegna	Calabria Veneto Toscana	Umbria
Prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assistenza programmata di medicina generale, medicina specialistica, infermieristica, riabilitativa e attività di immobilizzazione, farmaceutica con fornitura a domicilio, se prevista, fornitura protesi, ausili e materiale sanitario.	100%	100%	100%
Assistenza tutelare alla persona	50%	max 60%	50%
Prestazioni educative/organizzative fornite come sostegno all'organizzazione familiare e/o al contesto domiciliare (servizi di auto aiuto, sostituzione a tempo dei familiari, disbrigo pratiche, fornitura pasti, aiuto domestico).		0%	
Assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa per disabili gravi in fase acuta.			100%
Assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa per disabili gravi in fase di lungoassistenza			50%
Altri interventi			
Inserimento ed accompagnamento al lavoro e alla formazione			0%
Borse terapeutico riabilitative per inserimento e accompagnamento al lavoro			100%

Tab. 2 – I costi dell'assistenza semiresidenziale per i disabili a carico del Servizio sanitario nelle regioni

Prestazioni	Lazio, Sardegna	Calabria	Veneto	Toscana	Piemonte	Umbria	Liguria
prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriparative;	100%						100%
prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriparative, (Toscana: no socioriparative) <u>nella fase intensiva</u> . (Piemonte: centri diurni socio-terapeutici riabilitativi)		100%		100%	70%		100%
prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriparative, <u>nella fase estensiva</u> . (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture a media intensità assistenziale: CAD).		100% possibile compartecipa zione alla spesa dell'utente nei limiti dell'assegno di accompagna mento fino al 20% del costo complessivo.		Fino al 100%	60%		100%
prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione <u>nella fase di lungoassistenza</u> (compresi i servizi di sollevo alla famiglia). (Veneto: CEOD). (Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture di intensità assistenziale di base: laboratori, centri di lavoro guidato).		dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	67,5%	dal 60% al 75% in base alla gravità e al grado di autonomia	50%		
prestazioni diagnostiche e terapeutiche nella fase di lungoassistenza (CEOD).			100%	100%			
Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno per minori disabili						40%	
prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriparative per disabili gravi (Umbria: Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno)	70%					70%	

diurni per minori disabili in Umbria (Cfr. Tab. 2).

Volendo trovare una sintesi si può affermare che l'orientamento prevalente delle regioni

per l'assistenza semiresidenziale dei disabili pone a carico del SSN il 100% dei costi nella fase intensiva ed estensiva mentre nella fase

di lungoassistenza tale percentuale oscilla fra il 60% e il 75% del totale.

L'assistenza residenziale. La suddivisione dei costi nel settore dell'assistenza residenziale ai disabili rappresenta un vero ginepraio, suddiviso, come è, in tre categorie: 1) disabili gravi; 2) disabili privi del sostegno familiare; 3) altri disabili.

Per quel che riguarda i disabili gravi la quota di partecipazione ai costi del Servizio sanitario è del 70% in tutte le regioni (Lazio, Sardegna, Veneto, Umbria e Piemonte). La Regione Umbria diversamente dalle altre propone un secondo livello assistenziale, meno impegnativo, dove la partecipazione della ASL è del 50% per la gestione della comunità alloggio per disabili gravi, un servizio tutelare di

residenzialità permanente dove si offrono prestazioni educative e di socializzazione (Cfr. tab. 3).

Solo la regione Piemonte chiarisce che per soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92 ed i soggetti che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della L. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

Per i disabili privi del sostegno familiare, previsti solo in fase di lungoassistenza, la sanità della Calabria e della Toscana si fanno carico del 100% dei costi relativi alle prestazioni afferenti le funzioni sanitarie, del 70% della

Tab. 3 – I costi dell'assistenza residenziale per i disabili gravi a carico del Servizio sanitario nelle regioni italiane

Prestazioni	Lazio, Piemonte, Sardegna , Veneto	Calabria	Umbria
RSA disabili		100%*	
prestazioni di residenzialità socio-sanitaria (Veneto: a superiore intensità lungoassistenziale presso le grandi strutture; Umbria: Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale)	70%		70%
Comunità alloggio per disabili gravi			50%

Note: * possibile compartecipazione alla spesa dell'utente.

Tab. 4 – I costi dell'assistenza residenziale per i disabili privi di sostegno familiare a carico del Servizio sanitario nelle regioni italiane

Prestazioni	Lazio, Sardegna Liguria	Calabria	Veneto	Toscana	Umbria
prestazioni afferenti funzioni sanitarie, quali assist. di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica, riabilitativa, farmaceutica dove prevista, fornitura di protesi, di ausili e materiale sanitario nella fase di lungoassistenza		100%		100%	
Prestazioni di assistenza alla persona (assistenza tutelare) e attività di socializzazione e animazione per il mantenimento delle abilità e delle capacità di relazione nella fase di lungoassistenza		max 70%		max 70%	
assistenza alberghiera nella fase di lungoassistenza		max 40%		max 20%	
assistenza residenziale nella fase della lungoassistenza (Umbria: famiglie-comunità per il "dopo di noi"; Liguria: struttura residenziale socio-riabilitativa)	40%		40-50%		40%

Tab. 5 – I costi dell'assistenza residenziale per i disabili a carico del SSN nelle regioni italiane

Prestazioni	Sardegna Liguria	Lazio	Calabria	Veneto	Toscana	Piemonte	Umbria
prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriusabilitative.	100%						
prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriusabilitative nella fase intensiva sulla base del piano individualizzato ed entro termini temporali definiti.		100%		100%			
prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriusabilitative nella fase estensiva sulla base del piano individualizzato ed entro termini temporali definiti.		100%*		100%*			
tutte le prestazioni delle strutture ad alta intensità assistenziale (RSA disabili, RAF A e B, comunità alloggio, progetti per mantenere il disabile nel suo ambiente)					70%		
Veneto: prestazioni di residenzialità socio-sanitaria presso le RSA, comprensive delle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative. Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture di media intensità assistenziale (comunità alloggio tipo A, comunità per disabili gravi, G.A. tipo A, G.A. per disabili gravi, progetti per mantenere il disabile nel suo ambiente)			50%		60%		
Veneto: comunità alloggio; Piemonte: tutte le prestazioni delle strutture ad intensità assistenziale di base (comunità alloggio di tipo B, comunità familiari, G.A. di tipo B, progetti per mantenere il disabile nel suo ambiente)			30%		50%		
Calabria: Case protette per disabili		40%					
Inserimenti di minori disabili in strutture comunitarie a carattere socio-educativo-assistenziale						40%	

Note: * possibile partecipazione alla spesa dell'utente nei limiti dell'assegno di accompagnamento fino al 20% del costo complessivo.

assistenza tutelare alla persona e del 20% (40% in Calabria) dell'assistenza alberghiera. In Liguria, Lazio, Sardegna, Umbria e Veneto, invece, la suddivisione dei costi viene calcolata forfetariamente nel 40% a carico del SSN che può arrivare al 50% in Veneto (Cfr. Tab. 4). La regione Veneto ha chiarito che rientrano nella categoria dei soggetti privi di sostegno familiare quei ricoveri motivati dalla mancanza di sostegno familiare.

Per tutte le altre categorie di disabili si applicano ulteriori norme. Nelle fasi intensive ed estensive (ed in Sardegna e Lazio) l'assistenza

è a totale carico della ASL che può richiedere - in Calabria e Toscana - la partecipazione alla spesa dell'utente nei limiti dell'assegno di accompagnamento e fino al 20% del costo complessivo (Cfr. Tab. 5).

Per l'assistenza residenziale (e semiresidenziale) ai disabili il Piemonte propone tre diversi livelli prestazionali che vedono una diversa percentuale di partecipazione ai costi da parte dell'utente e/o del comune che sono identificati dalla Unità valutativa handicap (UVH). I livelli prestazionali sono i seguenti:

- Il livello prestazionale base è destinato a soggetti che, pur in presenza di menomazioni, mantengono una sufficiente condizione di autosufficienza e autonomia, per i quali risultano appropriati gli standard assistenziali minimi stabiliti dalla normativa vigente, con l'obiettivo di mantenere il livello raggiunto ed il maggior grado di autonomia personale. Rientrano in questo livello le comunità alloggio di tipo B, le comunità familiari e i gruppi appartamento (G.A.) di tipo B. Il Servizio sanitario piemontese si fa carico del 50% del loro costo. Gli altri due livelli rispondono invece a situazioni maggiormente complesse, che richiedono una maggiore intensità degli interventi riabilitativi, socializzanti e tutelari per assolvere alle esigenze della persona.
- Il livello prestazionale medio risponde a situazioni sia stabilizzate che in corso di evoluzione, che necessitano per un tempo medio o prolungato, comunque definito, di un grado di intensità socio-riabilitativa e di assistenza alla persona maggiore rispetto ai requisiti minimi stabiliti dalla normativa vigente, al fine di conseguire un recupero o un mantenimento delle proprie funzioni. Rientrano in questo livello le comunità alloggio di tipo A, le comunità per disabili gravi e i G.A. per disabili gravi. Il Servizio sanitario si fa carico del 60% del loro costo.
- Il livello prestazionale "alto" risponde a situazioni di gravità/aggravamento della patologia disabilitante ed è finalizzato ad un recupero o ad una stabilizzazione. E' caratterizzato da un rilevante impegno terapeutico e riabilitativo e da una conseguente intensità della componente sanitaria, da individuare nel progetto personalizzato; riveste carattere temporaneo e pertanto ha una durata massima di un anno, prorogabile su valutazione e responsabilità dell'UVH. Rientrano in questo livello le RSA disabili, le RAF e le comunità alloggio. Il Servizio sanitario si fa carico del 70% del loro costo.

Tra le particolarità della regolamentazione piemontese vi è che sono stati inseriti nel livello semiresidenziale e residenziale anche i progetti per il mantenimento del disabile nel proprio ambiente. Tali progetti sono formulati previa valutazione da parte dell'UVH, la quale provvede alle successive verifiche periodiche (in media annualmente) e sono ammissibili solo nel caso in cui gli interventi terapeutico-

riabilitativi e socio-riabilitativi disposti ed erogati a livello territoriale e/o domiciliare siano alternativi alla residenzialità della persona. Tali progetti per il mantenimento del disabile nel suo ambiente sono a carico del Servizio sanitario nella misura del 50%, del 60% o del 70% a seconda della collocazione del disabile in uno dei tre livelli prestazionali in base ai suoi bisogni assistenziali.

Anche il Veneto non ha seguito la solita suddivisione per fasi assistenziali e per tipologia di prestazione ma ha proposto una suddivisione legata alla tipologia della struttura dove l'intervento della ASL oscilla dal 70% al 30% in relazione alla intensità dell'assistenza (Cfr. Tab. 5).

L'orientamento prevalente delle regioni, ammesso che sia possibile individuare una prevalenza in tanta varietà, prevede che sia il SSN a farsi carico per il 100% dell'assistenza residenziale in fase intensiva ed estensiva. Nella fase di lungoassistenza la sanità si fa carico mediamente del 70% dei costi dei disabili gravi, del 40-50% dei disabili privi del sostegno familiare e del 50% di tutti gli altri disabili.

VALUTAZIONI CONCLUSIVE

La misura della suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario delle prestazioni socio-sanitarie è proposta dai DPCM del 14/2/2001 e del 29/11/2001 ma spetta alle singole regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia anche allontanandosi dai due decreti.

Dal 2001 ad oggi solo 8 regioni hanno provveduto (e due in modo incompleto) a stabilire le regole della suddivisione dei costi fra sociale e sanitario basando i propri provvedimenti sul recepimento dei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 a cui, in genere, hanno apportato numerose modificazioni.

L'analisi dei provvedimenti regionali ha permesso di identificare l'orientamento prevalente delle regioni che rappresenta l'unica sintesi possibile e purtroppo non esaustiva di un panorama di atti regionali estremamente diversificati. Nel campo dell'assistenza socio-sanitaria ai disabili, l'orientamento prevalente delle regioni prevede che tutta l'assistenza in fase intensiva ed estensiva sia a carico del SSN con esclusione di una quota del 40-50% dell'assistenza tutelare che viene fornita nell'ADI. Nella fase della lungoassistenza non sono coperti dal SSN il 40-50% dell'assistenza tutelare dell'ADI ed il 25-40% dell'assistenza

semiresidenziale. Per quel che riguarda l'assistenza residenziale, il Servizio sanitario non si fa carico mediamente del 30% del costo per i disabili gravi, del 50-60% del costo per i disabili privi del sostegno familiare e del 50% del costo per tutti gli altri disabili (Cfr. Tab. 6).

Tab. 6 - Quello che il Servizio sanitario non paga. L'orientamento prevalente delle regioni.

utenti	assistenza	fase intensiva	fase estensiva	fase di lungoassistenza
disabili	domiciliare	40-50% dell'assistenza tutelare	40-50% dell'assistenza tutelare	40-50% dell'assistenza tutelare
	semiresidenziale			25-40% del costo complessivo
	residenziale			30% del costo per i disabili gravi 50-60% del costo per i disabili privi del sostegno familiare 50% del costo per gli altri disabili

Relazione al Parlamento sul processo di superamento degli ex OP. Ancora 612 pazienti in quattro strutture convenzionate

Quattro strutture devono ancora completare il programma di superamento degli Ospedali psichiatrici (Op) avviato nel 1998. E sono 612 i pazienti che attendono di essere sistemati in residenze psichiatriche o sanitarie assistenziali (...) E' quanto emerge dalla Relazione inviata dal Ministero della Salute al Parlamento.

I dati sono aggiornati al 31 dicembre 2005. Le strutture ancora interessate sono tutte private convenzionate: S. Colombano al Lambro in Lombardia, S. Maria di Foggia e Don Uva di Bisceglie in Puglia, Villa Stagno in Sicilia. "La mancata conclusione di alcuni programmi- si legge nel documento – è stata attribuita a una ritardata disponibilità delle strutture residenziali di destinazione, oltre che a problemi di collocazione del personale". Nel 1996, gli ospedali privati convenzionati erano 11 con 3.732 pazienti. "Il progetto di superamento degli ex Op- ricorda il Ministero della Salute - si è articolato in sottoprogetti che prevedono, sull'inquadramento diagnostico effettuato dagli operatori, una idonea collocazione dei pazienti. Per tutti i pazienti sono stati predisposti programmi di inserimento in strutture idonee, in rapporto alla propria patologia prevalente". Per quanto riguarda gli inserimenti dei pazienti, le percentuali più alte di inserimenti domiciliari si sono registrate in Basilicata (6,5%) e in Piemonte (4,9%); la più bassa in Lombardia (0,9%). I soggetti inseriti in residenze costituiscono il 62,1% del totale. La più alta percentuale di inserimenti residenziali si è registrata in Abruzzo e in Piemonte (rispettivamente l'89,5% l'89%), la più bassa in Puglia (41,7%). Per quanto riguarda i pazienti "psichiatrici", sono state realizzate residenze all'interno degli ex Op soltanto in Abruzzo e in Lombardia, con una percentuale di utilizzazione, rispettivamente, del 64,4% e del 50%. Per quanto riguarda invece i soggetti "non psichiatrici" sono state realizzate residenze nell'area ex Op di quattro Regioni: Abruzzo (con una percentuale di utilizzazione del 57,1%) Basilicata (78,8%), Lazio (96,2%) e Lombardia (76,5%).

Tratto da Agenzia Sanitaria Italiana, n. 11/2006

- il recepimento dell'allegato 1C del DPCM 29/11/2001 e quindi la definizione dei Livelli essenziali di assistenza – possono essere identificati come diritti esigibili.

Tra gli interventi regionali più innovativi ed interessanti va segnalata la norma della regione Umbria che ha previsto il finanziamento totale a carico del fondo sanitario delle borse terapeutiche riabilitative per l'inserimento al lavoro dei disabili temporaneamente non occupabili ma comunque bisognosi di una terapia occupazionale riabilitativa. L'altro importante intervento innovativo è della regione Piemonte che ha previsto il finanziamento (dal 50% al 70%) da parte del Servizio sanitario dei progetti per il mantenimento dei disabili nel proprio ambiente (per esempio: potenziamento dell'assistenza domiciliare, progetti di "vita indipendente", ecc.).

Nel complesso, però, non si può non rilevare come la ricerca delle regioni di nuovi equilibri finanziari abbia portato alla costruzione di un modello incoerente dove viene richiesta una partecipazione alla spesa anche per prestazioni collocate in fase intensiva ed estensiva, tradizionalmente assegnate totalmente al Servizio sanitario.

In tali fasi, che sono quelle in cui la malattia si manifesta nelle sue forme più acute, si esercitano tutte le attività di cura e di riabilitazione atte a compensare e a recuperare al massimo la condizione di salute e le funzioni offese. Solo nella fase di lungoassistenza, che è la fase temporalmente indeterminata del mantenimento delle condizioni di salute, potrebbe essere invece richiesta una partecipazione alla spesa da parte dell'utente per le funzioni socio-assistenziali che assumono una valenza autonoma rispetto alle attività sanitarie di mantenimento.

Sul fronte dell'assistenza residenziale, inoltre, appare eccessiva ed ingiustificata la classificazione delle strutture in tre diverse tipologie. Preso atto che tutte le regioni hanno previsto strutture residenziali per disabili gravi, appare ingiustificata la disparità di trattamento dei disabili non gravi che a parità di bisogno avrebbero una diversa contribuzione da parte della ASL in relazione alla presenza o meno del sostegno familiare.

Proprio dall'esperienza di queste otto regioni emergono degli elementi che portano a suggerire degli ulteriori aggiustamenti nella

Satyagraha, la forza della verità

I volumi, ideati e curati dal centro Ghandi di Pisa (editi dalla Libreria Editrice Fiorentina), sono fascicoli monografici della rivista *Quaderni di Satyagraha, la forza della verità*; si tratta di approfondimenti che si ispirano al modello gandhiano della nonviolenza: "il potere della nonviolenza che agisce nei conflitti per trasformarli e trascenderli verso realtà di Pace". Il quaderno dal titolo **Il peace – keeping non armato** presenta varie esperienze di difesa civile non armata e nonviolenta: organizzazioni, uomini e donne, che in varie parti del mondo stanno sviluppando azioni collettive non armate per la pace, per una soluzione pacifica dei conflitti, attraverso il dialogo e la mediazione, in alternativa ed opposizione ai corpi militari. Come indica il titolo, **Tessiduras de Paghe**, è dedicato alla Sardegna: vengono descritte le iniziative di pace e solidarietà che sono state realizzate in questa regione, testimonianze di nonviolenza attiva e di promozione dell'incrocio tra i popoli.

Martina Pignatti Morano, **Il peace-keeping non armato**, Firenze 2005, p. 312, Euro 16,00; Adriano Mariani, **Tessiduras de Paghe. Tessiture di pace**, Firenze 2006, p. 294, Euro 16,00.

ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario per la gestione dei servizi socio-sanitari per disabili che puntino a demandare totalmente alla sanità la fase assistenziale intensiva ed estensiva, che puntino a ridurre a due le tipologie (gravi e non gravi) di strutture resi-

denziali per disabili ed, infine, che puntino ad introdurre – così come hanno fatto l’Umbria ed il Piemonte – nuovi interventi con la partecipazione della ASL al fine di sviluppare i servizi per i disabili.



Per approfondire

- Pesaresi F., *La suddivisione dei costi tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori C. (a cura di) "La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti in Italia: Scenari, ipotesi e proposte", Il Mulino, Bologna, 2006.

Norme di riferimento

- Calabria: D.G.R. 10 settembre 2003, n. 695: "Criteri per la programmazione e il funzionamento delle RSA per anziani e disabili".
- Calabria: L.R. 5 dicembre 2003, n. 23: "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria".
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale a norma dell'art. 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001: "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003: "Modifica del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", in materia di certificazioni".
- Lazio: D.G.R. 1° marzo 2002, n. 255: "Presa d'atto del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza": Primo provvedimento".
- Liguria: D.G.R. 15 febbraio 2005, n. 308: "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005".
- Piemonte: D.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389: "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria".
- Piemonte: D.G.R. 30 marzo 2005, n. 17-15226: "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 51-11389 del 23/12/2003 "D.P.C.M. 29/11/2001, allegato 1, Punto 1.C. applicazione Livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria".
- Sardegna: D.G.R. 20 dicembre 2002, n. 43/9: "Disposizioni attuative del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- Sardegna: D.G.R. 15 dicembre 2004, n. 52/12: "Approvazione schema protocollo d'intesa tra l'assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale e l'ANCI Sardegna per la regolamentazione dei rapporti tra aziende USL e i comuni, relativi all'erogazione delle prestazioni dell'area socio-sanitaria (allegato 1C del DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza")."
- Toscana: D.C.R. 9 aprile 2002, n. 60: "Piano sanitario regionale 2002-2004. Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale 2002-2004."
- Toscana: D.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22: "Piano sanitario regionale 2005-2007."
- Umbria: D.G.R. 12 gennaio 2005, n. 21: "Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001".
- Umbria: D.G.R. 30 marzo 2005, n. 584: "Strutture destinate alla residenzialità permanente per persone disabili gravi. Determinazioni".
- Veneto: D.G.R. 9 agosto 2002, n. 2227: DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – Disposizioni applicative. Secondo provvedimento".
- Veneto: D.G.R. 30 dicembre 2002, n. 3972: "DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – Disposizioni applicative. Terzo provvedimento".