

I LEA per le persone con disabilità in Lombardia

martedì, 25 giugno, 2013

<http://www.lombardiasociale.it/2013/06/25/i-lea-per-le-persone-con-disabilita-in-lombardia/>

Le norme statali e regionali in materia di livelli essenziali

Subito dopo l'entrata in vigore della Legge Costituzionale n. 3 del 2001[1], la conferenza Stato/Regioni prima, e il Governo Italiano poi, hanno introdotto nel sistema sanitario e sociosanitario nazionale un elemento di carattere strutturale, destinato ad avviare e alimentare un vasto e profondo dibattito culturale, tecnico e amministrativo: i livelli essenziali di assistenza.

Non interessa qui riprendere quel dibattito. In termini "storici" va ricordato però il D.Lgs.502/1992[2] nella parte in cui si descrive la "metodologia politica" da adottare per giungere alla definizione dei LEA: *"l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria..."*[3].

Un passaggio significativo non solo per quella fase, ma anche per l'attuale. In tempo di crisi sarebbe infatti necessario – e lungimirante - sostituire la pratica dei tagli lineari con la "metodologia del 502/1992", perché definire e stabilire i livelli di risposta ai bisogni di salute considerati essenziali da garantire a tutti i cittadini e in tutto il Paese, contestualmente all'individuazione delle risorse necessarie, significa realizzare un rapporto virtuoso, dinamico, difficile e complesso, ma avvincente, che parte dalla consapevolezza e conoscenza dell'entità dei bisogni di salute, passa dalla definizione degli obiettivi di tutela della Salute, per terminare con la contestuale individuazione e messa a disposizione delle risorse necessarie.

Tre sono gli atti che vale la pena tenere in considerazione in materia di livelli essenziali:

- l'intesa Stato/Regioni del 22.11.2001 [4]
- il DPCM 29.11.2001 [5]
- La legge 289/2002 (L. Finanziaria 2003) [6]

In particolare, sono i primi due documenti che informano in dettaglio circa la natura concreta dei livelli essenziali di assistenza definiti a livello statale. Ancor più nello specifico, è l'**allegato 1C** che indica la volontà del Legislatore in materia di livelli essenziali di assistenza sociosanitaria[7].

I LEA in Regione Lombardia

Regione Lombardia ha recepito i LEA definiti a livello statale con tre successivi provvedimenti:

- DGR VII/8077 del 18.02.2002
- DGR VII/8866 del 24.04.2002
- DGR VII/9569 del 28.06.2002

In realtà, le DGR sopra indicate non forniscono particolari informazioni circa le intenzioni della Regione in merito ad una “personalizzazione” in chiave regionale dei livelli essenziali di assistenza. Una volontà chiaramente espressa qualche anno più tardi, descritta nell’art. 17 della L.R. 3/2008, anche se, almeno sino alla passata Legislatura, rimasta del tutto inattuata.

Può apparire riduttivo condensare in poche righe un tema così rilevante come l’attuazione dei livelli essenziali in Lombardia, ma in effetti si è sempre registrata riluttanza, da parte regionale, ad avviare il confronto su questo tema. Indubbiamente, in relazione alle prestazioni sociali e alla non-autosufficienza, l’assenza dei provvedimenti statali e, soprattutto, la mancata definizione delle risorse (solo parzialmente recuperate dalla Legge di Stabilità per l’anno corrente) possono in parte giustificare la riluttanza regionale ad affrontare tali questioni. In ogni caso, almeno sino alla passata Legislatura, l’atteggiamento della Regione è da ricondurre non solo al tema delle risorse, ma ad una sorta di incompatibilità tra il modello di welfare lombardo disegnato e in via di definizione e un modello di welfare basato sulla definizione di livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni sociali.

Prova ne è che anche la proposta di LEDHA presentata all’ex-Assessore Boscagli in materia di presa in carico (senza minimamente accennare all’individuazione di livelli essenziali in termini di servizi e prestazioni) non è mai stata discussa[8]. Riprendendo il tema dei livelli essenziali in Regione Lombardia, si è compiuta una ricerca sui bilanci sociali degli anni dal 2003 al 2009 riguardo a questo tema. Una ricerca esclusivamente basata sulla lettura degli atti, e quindi formale, ma che può, in una certa misura, confermare l’atteggiamento *prudente* di Regione Lombardia su questi aspetti.

Nel bilancio sociale 2003/2004 il recepimento dei LEA sociosanitari statali è in sostanza demandato alle ASL (Dip.ASSI) e alla loro articolazioni territoriali (Distretti). Analogo spazio è dedicato ai LEA nei bilanci sociali 2005, 2006[9]. Nel documento di rendiconto sociale per l'anno 2007 compare un riferimento meno generico rispetto ad un incremento dei LEA dedicati alle persone in stato vegetativo ricoverate in unità residenziali di lungo-assistenza per anziani e disabili, oltre a risorse aggiuntive del FSR dedicate a progetti sperimentali tesi al miglioramento delle prestazioni rese in favore di persone affette da SLA [10]. Gli anni 2008 e 2009 non modificano la sostanza rispetto al 2007, confermando quindi che l'attenzione della Regione si è rivolto, negli anni presi in considerazione, verso altri elementi strutturali del welfare regionale[11]: la libertà di scelta, il principio di sussidiarietà, il finanziamento diretto della domanda attraverso i titoli per l'acquisto/accesso alle prestazioni (buoni, voucher, doti).

Fin qui, il passato. Rimanendo in tema di LEA e livelli essenziali delle prestazioni sociali l'attuale Giunta R.egionale sembra dare segnali di continuità. Né la [DGR 37/2013](#) né la [DGR 116/2013](#) affrontano il tema dell'attuazione dell'art. 17 L.R. 3/2008. Se si esclude il riferimento, nella DGR 116/2013, alle persone affette da ludopatia (rientranti nei LEA) il riferimento ai livelli essenziali è inesistente anche sul piano formale, oltre che sostanziale.

Tutto come prima? Tutto rinviato a tempi migliori, magari dopo che lo Stato, finalmente, definirà i livelli delle prestazioni sociali e aggiornerà/integrerà i livelli essenziali di assistenza, come pareva fosse possibile nel 2008? Al momento attuale nulla è dato sapere, e quindi pare legittimo pensare che, su questi temi, la X Legislatura appare in perfetta linea di continuità con le precedenti.

Il finanziamento dei LEA rivolti a persone con disabilità in Lombardia

C'è però un altro aspetto che occorre invece finalmente affrontare rispetto al rapporto "difficile" tra livelli essenziali e Regione Lombardia: il finanziamento dei LEA. O meglio, il finanziamento delle prestazioni e dei servizi sociosanitari rientranti nei LEA, in particolare quelli erogati in favore delle persone con disabilità.

La "traduzione lombarda" dei servizi e delle prestazioni descritte nell'allegato 1 C del DPCM 29.11.2001 sono, sicuramente, i CDD e le RSD. Qualche precisazione occorre invece farla per le CSS.

Il provvedimento regionale che ha definito l'unità d'offerta CSS è la DGR N. VII/18333 del 23 luglio 2004 (definizione della nuova unità d'offerta "Comunità Alloggio Socio Sanitaria per persone con

disabilità” (CSS): requisiti per l’accreditamento – BURL serie ordinaria 2004 n. 33).

La natura della CSS come servizio rientrante nei LEA è chiaramente rintracciabile nelle premesse della citata DGR 18333/2004, laddove si richiamano le norme statali in materia di LEA (DD.P.C.M 14 febbraio 2001 “atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” e 29 novembre 2001 “definizione dei livelli essenziali di assistenza”).

La CSS viene definita da Regione Lombardia come segue: *“La Comunità Socio Sanitaria è la Comunità Alloggio socio assistenziale autorizzata al funzionamento che, essendo disponibile all’**accoglienza di persone adulte con grave disabilità prive di sostegno familiare** ed essendo stata scelta dall’utente come sua dimora abituale, sia accreditata al sistema socio-sanitario regionale”*.

Con successivo provvedimento (DGR N. VII/19874 del 16 dicembre 2004 – BURL serie ordinaria n. 53) è stata definito il sistema tariffario delle CSS. In tale deliberazione Regione Lombardia ha stabilito che a carico del sistema sanitario regionale, e in relazione alle condizioni di fragilità della persona disabile, sia mensilmente erogato un voucher di lungo assistenza. Tali importi vengono erogati in favore dell’Ente Gestore a seguito della sottoscrizione del Patto tra Ente Gestore e ASL.

Detto e stabilito che le CSS rientrano nel sistema sociosanitario previsto dai LEA, rimane da capire in quale regime di finanziamento collocare queste tre tipologie di unità d’offerta.

Se escludiamo, per il momento, le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione (di competenza della ASL e interamente a carico del fondo sanitario), la normativa vigente in materia di LEA/sociosanitari prevede tre regimi di finanziamento:

- 70% a carico del fondo sanitario regionale e 30% a carico del Comune (ed eventuale compartecipazione al costo da parte dei beneficiari delle prestazioni) per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semi-residenziale per disabili gravi
- 70% a carico del fondo sanitario regionale e 30% a carico del Comune (ed eventuale compartecipazione al costo da parte dei beneficiari delle prestazioni) per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi
- 40% a carico del fondo sanitario regionale e 60% a carico del Comune (ed eventuale compartecipazione al costo da parte dei beneficiari delle prestazioni) per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare

Rispetto al sistema dei servizi alla persona attivo in Lombardia risulta quindi chiaro che i CDD, le RSD e le CSS sono unità d'offerta sociosanitarie che devono essere finanziate per il 70% del loro costo dal fondo sanitario. Solo per le CSS, in realtà, potrebbero esserci dei problemi di natura interpretativa, stante il fatto che, nonostante gli atti, le CSS costituiscono una unità d'offerta particolare, in quanto nascono come unità d'offerta socio-assistenziale - Comunità Alloggio con relativo decreto di autorizzazione al funzionamento riconosciuta anche come unità d'offerta sociosanitaria, su richiesta dell'ente gestore.

Fermo restando, come già detto, che la CSS rientra certamente nei LEA, rimane da chiarire l'entità del finanziamento a carico del fondo sanitario regionale: 70% (come per i CDD e le RSD) o 40% (strutture residenziali che accolgono persone con disabilità prive del sostegno familiare)?

Stante la presenza del richiamo esplicito, tra i beneficiari, alle persone con disabilità prive del sostegno familiare, pare non vi siano dubbi in proposito, anche se occorrerebbe non solo chiarire e precisare cosa significhi "privi del sostegno familiare" e occorrerebbe verificare se, al momento della valutazione da parte delle équipe del territorio, tali strutture siano utilizzate, in prevalenza, per le situazioni del cosiddetto "dopo di noi" o se invece siano utilizzate per fornire risposte abitative in favore della persona.

Dal 2002 ad oggi la Regione è stata ripetutamente interrogata circa l'effettivo finanziamento dei LEA secondo le percentuali stabilite dalla Legge. Una domanda formulata nella consapevolezza che il finanziamento da parte del fondo sanitario regionale non poteva essere considerato "ad personam" (garantire cioè il finanziamento secondo le percentuali dovute ad ogni singola unità d'offerta), ma calcolato sulla base di costi medi (da non confondere con i costi standard, oggetto di – probabili – futuri e prossimi provvedimenti regionali). Una domanda formulata anche con la consapevolezza che l'articolato e vasto sistema dei servizi presente in R.Lombardia potesse richiedere un graduale avvicinamento ai livelli di finanziamento previsti dalla Legge, stante la loro onerosità. Pur in presenza di tali consapevolezze, e pur avendo sempre adottato atteggiamenti che potremmo definire "morbidi", da parte regionale le poche risposte ricevute al riguardo sono sempre state, più o meno, di questo tenore: "Regione Lombardia ritiene di rispettare la Legge e di garantire il finanziamento dei servizi rientranti nei LEA, sulla base dei costi medi delle singole tipologie di servizi".

Nessun numero, statistica, relazioni, ma solo dichiarazioni e rassicurazioni.

Il fatto che in questi 11 anni di applicazione della normativa dei LEA in Lombardia le Associazioni non siano andate oltre alle richieste presentate in sede di confronto regionale dimostra che, seppur con malumore crescente, le dichiarazioni e le rassicurazioni sono sempre state rispettate. Ora però occorre che si cambi di passo, per tre ragioni:

- il modello di welfare regionale basato sulla libertà di scelta, sulla parità tra pubblico e privato e sul trasferimento dei finanziamenti dall'offerta alla domanda è oggettivamente entrato in una fase di ripensamento. L'ulteriore nuova spinta al cambiamento – il nuovo patto per il welfare proposto al termine della IX Legislatura – non ha raccolto i consensi che il precedente governo regionale si aspettava di raccogliere[14], ed è quindi necessario che in questa Legislatura si riconduca l'intera programmazione regionale alle finalità portanti delle politiche sociali: contrastare l'emarginazione e le discriminazioni, promuovere pari opportunità, fornire sostegni adeguati e personalizzati;
- il nuovo scenario, proposto dai primi provvedimenti emessi dalla Giunta Regionale (DGR X/37 del 16.04.2013 e DGR X/116 del 14.05.2013) prefigura un sistema basato su due pilastri uniti da un trave: il pilastro delle unità d'offerta sin qui attivate, il pilastro dell'innovazione e della sperimentazione, il trave della presa in carico globale e continuativa. Un sistema dove il secondo pilastro può trovare spazio e creatività a condizione che il primo pilastro e il trave siano resi sicuri e forti, proprio perché rappresentano l'area dei diritti civili e sociali descritti dall'art. 117 della Costituzione Italiana;
- recenti sentenze [15] confermano e precisano che è compito del Comune attivarsi per verificare che, in ordine al finanziamento dei servizi rientranti nei LEA, la Regione abbia ottemperato a quanto previsto dalla Legge.

Sulla questione finanziamento occorre pertanto riflettere su due questioni:

- la prima, essenziale, relativa ai livelli effettivi di finanziamento;
- la seconda, sempre legata al tema del finanziamento, riferita alla previsione contenuta nella L.R. 2/2012 che lega l'entità del finanziamento della prestazione non solo alla tipologia dell'unità d'offerta e alla condizione di salute della persona, ma anche alla sua condizione economica (art. 8 comma 2 L.R. 3/2008)

I LEA in Lombardia: il disavanzo tra quanto dovuto e quanto erogato

Sulla prima questione, e in assenza di dati certi di fonte regionale, è possibile avanzare qualche ipotesi sulla base dei dati raccolti da alcuni enti gestori che compongono la rete dei servizi ANFFAS in Lombardia[16]. La rilevazione è riferita al periodo a cavallo tra il 2011 e il 2012, e identifica, in valori percentuali, le due componenti del prezzo del servizio: quella sanitaria (calcolata da ciascun ente gestore sul dato medio delle classificazioni SIDi dei due semestri) e quella sociale (fatturata ai Comuni e/o alle famiglie). Questi i dati raccolti:

Tabella 1: finanziamento LEA – unità d'offerta sociosanitarie per persone con disabilità -

confronto tra erogazione dovuta ed erogazione reale

1. unità d'offerta	2. Finanziamento da fondo sanitario regionale %	3. Finanziamento da Comuni e compartecipazioni e al costo utenti %	4. Prezzo medio (quota sanitaria + retta sociale)	5. Differenza tra somme da fondo sanit.reg.le dovute e realmente erogate	
				%	v.assoluto/€/die
CDD	56,59	43,41	€ 90,06	• 13,41	• € 12,08
RSD	61,01	38,99	€ 173,32	• 8,99	• € 15,58
CSS	24,13 *	75,87	€91,02	• 15,87	• € 14,45

(*) comprensivo di fondo sociale regionale pari (5,06 %)

Tabella 2: proiezione dati tabella 1 su base regionale

unità d'offerta	Numero posti accreditati *	Numero giornate/anno	Finanziamento aggiuntivo da fondo sanitario regionale **	
CDD	6552	230	€ 14.563.261	
RSD	3753	365	€ 16.254.863	
CSS	1395	365	€ 5.886.063	
Totale			€ 36.704.187	

* Ass.to Famiglia e Solidarietà Sociale – maggio 2013

**per cautela i valori riportati in tabella 1 – colonna 5 – sono stati abbattuti del 20%

Pur con tutte le cautele del caso, i numeri appaiono francamente impressionanti. Nel solo periodo 2008 – 2013(dall'approvazione della L.R.3/2008, e quindi dal momento in cui la Regione avrebbe dovuto, per sua stessa ammissione e volontà, definire livelli essenziali ulteriori), la spesa sanitaria in favore del sociosanitario, per il solo ambito dei servizi rivolti alle persone con disabilità, avrebbe dovuto erogare

oltre 200 milioni di Euro, più della quota annuale prevista dalla DGR 116/2013 per i servizi dedicati alle disabilità, più di 6 volte l'integrazione del fondo sociale regionale deciso nella passata legislatura a seguito delle mobilitazioni delle Associazioni delle persone con disabilità (60 milioni di Euro per gli anni 2011 e 2012), cinque volte pari al volume finanziario destinato alle sperimentazioni.

Oltre 200 milioni di euro in sei anni, molti di più se il conteggio parte dal 2002, da quando anche la nostra Regione si è allineata alla normativa statale in materia di LEA.

Ammesso che questo possa essere il quadro, e ricordato che ci si è qui limitati alle sole tre unità d'offerta sociosanitarie rivolte alle persone con disabilità[\[17\]](#), sorgono le seguenti considerazioni:

- il primo pilastro del sistema sociosanitario e socio-assistenziale regionale, costituito dalle unità d'offerta "tradizionali" dovrebbe in primo luogo essere messo in sicurezza anche dal punto di vista del finanziamento, con un graduale avvicinamento alle percentuali stabilite dalla Legge dello Stato;
- quanto previsto dalla L.R. 2/2012 in ordine al maggiore o minore finanziamento della prestazione rientrante nei LEA in base – anche – alla condizione economica del beneficiario la prestazione medesima dovrebbe essere definitivamente cancellato in quanto è già previsto, per la parte di costo imputata ai Comuni, che il cittadino possa concorrere in relazione alla propria condizione economica. Andrebbe insomma lasciato intatto il diritto costituzionalmente previsto di avere accesso alle prestazioni rientranti nei LEA indipendentemente dalla condizione economica del beneficiario.

In tutto ciò le Associazioni delle persone con disabilità si aspettano che:

- si inizi finalmente a discutere e a verificare, senza veli, il nodo del finanziamento regionale in materia di servizi rientranti nei LEA, fornendo dati e relazioni che consentano di capire se il problema esiste (o è esistito), di che dimensioni è e, se esiste, in quanto tempo il Sistema Regione può credibilmente avviare la riduzione, sino all'azzeramento, della distanza oggi esistente tra livelli di finanziamento dovuto ed effettivamente erogati
- si inizi a discutere di tutto ciò insieme ai Comuni che, insieme ai cittadini, e sempre che le analisi qui condotte siano vicine alla realtà, potranno finalmente avviare un confronto serio e definitivo con la Regione, al fine di destinare le già poche risorse della finanza locale alle nuove e vecchie situazioni di bisogno
- si inizi a ragionare, in termini programmatori, sui livelli essenziali che si ritiene debbano essere definiti e realizzati in Regione Lombardia, a partire dal confronto delle proposte che da anni attendono solo di essere riportate alla luce

[1] Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "**Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione**" (*Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001)

[2] DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (*GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137*)

[3] D.Lgs.502/1992 art. 1 comma 3

[4]
<http://www.saluter.it/documentazione/leggi/nazionali/accordi/accordo-stato-regioni-del-22-11-2001-in-materia-di-livelli-essenziali-di-assistenza>

[5] D.P.C.M. 29-11-2001 Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S. **Definizione dei livelli essenziali di assistenza**

[6] Art. 54. (Livelli essenziali di assistenza)

1. Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. 2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto. 3. La individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. **Legge 27 dicembre 2002, n. 289 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)"** (Pubblicata in GU n. 305 del 31.12.2002 - Suppl. Ordinario n. 240)

[7] Per approfondimenti sui livelli essenziali di assistenza proponiamo due documenti allegati al presente Dossier:

- all.1 - materiali redatti per la FAD prodotta dalla FISH in occasione del progetto Empowernet (2003)
- all. 2 – documento della LEDHA per la definizione del “livello zero” - 2011

[8] per approfondimenti sulla proposta LEDHA in materia di presa in carico si veda:
http://www.ledha.it/allegati/LED_t_documenti/167/FILE_Documento_LEA_LEDHA_2011.pdf

[9] “migliorare l’applicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), in Istituto Sanitario e Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla Normativa Nazionale

- introdurre l’alta integrazione sanitaria (completamente assente)
- garantire il 50% della quota sanitaria (oggi non garantita, anche per i costi inseriti nella quota per le RSA: medico, farmaci ecc.)
- articolare in modo flessibile l’ADI (anche quando si utilizza il voucher socio-sanitario)” –R.Lomb - Bil.Soc.2006 pag. 131 e 176

[10] “Nel corso del 2007 sono stati assunti dalla Giunta Regionale due provvedimenti che hanno stabilito l’estensione dei Livelli essenziali di assistenza con ulteriori livelli regionali, riconoscendo la gratuità dell’assistenza a persone in stato vegetativo ricoverate in Residenze sanitario-assistenziali (d.g.r. n. 4751/07), la provenienza delle risorse (20 milioni di euro derivanti dal Fondo Sanitario Regionale) e l’area delle attività sociosanitarie integrate, quale ambito da implementare con queste risorse (d.g.r. n. 5237/07). Nel mese di maggio la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale si è attivata per fare una ricognizione generale delle persone in stato vegetativo assistite nelle strutture socio-sanitarie accreditate (Residenze sanitario-assistenziali per anziani e per disabili, Strutture di riabilitazione extraospedaliera). Contemporaneamente è stato attivato un gruppo di lavoro interdirezionale (con rappresentanti della Direzione Generale Sanità) cui hanno partecipato esperti in campo medico e rappresentanti delle ASL e delle ASP” – R.Lomb. - Bil.Soc. .2007 pag. 281

[11] **“Estensione dei Livelli essenziali di assistenza.** Nel corso del 2008 la Regione ha riconfermato le risorse sul Fondo Sanitario per garantire ulteriori livelli regionali di assistenza; in particolare per le persone in stato vegetativo la gratuità del ricovero e per le persone con SLA e persone che si trovano in stato terminale della vita i progetti volti al miglioramento quali-quantitativo delle cure domiciliari”- R.Lomb. - Bil.Soc.2008 pag. 147

[12] DGR n. 37 del 16/04/2013 “PRESA D'ATTO DELLA COMUNICAZIONE DEL PRESIDENTE MARONI AVENTE OGGETTO: “ PRIME LINEE PROGRAMMATICHE PER LA REDAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DI SVILUPPO DELLA X LEGISLATURA IN AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO E DETERMINAZIONI CONSEGUENTI ALLE DDGR NN. 4574 DEL 19.12.2012, 4672 DEL 9.1.2013, 4696 DEL 16.1.2013, 4756 DEL 23.1.2013 E 4757 DEL 23.1.2013“

[13] Dgr N. 116 del 14/05/2013 “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI: ATTO DI INDIRIZZO”

[14] Ci si riferisce alle due DGR – la IX/3481 del 16.05.2012 e la IX/4296 del 25.10.2012 – con le quali si è avviata e poi rimodulata la definizione del nuovo patto per il welfare lombardo. A distanza di un anno

molti degli aspetti culturali e programmatici annunciati con la DGR 3481 sono – ad oggi – del tutto assenti dal panorama programmatico della vigente Legislatura. Basti pensare, per esempio, all’enfasi data nella DGR 3481 alla Dote Welfare, o alla necessità di capire bene e meglio i richiami al welfare partecipato basato sulla responsabilità e capacità individuale – uno scenario certo poco proponibile in tempo di crisi non solo per le persone in condizione di fragilità, ma per un crescente numero di cittadini e famiglie in difficoltà.

[\[15\]](#) In particolare: TAR Brescia n. 291 del 13.03.2013 e n. 432 del 23.04.2013

[\[16\]](#) La rilevazione ha riguardato 16 CDD, 5 RSD e 12 CSS. Tutte le unità d’offerta oggetto della rilevazione sono accreditate e contrattualizzate

Nell’utilizzo dei dati si sono adottate le seguenti precauzioni:

- per ciascuna tipologia d’offerta sono stati eliminati i valori estremi (più alto/più basso)
- non sono stati considerati i valori considerati dubbiosi ai fini della loro attendibilità (questo è valso soprattutto per le CSS che riportano un quadro di forte eterogeneità)
- Le unità d’offerta rilevate sono pertanto numericamente superiori al target utilizzato per calcolare il distacco tra finanziamento dovuto ed effettivamente erogato

[17] Si tralascia qui ogni considerazione relativa alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione e ai servizi denominati CSE che pur non ricevendo alcuna risorsa dal fondo sanitario regionale, potrebbero, legittimamente, essere considerati parte integrante dei LEA, in base alla descrizione delle prestazioni sociosanitarie fornita dal D.Dlg. 229/1999 (art. 3 septies). Le prime (prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione) sono di competenza delle ASL e da considerare interamente a carico del fondo sanitario, le seconde, pur essendo prestazioni sociali a rilievo sanitario, sono interamente a carico dei Comuni, ma in ogni caso da considerare, appunto, nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM 29.11.2001.