

L'assistenza sociosanitaria domiciliare: un servizio per la tutela del diritto alle cure

L'esperienza di accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare del CISAP viene rivisitata alla luce del vigente quadro normativo che configura le prestazioni socio sanitarie, erogate nell'ambito di tali servizi, come una risposta doverosa al diritto soggettivo alle cure.

Mauro Perino

Direttore Consorzio intercomunale dei servizi alla persona Comuni di Collegno e Grugliasco

Nel novembre 1999 il Consorzio avviava *"l'accreditamento sperimentale di agenzie fornitrici di servizi domiciliari di aiuto alle persone ed alle famiglie"*. In carenza di specifiche indicazioni normative sull'istituto dell'accreditamento si è cercato, allora, di coniugare l'obbligo di aggiudicare *"al miglior offerente"* (necessariamente *uno*), con l'individuazione *di più soggetti* con i quali sperimentare il sistema di acquisto dei servizi da parte dei cittadini: in ciò *"agevolati"* dai *"buoni di servizio"* erogati dal Consorzio¹. L'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare ha consentito il positivo ampliamento delle attività sia in termini di ore di intervento complessivamente erogate che nel numero delle persone assistite. Si sono inoltre ridotti i tempi di risposta e si è differenziata la gamma dei servizi forniti offrendo la possibilità di comporre *"pacchetti assistenziali"* personalizzati. Infine i fruitori dei servizi hanno espresso, in genere, buoni livelli di soddisfazione per le prestazioni ricevute e per la professionalità degli operatori delle agenzie.

Dal punto di vista del nostro Ente i vantaggi economici si sono concretizzati in un migliore utilizzo delle (necessariamente maggiori) risorse finanziarie investite e nel *"risparmio"* di tempo lavoro degli operatori pubblici derivante dal conferimento, ai soggetti accreditati, delle incombenze relative alla definizione dei progetti assistenziali individuali e delle funzioni istruttorie collegate all'erogazione dei *"buoni di servizio"*. Nel corso dei cinque anni di sperimentazione si sono però verificati importanti cambiamenti del quadro normativo di riferimento a livello nazionale e regionale. Si impone perciò una riflessione sulla configurazione che - nella fase attuale - deve assumere il sistema consortile di fornitura dei servizi e delle prestazioni domiciliari.

Accreditamento e mercato dei servizi

In materia di gestione dei servizi alla persona la legge quadro 328/2000² si esprime delineando un sistema nel quale la gestione pubblica e quella effettuata dai soggetti del privato - in particolare dal privato sociale - sono poste sullo stesso piano. I Comuni sono infatti chiamati - in forza dell'articolo 11, comma 3 - ad *autorizzare* e ad *accreditare* - sulla base del possesso dei requisiti fissati dalla normativa nazionale, regionale e della regolamentazione locale il complesso dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi residenziale, pubblici e privati, ed a corrispondere ai soggetti accreditati *tariffe* per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale. A tal fine l'articolo 8, comma 3, lettera n) della legge assegna alle regioni la funzione di provvedere alla: *"determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati"*.

¹ L'esperienza di accreditamento condotta dal consorzio è descritta negli articoli: Mauro Perino *"Assistenza domiciliare: gestione diretta, esternalizzazione, accreditamento, buoni di servizio"*, IPAB Oggi n° 3 anno 2002; Mauro Perino *"Un'agenzia di coordinamento territoriale della rete di cura"*, Servizio Sociale Oggi, n° 6 anno 2003

² Legge 8 novembre 2000, n. 328: *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*.

Inoltre, nell'articolo 17, si afferma che "i comuni possono prevedere" - sempre sulla base dei criteri fissati dalle regioni - "la concessione, su richiesta dell'interessato, di *titoli validi per l'acquisto di servizi sociali* dai soggetti accreditati". L'istituto dell'accreditamento - mutuato dal sistema sanitario ed introdotto nel comparto sociale dalla legge 328/2000 - è lo strumento centrale del disegno di ampliare, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, la gamma dei servizi offerti e dei soggetti abilitati a fornirli (che vengono chiamati a *competere* tra loro nell'erogazione). L'obiettivo viene esplicitamente dichiarato nel D.P.C.M recante "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona" emanato in attuazione dell'articolo 5 della legge quadro. L'articolo 1, comma 2, del decreto prevede infatti che le regioni adottino "specifici indirizzi per:

- a) promuovere il miglioramento della *qualità dei servizi e degli interventi* anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;
- b) *favorire la pluralità dell'offerta dei servizi* e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- c) *favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali* che consentano *la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore*;
- d) *favorire forme di coprogettazione* promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
- e) *definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore* e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale".

L'istituto dell'accreditamento si fonda sulla considerazione che per promuovere la crescita (economica e culturale, quantitativa e qualitativa) del settore sociale, occorre *mettere al centro il cittadino*. Un cittadino al quale - nella situazione attuale - non è consentita una reale *possibilità di scelta* perché quando è *utente* può contare su una organizzazione che alle sue spalle media tra bisogni e risposte, ma viene fortemente limitato nelle scelte, quando invece è un *compratore* in proprio, può scegliere come farsi servire, ma quasi sempre deve rinunciare ai servizi di mediazione. Si tratta di due situazioni speculari, entrambe insoddisfacenti, che si possono correggere da un lato allargando il ventaglio delle scelte e dall'altro garantendo sia agli utenti che ai *clienti* i servizi di informazione, orientamento, mediazione, e guida in un *mercato* che può essere *amministrato* dagli Enti Locali.

L'accreditamento si configura dunque come lo strumento di una politica di sostegno della domanda finale *mediante incentivi* agli individui, alle famiglie, alla collettività perché aumenti la propensione a *consumare servizi*. In buona sostanza si teorizza la necessità di promuovere una *politica attiva di incentivazione dei consumi sociali* che sappia fondarsi su sistemi di qualità orientati al cittadino. I miglioramenti attesi dai fautori del sistema dell'accreditamento si sostanziano essenzialmente nella *riduzione dei costi e nell'innalzamento della qualità*. L'argomento sui costi muove da un giudizio critico nei confronti dell'attuale sistema dei servizi nel quale permangono ampie sacche di inefficienza ed un utilizzo non ottimale delle risorse disponibili.

Per superare tali limiti si propone di agire sul terreno della *competizione* e della *libertà di scelta*. Un sistema maggiormente competitivo aumenterebbe infatti l'attenzione di chi fornisce il servizio nei confronti di chi lo riceve. Il raggiungimento di tali obiettivi viene legato al superamento dei limiti esistenti nel rapporto tra ente pubblico, finanziatore dei servizi, e soggetti erogatori, in genere appartenenti al terzo settore. Un rapporto fondato sull'utilizzo delle "convenzioni" che - come sostengono diversi osservatori - ha spesso generato strategie di spartizione attraverso le quali si è evitata ogni forma di concorrenza tra i fornitori; togliendo ad essi la spinta all'innovazione in generale ed a ridurre i costi, migliorando la qualità, in particolare.

Le osservazioni sui limiti del sistema della convenzioni sono sicuramente condivisibili ma - dalle esperienze condotte in Italia ed all'estero - si evidenziano notevoli criticità anche nei sistemi

fondati sull'accreditamento e sui titoli per l'acquisto dei servizi³. La particolare natura dei servizi oggetto di accreditamento, non rende, ad esempio, affatto agevole l'applicazione della "libertà di scelta" in quanto essi sono "beni di esperienza", la cui qualità è valutabile esclusivamente durante il processo stesso di produzione e non in una fase di scelta precedente. La qualità è l'esito del contatto e dell'interazione con gli operatori, la si può giudicare solo mentre si riceve il servizio.

I fruitori mancano, dunque, degli elementi necessari per compiere una scelta prima di ricevere il servizio; inoltre essi soffrono della cosiddetta "asimmetria informativa". Le informazioni rilevanti non sono infatti condivise tra i due lati del mercato, in quanto l'offerta (i fornitori) ne ha a disposizione più della domanda (i clienti). Infine non si può non considerare la difficoltà al concreto utilizzo della libertà di scelta da parte di un'utenza fragile e problematica quale quella rappresentata dalle persone con handicap e dagli anziani non autosufficienti a causa di patologie croniche. Considerando i fruitori come dei consumatori-sovrani li si interpreta come soggetti distinti dagli operatori, rispetto ai quali essi esercitano il proprio potere di scegliere e di cambiare erogatore. Si dimentica così che, nella pratica, essi non consumano ma sono parte integrante di un processo di produzione che non può che fondarsi su un clima di fiducia che rappresenta la condizione imprescindibile per il buon esito degli interventi.

La concessione di pubblico servizio

Proprio il tema della fiducia ci introduce ad un altro aspetto cruciale della questione. I servizi alla persona erogati dal consorzio con l'attuale sistema di accreditamento si configurano, in realtà, non tanto come opportunità da offrire al cittadino/cliente ma essenzialmente come prestazioni di livello essenziale che - a certe condizioni - spettano al cittadino/utente per diritto (dei 343 anziani in carico al Consorzio nel 2004, ben 313 risultano parzialmente o totalmente non auto sufficienti e ad essi si aggiungono 52 disabili). Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" all'allegato 1.C sancisce - come noto - il diritto soggettivo dei cittadini ad accedere alle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria⁴, pur con l'onere di contribuire al costo dei servizi erogati. E tra le suddette prestazioni rientrano tutte quelle a carattere domiciliare, semi residenziale e residenziale previste dalla legge 328/2000 ove le stesse siano rivolte a persone con handicap e ad anziani non autosufficienti. In chi devono dunque riporre la propria fiducia questi cittadini che è difficile definire "clienti" in senso proprio? Giova infatti ricordare che viene definito cliente chi compie i propri acquisti presso un determinato negozio, mentre viene definito utente chi usa un bene o servizio pubblico. Se è comprensibile che la fiducia del primo vada necessariamente ricercata nel mercato (libero o amministrato), quella del secondo non può che venire riposta nelle istituzioni pubbliche che - per legge - devono farsi garanti dell'adeguatezza dei servizi doverosamente resi.

A supportare la tesi che l'oggetto del sistema di accreditamento è rappresentato proprio da servizi pubblici contribuisce la definizione - contenuta nell'articolo 112 del D.Lgs. 267/2000⁵ - in base alla quale il servizio pubblico si configura quando ha "per oggetto la produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali o a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità".

La finalità sociale dei servizi in oggetto è puntualmente espressa nell'articolo 1, primo comma, della legge 328/2000 ove si afferma che: "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da

³ Luca Fazzi e Cristiano Gori, "il voucher e il 'quasi mercato'" in "La riforma dei servizi sociali in Italia", A cura di Cristiano Gori. Carocci, 2004.

⁴ Gruppo Solidarietà "Politiche e servizi socio sanitari: esigenze e diritti". Moie di Maiolati Spontini (Ancona), 2005.

⁵ Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267: "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali".

inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”.

Dalle considerazioni sin qui espresse consegue che è opportuno - in questa fase - raccordare più puntualmente l’istituto dell’accreditamento con quello - decisamente più definito - della “concessione di pubblico servizio”⁶: strumento di cui la legge si serve *per delegare a privati l’esercizio di alcuni servizi di esclusiva pertinenza, relativamente alla titolarità, delle Pubbliche Amministrazioni*.

Come la Corte di Cassazione a sezioni riunite ha avuto modo di chiarire, “l’accreditamento nei servizi sanitari, ospedalieri (e sociosanitari) ha natura di concessione amministrativa: infatti, l’articolo 8 bis del D.Lgs. 502/1992 (così come modificato ad opera del D.Lgs. 229/1999) afferma che: “La realizzazione di strutture sanitarie e l’esercizio di attività sanitarie, l’esercizio di attività sanitarie *per conto del Servizio sanitario nazionale* e l’esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all’articolo 8 *ter*, dell’accreditamento istituzionale di cui all’articolo 8 *quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all’articolo 8 *quinquies*”⁷.

Per legge, quindi, nei servizi sanitari e socio sanitari vi è corrispondenza tra:

- realizzazione di strutture sanitarie ed esercizio di attività sanitarie e *autorizzazione*;
- esercizio di attività sanitarie per conto del servizio sanitario pubblico e *accreditamento*;
- remunerazione dei servizi a carico del fondo sanitario pubblico e *accordo contrattuale*.

Alla luce dei provvedimenti legislativi più significativi rispetto all’istituto trattato, appare abbastanza evidente che - fino all’approvazione di specifici indirizzi regionali in materia - il concetto e le regole fondamentali dell’accreditamento per i servizi sanitari e sociosanitari non possono non valere anche per quelli “*sociali a rilevanza sanitaria*” (che si espletano proprio nell’ambito dell’area socio sanitaria). In questa chiave di lettura l’istituto dell’accreditamento/concessione consente di coniugare efficacemente il *principio di sussidiarietà* - che prevede il coinvolgimento del terzo settore nella programmazione e nella gestione dei servizi - con la necessità di affermare che la titolarità - e quindi *la responsabilità* - dei servizi preposti ad erogare *prestazioni di livello essenziale* deve rimanere pubblica⁸. La concessione è infatti uno strumento che garantisce, all’Amministrazione locale, *penetranti poteri di intervento*, specie *in merito ai criteri gestionali generali*, nei confronti dei soggetti privati chiamati ad espletare i servizi non gestiti direttamente dalla struttura pubblica.

Nella concessione di pubblico servizio il concessionario - al quale vengono trasferite potestà pubbliche - *sostituisce* la pubblica amministrazione nell’erogazione del servizio, ossia nello svolgimento dell’attività diretta al soddisfacimento dell’interesse collettivo⁹. Non è così nel caso dell’appaltatore che svolge un’attività economica a beneficio del committente pubblico o nel caso del soggetto “autorizzato” che - pur svolgendo la sua attività economica a beneficio degli utenti - non è individuabile come *organo indiretto dell’amministrazione*.

Altro elemento importante che caratterizza la concessione è che il concessionario *assume su di sé il rischio della gestione* dell’opera o del servizio, in quanto si remunera, almeno per una parte significativa, presso gli utenti, mediante la riscossione di un prezzo. Prezzo che viene

⁶ L’istituto della concessione trova fondamento normativo nell’articolo 41 della Costituzione, in cui è prevista una espressa riserva di legge per determinare: “*i programmi ed i controlli opportuni perché l’attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali*”. La concessione di pubblici servizi è dunque uno dei mezzi con cui è attribuito *l’esercizio di pubbliche funzioni a soggetti privati*; esso si fonda su due presupposti: l’esistenza di un pubblico servizio - cioè di una attività economica indirizzata a fini sociali - e il fatto che l’attività *possa essere esercitata in regime di monopolio*.

⁷ Franco Dalla Mura, “*Pubblica Amministrazione e non profit*”, Carocci Faber, Roma 2003, p.150

⁸ Il dettato dell’articolo 113 del D.Lgs. 267/2000 - prevedendo la concessione tra le varie forme di gestione dei servizi pubblici locali - dà facoltà ai comuni, attraverso il *rilascio della concessione*, di trasferire ad un soggetto privato *non la titolarità del servizio*, che rimane comunque all’ente pubblico, *ma il suo esercizio doveroso*.

⁹ Angelo Massari: “*Appalti e contratti*”. Maggioli editore p.72.

determinato secondo criteri fissati, dall'Amministrazione concedente, in sede di espletamento delle procedure di *selezione ad evidenza pubblica* per l'affidamento della concessione dei servizi. In ciò la concessione non si discosta - nella sostanza - dal sistema di remunerazione indicato nella legge 328/2000 che prevede che siano i Comuni:

- a corrispondere ai soggetti accreditati *tariffe* per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale;
- a concedere, su richiesta dell'interessato, di *titoli validi per l'acquisto di servizi sociali* dai soggetti accreditati.

Occorre però sottolineare una ulteriore prerogativa dell'istituto: la possibilità di collegare gestione dei servizi ed esecuzione di lavori. Nel senso che laddove la gestione di un'opera sia strumentale alla sua costruzione - in quanto consente il reperimento dei mezzi finanziari per realizzarla - è configurabile la fattispecie della "*concessione di costruzione ed esercizio*", mentre nel caso in cui l'espletamento di lavori pubblici sia strumentale - sotto il profilo della manutenzione e dell'implementazione - alla gestione di un servizio pubblico, il cui funzionamento è già assicurato da un'opera esistente, è configurabile la "*concessione di servizi*". In entrambi i casi lo strumento della concessione rappresenta una opportunità per le Amministrazioni locali che intendano promuovere l'insediamento, sul proprio territorio, di servizi - semi residenziali e residenziali - che richiedono l'edificazione o la ristrutturazione di locali. Non sempre, infatti, sono presenti in ambito locale dei servizi "accreditabili" ed è nota la difficoltà, per i comuni, di reperire le risorse necessarie alla costruzione, ristrutturazione e manutenzione delle strutture.

E' inoltre il caso di osservare che, attraverso l'esercizio dell'opzione di collegare gestione dei servizi ed esecuzione di lavori da parte dei comuni, è possibile concretizzare il disposto dall'articolo 3, comma 2, lettera b) della legge 328/2000 che prevede - come si è detto precedentemente - l'esercizio, a livello locale, della programmazione degli interventi e delle risorse secondo il principio della concertazione e della cooperazione tra istituzioni locali e soggetti del privato sociale "*che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete*".

Gli investimenti finanziari effettuati dai concessionari danno poi modo di prevedere contratti di concessione decisamente più lunghi rispetto agli appalti e ciò rappresenta un ulteriore vantaggio per le imprese - che possono meglio programmare il proprio radicamento sul territorio - e, soprattutto, per gli operatori addetti ai servizi ai quali è potenzialmente assicurata una continuità di impiego. Infine non va dimenticata la disciplina dell'*aspetto dinamico* della concessione di servizi sociali¹⁰. La norma, di fatto, stabilisce che, esercitando quei poteri di supremazia che sono tipici del rapporto di concessione, l'Amministrazione possa apportare variazioni alle caratteristiche del servizio - e dunque, al contenuto del contratto - durante il corso della concessione. In tal senso è necessario che vengano preventivamente definite le norme destinate a disciplinare proprio i momenti di revisione. Il carattere "incrementale" del contratto di concessione consente, dunque, di rispondere efficacemente all'esigenza di *conferire dinamicità ed elasticità alle caratteristiche dei servizi*, in relazione all'esperienza fatta ed alle variazioni nei bisogni dell'utenza.

Lo sportello socio sanitario distrettuale

A seguito dell'approvazione da parte della Giunta Regionale della Deliberazione n. 51 - 11389 del 23.12.2003: "D.P:C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria"¹¹ e della successiva definizione

¹⁰Franco dalla Mura: "*Pubblica Amministrazione e non profit*", Carocci Faber, Roma 2003, p. 90.

¹¹Con la D.G.R 51 - 11389 del 23.12.2003 la Giunta Regionale ha recepito l'"Accordo sugli indirizzi, linee guida e percorsi per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A) sull'area socio - sanitaria" sottoscritto il 26.11.2003 dall'Assessore alla Sanità, dall'Assessore alle Politiche Sociali, dalle rappresentanze A.N.C.I. Piemonte, Lega Autonomie Locali, Consulta Piccoli Comuni, U.P.P,

dell'Accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell'area ovest di Torino¹² - finalizzato all'applicazione dei livelli essenziali di assistenza relativi all'articolazione delle cure domiciliari e dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei disabili - il Comitato dei Sindaci, la Direzione Generale dell'ASL 5 ed il Consiglio di Amministrazione del Consorzio hanno individuato un modello organizzativo per lo svolgimento delle attività afferenti all'area delle prestazioni socio sanitarie che assegna al Distretto il compito di assicurare *l'integrazione gestionale* dei servizi. Al fine di ottimizzare l'integrazione tra le funzioni di competenza dei rispettivi comparti, le suddette Amministrazioni hanno individuato nello *sportello socio sanitario distrettuale* lo strumento idoneo ad assicurare l'accesso all'intero complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria che l'allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza " ed il D.P.C.M. 10.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" assegnano, rispettivamente, alla titolarità del S.S.N. ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite tramite i propri Enti Gestori.

La creazione dello sportello ha comportato una prima revisione del modello organizzativo dell'assistenza domiciliare delineato nel 1999 con l'avvio del sistema di accreditamento di tre "agenzie" territoriali che - tramite i loro sportelli - si rapportavano direttamente con l'utenza, formulando i progetti di intervento ed erogando direttamente i servizi, previa approvazione dei programmi assistenziali da parte del Consorzio. Nel 2004 si sono unificati gli sportelli delle "agenzie", accreditate per la fornitura dei servizi di assistenza domiciliare, collocandoli presso la sede del distretto sanitario ed inserendo organicamente le responsabili delle cooperative nella nuova struttura operativa integrata. In buona sostanza si è unificata la funzione di accoglienza, informazione e valutazione pur mantenendo distinta la fornitura delle prestazioni ai cittadini da parte delle cooperative.

La sperimentazione del nuovo modello sino ad ora condotta ha dato risultati positivi (a tutto agosto 2005 sono transitati dallo sportello 343 cittadini). Attraverso lo sportello viene fornita una puntuale *informazione* sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto 1 dell'ASL 5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta e l'erogazione degli interventi. Lo sportello svolge inoltre una funzione di *orientamento* della domanda attraverso il sostegno del cittadino che manifesta l'esigenza di essere coadiuvato nell'assunzione di una decisione consapevole in merito al piano assistenziale da attivare per sé o per i congiunti in difficoltà. Altro importante obiettivo perseguito attraverso lo sportello è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e consortili) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione, sino alla definizione degli impegni economici). Al cittadino viene in tal modo offerta la possibilità di interloquire con un'unica struttura per quanto attiene allo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore del "buono di servizio" o dell'assegno di cura da utilizzare per l'acquisto delle prestazioni domiciliari non erogate direttamente da operatori sanitari e del valore dell'integrazione della retta da porre a carico dell'ASL/Utente/Consorzio, nei casi di attivazione di interventi semi residenziali/residenziali.

Infine si è evidenziata la necessità che - attraverso lo sportello - vengano garantite anche le funzioni di consulenza e sostegno necessarie al reperimento e al regolare inquadramento contrattuale delle persone addette all'assistenza dei titolari di assegni di cura ed il successivo controllo sulla regolarità del rapporto di lavoro instaurato tra assistente ed assistito prima di autorizzare la liquidazione dell'assegno.

Agli operatori dello sportello distrettuale viene richiesto - in buona sostanza - di svolgere la funzione di "case manager" e di attivare e coordinare i "care giver" di cooperativa o assunti

U.N.C.E.M, Federsanità A.N.C.I. Piemonte, CGIL, CISL, UIL, Fenascop, Coordinamento Case Alloggio HIV, Comitato promotore della petizione popolare e aderenti al Forum Volontariato e Terzo Settore. L'accordo applicativo del D.P.C.M 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. - in vigore dal 1° gennaio 2004 - riguarda la nuova articolazione dei servizi di cure domiciliari per la lungo assistenza ed i servizi socio sanitari per disabili ed anziani.

¹² Il testo dell'Accordo è pubblicato sul sito del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona - C.I.S.A.P - www.cisap.to.it

direttamente dalle famiglie attraverso l'assegno di cura. Devono inoltre offrire consulenza ai "care giver informali" (familiari) al fine di agevolarli nella fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale.

I servizi di assistenza socio sanitaria domiciliare

E' evidente che l'attuale modello operativo - coerente con le disposizioni contenute nella D.G.R. 51/11389 del 23.12. 2003 e nella successiva D.G.R. 17/15226 del 20.3.2005¹³ - si configura in modo diverso dall'accreditamento dei servizi così come venne originariamente inteso dal Consorzio. Il primo modello prevedeva la fornitura di prestazioni di assistenza domiciliare che si caratterizzavano come *opportunità* offerte dal sistema dei servizi sociali per il sostegno dei cittadini e non certamente come risposta concreta ad un *diritto soggettivo* alle cure (socio - sanitarie) domiciliari.

La legge regionale 1/2004 (approvata nel quarto anno di sperimentazione dell'accreditamento dei servizi domiciliari a livello consortile) che "identifica nel *bisogno* il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali" - riconosce però, a ciascun cittadino, "il *diritto di esigere*, secondo le modalità previste dall'ente gestore istituzionale, le prestazioni sociali di livello essenziale".¹⁴ L'erogazione delle quali "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"¹⁵.

Il cittadino non autosufficiente a causa delle patologie che lo affliggono non può dunque esimersi - ove intenda rivendicare il proprio diritto ad accedere alle prestazioni di livello essenziale - dall'intraprendere un percorso prestabilito che, attraverso la valutazione, conduce alla definizione di un piano assistenziale costantemente verificato dai titolari delle funzioni socio sanitarie (e quindi dalle Unità di Valutazione delle Aziende sanitarie). Ma tali azioni di monitoraggio e verifica sugli interventi previsti dai progetti assistenziali individuali, possono essere realizzate - dagli organismi distrettuali competenti - solamente attraverso:

- una implementazione dei servizi distrettuali "di sportello" da realizzarsi attraverso l'individuazione di un soggetto gestore al quale assegnare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie a supportare le strutture operative consortili e dell'Azienda sanitaria preposte a garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure domiciliari, nell'ambito della rete territoriale, per le persone malate e non autosufficienti;
- il *conferimento in concessione* dei servizi di assistenza socio sanitaria domiciliare a fornitori - *investiti di potestà pubbliche* - accreditati sulla base di requisiti di esperienza, capacità operativa e professionalità, affinché provvedano all'*esercizio doveroso* delle attività in qualità di *organo indiretto* dell'amministrazione titolare e responsabile nei confronti dei cittadini.

In considerazione della funzione di "centrale di controllo" per il Consorzio svolta dal gestore dello sportello, individuato con procedura di "appalto concorso", viene ad esso ovviamente preclusa la possibilità di fornire prestazioni ed interventi di sostegno alla domiciliarità nell'ambito del territorio consortile per tutta la durata del contratto di servizio. Quanto ai concessionari accreditati per la fornitura dei servizi si è ritenuto - in questa fase - di procedere

¹³ D.G.R. 17 - 15226: "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio - sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.2003 'D.P.C.M. 2.11.2001, Allegato 1, Punto 1 c. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio - sanitaria".

¹⁴ Articolo 22, comma 1, legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento".

¹⁵ Articolo 20, comma 4, L.R 1/2004

all'individuazione di un numero limitato di soggetti. La scelta di prevedere solamente *quattro fornitori* risiede essenzialmente:

- nella necessità di coniugare il rispetto della normativa - che vincola il cittadino ad una procedura di valutazione finalizzato alla predisposizione di un progetto individualizzato affidato alla responsabilità della competente Unità di Valutazione - con l'esigenza di far sì che, nella fase di esecuzione degli interventi, sia comunque consentita una possibilità di scelta del fornitore nel novero di un numero, pur ristretto, di soggetti accreditati;
- nel relativamente limitato "bacino d'utenza" espresso dall'ambito intercomunale che consiglia di limitare a quattro - uno per ogni area territoriale nella quale sono dislocate le sedi di servizio sociale del Consorzio - i soggetti accreditati che devono poter assolvere, in condizione di equilibrio economico, al complesso delle funzioni da svolgere;
- nell'impossibilità, per la struttura consortile, di farsi carico del coordinamento di un numero maggiore di soggetti accreditati nella fase di implementazione del nuovo sistema che comporta: il monitoraggio costante delle attività, la puntuale valutazione del grado di soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti (utenti, operatori sociali e sanitari, Istituzioni locali, ecc.) e l'esercizio di una programmazione dei servizi necessariamente "incrementale".

Criteri per l'individuazione del gestore dello sportello e dei concessionari accreditati

Nella nostra Costituzione è chiarissimo l'orientamento ad assicurare la protezione positiva dei diritti sociali dei cittadini, ai quali *deve esser consentito di poter usufruire dei servizi essenziali*. I principi fondamentali indicati nella prima parte della Costituzione caratterizzano infatti la Repubblica italiana non solo come uno *Stato di diritto* - pensato come garante delle libertà dei cittadini e tutore dell'ordine pubblico - ma anche come uno *Stato sociale* che ha il fine primario di creare le condizioni materiali per l'esercizio dei diritti civili e sociali da parte di *tutta* la cittadinanza.

La Costituzione - che si ispira ad un *egualitarismo* da attuare mediante un'ampia attività pubblica di carattere promozionale ed assistenziale - riconosce espressamente, tra gli altri, il diritto alla salute (art. 32) ed il diritto all'assistenza sociale (art. 38). L'art. 31 riconosce inoltre un particolare diritto all'assistenza per la famiglia che deve esser agevolata nell'adempimento dei propri compiti anche mediante appositi istituti di protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù, inclusi i figli nati fuori del matrimonio di cui all'art. 30 .

Si tratta di altrettante situazioni giuridiche soggettive riconducibili alla categoria dei *diritti sociali*. Diritti sociali che si traducono in altrettanti *doveri inderogabili per i singoli e per le formazioni sociali* chiamate - insieme alle istituzioni - a perseguire il *pieno sviluppo della persona umana* attraverso il superamento delle cause di discriminazione economica e sociale.

In coerenza con tale impianto il novellato articolo 118 della Costituzione assegna ai Comuni e agli Enti Locali il compito di esercitare le funzioni amministrative (proprie o conferite) favorendo - sulla base del principio di sussidiarietà - "*l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale*".

Tra i soggetti associativi potenzialmente più adatti ad operare sul terreno della promozione dei diritti sociali e su quello della erogazione delle prestazioni, attraverso le quali tali diritti si concretizzano, hanno certamente un posto di rilievo le organizzazioni del "terzo settore" ed in particolare le *cooperative sociali*. Questa è infatti la chiave di lettura adottata, sin dai primi anni '90, dal legislatore nazionale che - all'articolo 1, primo comma della legge 381/1991¹⁶ con la quale si disciplina la cooperazione sociale - afferma: "*Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini* attraverso:

- a) la gestione di servizi socio - sanitari ed educativi;

¹⁶ Legge 8 novembre 1991, n. 381: "*Disciplina delle cooperative sociali*".

b) lo svolgimento di attività diverse – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all’inserimento di persone svantaggiate”.

In coerenza con tale impianto normativo si muove anche la legge quadro 328/2000 che attribuisce agli organismi del privato sociale un ruolo non solo nella *promozione, nella progettazione e nella organizzazione e gestione degli interventi*, ma anche nella *programmazione del sistema integrato*. E’ ben vero infatti che l’esercizio di tale funzione viene assegnato - secondo il disposto del comma 3 dell’articolo 1 - agli Enti locali, alle Regioni ed allo Stato: “secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, *copertura finanziaria e patrimoniale*¹⁷, responsabilità ed unicità dell’amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali”, ma a questi *soggetti pubblici* viene posto il vincolo di esercitare la programmazione degli interventi e delle risorse secondo il principio - fissato dall’articolo 3, comma 2, lettera b) della legge quadro - della: “*concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali*” e “*tra questi ed i soggetti di cui all’articolo 1, comma 4,*” - ovvero i *soggetti del privato sociale* - “*che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete*”.

Il concetto viene ulteriormente rafforzato nell’articolo 5 della legge quadro - interamente dedicato al *terzo settore* - nel quale vengono assunti precisi impegni nei confronti della cooperazione sociale. Il comma 1 stabilisce che per l’attuazione del principio di sussidiarietà gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato promuovono azioni di sostegno e qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l’accesso agevolato al credito ed ai fondi europei.

Il comma 2 affronta il tema cruciale dell’affidamento dei servizi previsti dalla legge quadro assegnando agli enti pubblici il compito di promuovere azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa “nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che *consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità*, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale”.

Infine il comma 3 che demanda alle Regioni - sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del governo - l’adozione di specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra Enti Locali e terzo settore, “*con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona*”.

Per il complesso delle ragioni suddette, nelle more della emanazione degli atti di indirizzo regionali, il Consorzio ha ritenuto opportuno - in ottemperanza delle disposizioni normative vigenti che *riconoscono ed agevolano il ruolo della cooperazione sociale nella programmazione, nell’organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* - di riservare le selezioni ad evidenza pubblica per l’individuazione del gestore dello sportello socio sanitario distrettuale e dei concessionari, da accreditare per la fornitura dei servizi di assistenza *socio sanitaria* domiciliare, alle cooperative sociali di tipo A regolarmente iscritte agli albi provinciali, ai loro consorzi e raggruppamenti temporanei d’impresa.

¹⁷Giova ricordare che la legge 328/2000 – ponendo il limite delle risorse finanziarie e patrimoniali disponibili alla programmazione ed organizzazione del sistema integrato – non assicura la piena esigibilità del diritto a beneficiare degli interventi e servizi sociali definiti nei livelli essenziali delle prestazioni, ma si limita ad assumere il criterio della priorità di accesso per i soggetti più fragili (articolo 2, comma 3).