

Intervento di Raffaele Cananzi
al convegno nazionale della Società Italiana di Bioetica e
Comitati Etici su “Riumanizzare l’assistenza socio-sanitaria in Italia”

Ruolo delle istituzioni – Programmazione e controllo dei servizi socio-sanitari

1.L’attenzione e l’impegno all’assistenza socio-sanitaria da parte delle pubbliche istituzioni nell’Italia geografica ha una lunga storia, ricca di determinazioni legislative ed amministrative, che sarebbe affascinante ripercorrere per una migliore comprensione del quadro istituzionale del nostro tempo. Questa sarebbe materia da trattato. L’intervento in una tavola rotonda non consente che un cenno, per sommi capi ed in estrema sintesi, al fine di sottolineare che in variegate forme, qua e là nel nostro Paese, la solidarietà esercitata dai pubblici poteri ha antiche espressioni. E’ pur vero che queste espressioni sono meno antiche di quelle poste in atto dalla **Chiesa o da forme di volontariato ,cooperazione e mutualità di natura privatistica**. Basti pensare alle antiche Confraternite e Misericordie che allo scopo primario del culto accompagnavano anche l’esercizio di concrete forme di carità. L’Arciconfraternita dei Pellegrini a Napoli, eretta da privati nel XVI secolo, dotò la città di uno dei più antichi ospedali e ancora oggi, attraverso organismi ambulatoriali, continua una commendevole opera nel settore sanitario. La mutualità connessa con le corporazioni medievali può ben essere ricordata come altra forma assai antica di sostanziale natura privatistica. Probabilmente approfondite ricerche porterebbero ad ulteriori esemplificazioni assai più antiche e forse per questo assai più suggestive. La luce della carità cristiana e la scoperta della centralità della persona con la sua dignità fondano lo spirito organizzativo di queste variegate entità privatistiche che fiorirono nell’Italia geografica del secondo millennio.

Con riguardo alle pubbliche istituzioni qualche autore pone l’inaugurazione dello Stato sociale nel 1601, anno in cui in Inghilterra viene emanata una normativa generale di aiuto pubblico alla povertà (poor law) normativa che regge fino al 1948 quando viene sostituita dal “national assistance act”.

Ma nel Regno di Napoli già nel 1400 nasce un ospedale su un antico monastero benedettino. Fu opera dello Stato o della Chiesa? Quest’ospedale fu ampliato e rinnovato dai vicerè spagnoli , dopo la peste del 1656, e prese il nome di S. Gennaro dei poveri, una tra le principali istituzioni assistenziali. **L’elemento solidaristico è a base di queste istituzioni. Sotto il profilo, invece, dell’affermazione del principio di libertà**, come garanzia per tutti i cittadini, in Francia le istituzioni nate dalla Rivoluzione completano un programma sociale che già l’ancien régime aveva posto in cantiere per recuperare la simpatia dei sudditi. Nascono l’elenco dei poveri, il medico e la levatrice condotti. Quello dello Stato appare un dovere sociale non tanto sotto il profilo umanitario e assistenziale ma come risposta all’esigenza di salvaguardare il diritto individuale ad una effettiva libertà dal bisogno. E’ il profilo dei diritti che comincia ad emergere con forza e che la dottrina giusnaturalistica curerà in modo particolare nella visione dei diritti inerenti alla persona umana e, dunque, dei diritti inviolabili dell’uomo.

Questa dimensione del diritto non sembra essere presente nelle opere che nascono nello stesso secolo a cura degli Stati pre-unitari in Italia. Qui è la prevalenza del dato assistenziale e solidaristico che detta al più importante sovrano della dinastia borbonica, Carlo III, l’idea di realizzare un immenso edificio, di 600 metri di lunghezza e 135 di larghezza, per ospitare (come in latino recita l’epigrafe sull’ingresso) i “poveri di tutto il Regno”. L’edificio resterà incompiuto ma ospiterà, fino al terremoto del 1980, istituti assistenziali.

Il Parlamento dell'Italia unita detta la legge 3 agosto 1862 n.753 in materia di assistenza e beneficenza riconoscendo e disciplinando l'attività privatistica di enti religiosi e laici. Solo dopo trent'anni il legislatore italiano detta la fondamentale legge che per oltre un secolo disciplinerà la pubblica beneficenza, **la legge 1 luglio 1890 n.6972** che attribuisce natura pubblicistica alle istituzioni benefiche, individuando successivamente (legge comunale e provinciale del 1915) nel comune il centro amministrativo della pubblica beneficenza. **Nel 1937 con la legge n. 847** vengono istituiti gli enti comunali di assistenza con l'assorbimento delle antiche congregazioni di carità.

2. La Carta del 1948, come tutte le costituzioni del dopoguerra, dispone **la garanzia costituzionale** di alcuni diritti sociali fondamentali e connette strettamente al principio dello stato democratico e di diritto quello dello Stato sociale. I servizi socio-sanitari dell'Italia repubblicana si costruiscono in un quadro **di principi e di valori costituzionali che trovano i loro pilastri nell'eguaglianza e nella solidarietà cui strettamente si connette il diritto al lavoro**. Così dall'adempimento del generale dovere di solidarietà sociale (art.2) al compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione della persona umana (art.3) e al riconoscimento del diritto al lavoro (art.4) il quadro dei diritti costituzionalmente garantiti sul piano socio-economico si dipana, poi, negli **articoli dal 29 al 47** disegnando un percorso idoneo a salvaguardare libertà e pari dignità sociale della persona umana. **Ai fini della disciplina e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari ha grande importanza il principio di sussidiarietà** orizzontale e verticale ora esplicitato all'art.118 della Costituzione ma certamente già operativo in virtù di pacifiche interpretazioni di altre norme costituzionali (artt.2 e 5). Le tensioni sociali **della fine degli anni sessanta e l'innovativa legislazione sul vissuto familiare negli anni '70** hanno generato un fenomeno di singolare attenzione alla persona, al suo disagio, alla emarginazione e alla esclusione sociale richiedendo forti innovazioni sul piano della disciplina e della gestione dei servizi socio-sanitari. Negli anni '70 si diffondono gli asili nido comunali, si istituiscono i consultori per la tutela della salute della donna, si sciolgono un gran numero di enti assistenziali, vengono chiusi i manicomi. Nascono problematiche mai gestite come la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle tossicodipendenze.

E' stato giustamente evidenziato (Franca Olivetti Manoukian) che "i servizi, pensati nell'ottica di tutelare i diritti, si sono diffusi e sviluppati per molti anni rappresentando, e presentando, forti istanze di cambiamento nei confronti della società e delle sue principali istituzioni; hanno espresso posizioni innovative per l'affermazione e la realizzazione di modalità più umane, attente alle persone e alle dimensioni relazionali (e in questo senso anti-istituzionali), di trattare il disagio; hanno posto in primo piano la tutela dei bambini, delle donne, di tutti coloro che vivono condizioni di diversità, di mancanza – menomazione, di tutte quelle persone che la società tende a porre ai margini". E' stato pure evidenziato che **negli anni '70 i principi costituzionali sopra richiamati si sono invernati in alcune idee-forza**: avere prestazioni sanitarie e assistenziali, anche gratuite ove occorra, che consentano a ciascun cittadino di veder soddisfatto il proprio diritto ad una vita dignitosa; i servizi socio-sanitari assumono così la giusta valenza di incarnare serie politiche sociali e di essere necessariamente pubblici nella loro essenza; integrare i servizi sociali e sanitari per la stretta interconnessione fra le condizioni di vita e di lavoro e la genesi o lo sviluppo o la cura della malattia; far crescere, in termini più generali, una società più umana e più solidale, capace di aprirsi al disagio e all'emarginazione sociale consentendo anche una più puntuale partecipazione delle istituzioni locali e delle stesse persone disaggiate.

Occorre a questo punto ricordare che la Costituzione già dalla sua entrata in vigore aveva previsto **l'istituzione delle Regioni** ed aveva ad esse affidato, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato nonché nel rispetto dell'interesse nazionale e di quello delle altre regioni, la **funzione legislativa** in non poche materie fra le quali " **beneficenza pubblica e assistenza sanitaria e "ospedaliera"**. In queste stesse materie le Regioni erano titolari **delle funzioni**

amministrative che, però, normalmente dovevano essere delegate alle Province, ai Comuni o ad altri enti locali (artt. 117 e 118 Cost.). **L'attuazione concreta di queste disposizioni costituzionali**, con l'identificazione di nuovi soggetti istituzionali erogatori di servizi alla persona e con il trasferimento delle competenze in materia di politica sociale e sanitaria dagli enti nazionali di assistenza agli enti locali, può avvenire **solo negli anni '70** perché le Regioni vengono effettivamente istituite solo in quegli anni. Dopo la legge n.382 del 1975 con il **d.P.R. 24 luglio 1977 n.616** si ha una vera e propria **codificazione dei servizi sociali demandati all'ordinamento regionale**. Il servizio previdenziale e pensionistico resta attribuito allo Stato. Le materie alle quali il decreto rivolge specifica attenzione e ne detta una distinta disciplina sono: **la polizia urbana e locale; l'istruzione e la formazione professionale e artigiana; l'assistenza scolastica e universitaria con il collegato diritto allo studio; le attività di servizio sociale nella cultura; la sicurezza sociale nelle forme dell'assistenza e della beneficenza pubblica; il servizio sanitario.**

3. Quando nel 2001 entra in vigore, dopo il referendum approvativo, la riforma del titolo V della Costituzione, i servizi sociali risultano disciplinati dalla legge 8 novembre 2000 n.328. E' evidente che **quella legge entra in vigore con il vecchio regime costituzionale** che escludeva ogni legiferazione in via esclusiva da parte delle regioni, le quali nelle specifiche materie previste dall'originario articolo 117 potevano legiferare ma solo nell'ambito dei principi stabiliti con legge statale. Allora, dunque, le norme della Costituzione relative ai diritti sociali dei cittadini e ai collegati compiti delle istituzioni repubblicane e le norme dettate dalla nuova legge n.328 di riordino dell'intera materia costituivano il complesso reticolato all'interno del quale o ad integrazione del quale le regioni erano chiamate a legiferare con riguardo alle realtà locali ed i Comuni a programmare ed esercitare le relative funzioni amministrative con riguardo alle obiettive esigenze dei cittadini come singoli o come categorie. **Con la riforma del titolo V, invece, allo Stato resta la competenza legislativa esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale nonché una competenza concorrente con la regione per quanto concerne la generale tutela della salute.** Da questo nuovo dettato costituzionale sembra doversi evincere che in materia di servizi sociali la Regione possa pienamente legiferare nel rispetto della Costituzione nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali ed anche nel rispetto delle norme statali determinative dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali. In sede di valutazione politico-istituzionale della legge 328 e del piano sociale nazionale, approvato agli inizi del 2001 con altri provvedimenti attuativi previsti dalla legge stessa, non ci si può limitare ad evidenziarne la caducità per il nuovo dettato costituzionale ma occorre fare **qualche osservazione ulteriore** che ne metta in luce gli aspetti ancora cogenti e, comunque positivi dei quali il legislatore regionale, nella pur assai ampia autonomia conseguita, farebbe bene a tenere nella dovuta considerazione. **La legge 328** detta una riforma sociale di vasta portata che è il **frutto di un lungo processo culturale e politico di una significativa evoluzione nelle amministrazioni pubbliche, in particolare negli enti locali, e nel variegato mondo dell'associazionismo, del volontariato e della cooperazione.** Essa dispone in merito ai **livelli delle prestazioni sociali** in modo da evitare forti disuguaglianze territoriali e queste norme (art.2, comma 2, e art.22, comma 2 e 4) mantengono valore giuridico come espressione di potestà legislativa dello Stato almeno fino a nuovo espresso intervento in materia di livelli essenziali da parte del legislatore statale. E' vero che l'elencazione degli interventi concernenti i livelli essenziali delle prestazioni sociali **manca di una certa concretezza** ma è altrettanto vero che le regioni, pur dando nella loro autonomia una differente attuazione, non potranno escludere alcuno **degli interventi previsti (misure di contrasto alla povertà, misure economiche per favorire la vita autonoma, interventi di sostegno per minori in condizioni di disagio, misure per il sostegno delle responsabilità familiari, misure di sostegno alle donne in difficoltà, interventi per la piena integrazione delle persone disabili, interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, prestazioni integrate di tipo socio-educativo per**

contrastare dipendenze, informazione e consulenza alle persone e alle famiglie). Dei livelli essenziali fanno parte anche quelle tipologie di servizi che il comma 4 dello stesso art. 22 individua in: **servizio sociale professionale e segretariato sociale; pronto intervento sociale; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semi-residenziali; centri di accoglienza a carattere comunitario.** I livelli essenziali assolvono alla funzione di imporre prestazioni uguali sull'intero territorio nazionale; dunque, devono **non essere qualitativamente e quantitativamente altissimi** perché non si consentirebbe alle regioni meno avvantaggiate di raggiungerli nella concretezza dell'azione quotidiana **ma non essere bassi** in modo da indurre riduzioni a quelle regioni che già possono offrire livelli medio-alti. Questa attribuzione dello Stato deve, perciò, essere esercitata con grande equilibrio ed anche con una più significativa specificità in modo da disciplinare alcuni livelli fondamentali come diritti individuali a prestazioni, altri come tipologie di offerta in ogni realtà territoriale o per ogni certo numero di abitanti, tutti come garanzia di un certo standard di qualità. Bisogna, perciò, che lo Stato detti questi livelli tenendo conto della singolare complessità della materia che non riguarda soltanto il profilo dei servizi sociali ma include anche prestazioni e servizi sanitari essendo il diritto alla salute una componente particolarmente significativa dei diritti sociali. **Regioni Si è sopra ricordato che in campo sanitario la legislazione di Stato è concorrente, onde il compito dello Stato nel dettare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie può meglio essere esercitato nel complessivo quadro della normativa fondamentale ai cui principi non potrà derogare la legislazione regionale. E' il caso qui di ricordare che spetta allo Stato dettare le norme per la disciplina della "profilassi internazionale" nonché, anche attraverso il Piano Sanitario Nazionale, i principi fondamentali sull'igiene pubblica (interventi di tipo sanitario che prescindono da richieste autonome degli amministratori) nonché sull'assistenza sanitaria ospedaliera, ambulatoriale, territoriale e domiciliare.** La legislazione statale deve, poi, dare attuazione ad una serie di controlli sulla qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate per la tutela dei livelli essenziali al fine di consentire al Governo della Repubblica di esercitare i poteri sostitutivi previsti dall'art.120 Cost., comma 2, attraverso procedure atte a garantirne l'esercizio nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione. Va, infine, fatta menzione degli oneri finanziari che fanno carico allo Stato che, nel quadro del federalismo fiscale, ha il compito di istituire il Fondo Sanitario nazionale, il Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo perequativo di cui all'art.119 Cost., comma 3, nonché di provvedere alle risorse aggiuntive e agli interventi speciali previsti al successivo comma 5. Non sembra possa contestarsi che allo Stato oltre la provvista spetti, di conseguenza, la determinazione delle condizioni per la distribuzione delle somme incluse nei Fondi e per l'erogazione delle risorse aggiuntive nonché dei presupposti per gli interventi speciali.

4. Si può oggi certamente parlare di un ordinamento regionale del sistema integrato di interventi e servizi socio- sanitari. Si tratta di un ordinamento che le Regioni italiane istituiscono in autonomia attraverso l'esercizio della funzione legislativa che è esclusiva per il sistema dei servizi sociali, ad eccezione dei livelli essenziali delle prestazioni, e che è concorrente per quanto ha tratto con la tutela della sanità. **Attraverso questa duplice fonte legislativa vengono individuati i percorsi ed i soggetti dell'integrazione socio- sanitaria, materia mista ma che di norma viene acclusa e disciplinata nel corpo normativo attinente alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali sulla scia di quanto indicato dalla legge statale n.328 del 2000.** Prima di fare qualche osservazione sui percorsi d'integrazione, è bene ricordare le leggi regionali individuano i **soggetti** del sistema integrato dei servizi che vengono distinti in pubblici e privati. I pubblici sono: **regione, province, comuni e altri soggetti come le aziende unità sanitarie locali e le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.** I privati sono **gli organismi non lucrativi di utilità sociale, gli organismi della cooperazione, le associazioni e gli enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato, le organizzazioni di**

volontariato, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese che operano nel settore dei servizi sociali.

La Regione è ente di programmazione, indirizzo e coordinamento. Esercita queste funzioni con il concorso degli enti locali e delle formazioni sociali. **Disciplina l'integrazione** degli interventi sociali con quelli in materia di sanità, istruzione, cultura e lavoro, nonché con le attività di valorizzazione e sviluppo del territorio e con quelle rivolte a garantire la sicurezza dei cittadini. Si può dire che in linea di massima la Regione per questi fini svolge una serie di compiti. Fra i principali è il caso di ricordare: la determinazione degli ambiti territoriali; l'adozione del piano sanitario regionale; l'adozione del piano sociale regionale; la definizione delle procedure e delle condizioni sostanziali per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta degli interventi e dei servizi del sistema integrato; l'individuazione dei criteri per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni; monitoraggio, valutazione e controllo sulla programmazione locale e sui risultati conseguiti con riguardo anche agli obiettivi del piano di zona; la definizione degli indirizzi per assicurare la programmazione e la gestione integrata e la verifica dei risultati da parte dei comuni e delle aziende sanitarie locali dei servizi socio-sanitari ai sensi della normativa anche statale; l'individuazione in materia socio-sanitaria delle prestazioni da ricondurre alle tipologie legislativamente definite; la verifica della conformità dei piani sociali d'ambito con il piano regionale; l'esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti degli enti inadempienti; l'istituzione del fondo sociale regionale,

Nel sistema integrato dei servizi socio-sanitari un ruolo di grande rilevanza hanno svolto le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB). Si tratta di circa 4000 enti, con un patrimonio complessivo valutato in 19 miliardi di euro, normalmente fondati da privati e resi pubblici con la legge Crispi del 1890 nonché sottoposti alla vigilanza e al controllo dello Stato. Il dato privatistico emergente dalle tavole di fondazione non è, comunque, venuto meno generando una complessa frammistione di pubblico e privato messa in luce dalla Corte Costituzionale (sent. n. 386 del 1988). **Le IPAB operano tradizionalmente nel settore delle strutture di ricovero per anziani, per disabili, per l'educazione della prima infanzia e oggi anche nella rete integrata dei servizi finalizzati alla domiciliarizzazione degli utenti.** La regione deve ora disciplinare la natura e le funzioni delle IPAB nel sistema integrato e, a mio avviso, deve farlo tenendo conto dei principi dettati dall'art. 10 della legge 328 e del successivo decreto attuativo: il D.Lgl. 4 maggio 2001 n. 207. La materia sanitaria che tocca pure le IPAB riporta la legislazione regionale nell'ambito della concorrente con lo Stato. Tenendo conto dei principi dettati dalle norme statali, le Regioni possono **configurare questi enti come privati o come Azienda pubblica di servizi alla persona. L'atteggiamento è determinato dall'asse sul quale si intende far ruotare la politica socio-sanitaria.** La Lombardia, per esempio, si è orientata verso il privato, l'Emilia-Romagna verso il pubblico. E' sufficiente qui aver ricordato il problema che non è di poco conto avendo implicanze vastissime nella rete dei servizi.

Della Provincia non dico nulla se non che ha compiti marginali in concorso con la Regione o con i Comuni. Tra le Città metropolitane e le associazioni di Comuni la politica istituzionale italiana farebbe bene, per non aggravare le forme di democrazia e per contenere i costi della politica, a fare a meno di questo ente locale!

5. I comuni sono titolari della programmazione, della realizzazione e valutazione a livello locale degli interventi sociali e, di concerto con le ASL, degli interventi socio sanitari, nonché delle funzioni amministrative inerenti l'erogazione dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato locale. I comuni che fanno parte dell'ambito territoriale, normalmente definito dalla regione come parte del territorio regionale coincidente con il distretto delle Asl, nel rispetto del piano sociale e sanitario regionale, adottano il piano di zona d'ambito con un accordo di programma con la Provincia e con la Asl di riferimento. Il piano di zona comporta la concertazione con le comunità montane, le aziende di pubblici servizi alla persona, i soggetti del terzo settore, le organizzazioni

sindacali, gli altri soggetti della solidarietà sociale. Di norma viene istituito per ogni ambito un ufficio di piano e un servizio di segretariato sociale che cura pure una porta unica di accesso ai servizi. Con i piani di zona finalmente la complessiva torta delle risorse disponibili per il sociale (per la povertà e la marginalità sociale, per gli immigrati, per i minori, per i disabili, per gli anziani, per la dipendenza, ecc.) viene considerata congiuntamente e da tutti i soggetti interessati negoziata nella effettiva considerazione dei bisogni reali e specifici di ogni territorio. Il piano di zona segna nel socio-sanitario il passaggio dal government ad una prospettiva di governance. Il piano di zona, poi, si muove in un'ottica di promozione dello sviluppo locale. "Con il piano di zona si intende programmare in modo congiunto anche con l'Asl, non nella logica della delega ma in quella dell'integrazione operativa a livello territoriale".

6. Possiamo convenire sul fatto che la legislazione di quest'ultimo decennio fa propri alcuni principi: coordinamento e integrazione fra interventi sociali e altri interventi che con questi debbono concorrere per perseguire efficacemente finalità di benessere e di socializzazione; sussidiarietà verticale ed orizzontale; concertazione e cooperazione fra servizi sociali e servizio sanitario per rispondere adeguatamente a bisogni ed esigenze di carattere socio-sanitario. Avendo presente non solo principi e disciplina della più volte richiamata legge 328 ma anche il D.Lgl. 17 agosto 1999 n.229 ed il Piano sanitario nazionale 1998-2000, alla luce di quanto sopra si è detto, la programmazione socio-sanitaria sembra razionalmente distribuita fra livello regionale (regione e conferenza permanente per la programmazione – piano sociale regionale, piano sanitario regionale o piano socio-sanitario regionale) livello di Asl (direttore generale e conferenza dei sindaci- piano attuativo locale) livello di ambito di zona (comitato dei sindaci dell'ambito e direttore del distretto). Per i programmi di settore la concertazione istituzionale è consultiva; per la materia socio-sanitaria la concertazione assume la natura dell'intesa al fine di realizzare l'armonica coerenza degli atti e dei collegati comportamenti. La necessità dell'integrazione è quasi lapalissiana nella considerazione che lo stato di salute e la sua evoluzione nel tempo sono sensibilmente condizionati dalla situazione sociale delle persone e delle famiglie e dei gruppi sociali; a propria volta la condizione sociale è grandemente influenzata dallo stato di salute. D'altro canto anche nella sistematica legislativo-costituzionale il diritto alla salute primeggia fra i diritti sociali ma non può che includersi in questa categoria di diritti con un forte e significativo collegamento che risiede nell'intimo legame di tutela della dignità, della libertà e dello sviluppo della persona umana. Per quanto attiene all'imputazione dei costi vi provvedono, con il decreto n.229, l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie (D.P.C.M. 14 febbraio 2001) e quello successivo (19 novembre 2001) sui livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, distinguendo quelli che competono ai privati e ai comuni e quelle che fanno carico ai bilanci della sanità pubblica. Nasce così la distinzione tra le prestazioni sociali a rilievo sanitario (azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale che ostano alla ottimizzazione dei risultati di cura e di riabilitazione, quali il sostegno economico e sociale, l'aiuto domestico o ospitalità di tipo alberghiera ecc.) e le prestazioni sanitarie a rilievo sociale (prestazioni dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa in ambito extraospedaliero) tra le quali sono da comprendersi anche le prestazioni a elevata integrazione sanitaria. Vi sono poi prestazioni espressamente previste come non distinguibili per le quali il carico è ripartito in forma forfettaria.

L'esigenza dell'integrazione socio sanitaria si era già prospettata con la legge 833/1978 e alcuni comuni avevano ritenuto opportuno delegare loro funzioni e risorse alle allora Usl. In altre regioni i comuni avevano solo in parte delegato funzioni e risorse, mantenendo le loro dirette responsabilità, anche associandosi, per l'altra parte. In altre regioni, infine, la rilevanza del problema non è stata percepita nella dovuta importanza e la separazione di funzioni e risorse ha nuociuto alla soddisfazione di esigenze anche fondamentali dei cittadini. Dopo i più recenti dettati normativi in materia e sotto la pressione sociale di rispondere sempre più compiutamente ad aspetti essenziali della vita delle persone il sistema gestionale richiede un adeguato ripensamento anche se le soluzioni vanno assunte non certamente a livello nazionale e non necessariamente a livello

regionale, dove è possibile una indicazione di indirizzo per l'omogeneità dei comportamenti dei comuni di quella regione, ma molto verosimilmente a livello di ambito territoriale dove è possibile avere un quadro più preciso delle esigenze integrative e delle forme concrete di gestione che il servizio misto può assumere. Forse è bene seguire l'esperienza della Toscana che ha modellato una sorta di "società della salute" fra comuni e azienda sanitaria che, associati fra loro, gestiscono insieme i servizi sociali, quelli socio-sanitari e quelli sanitari territoriali, servizi tutti che dovrebbero integrarsi dentro uno stesso sistema. Non conosco i risultati di questo esperimento che è stato espresso in Toscana su larga scala. In linea concettuale e teorica mi sembrerebbe il più idoneo nel coinvolgimento degli altri soggetti pubblici e privati, più volte sopra richiamati, perché in spirito aperto e democratico con responsabilità pienamente condivise si dia alla programmazione, determinata in accordo la migliore concreta attuazione sotto il profilo del più efficace efficiente ed economico utilizzo delle risorse finanziarie ed umane disponibili su quel territorio nella più chiara ed ampia conoscenza delle reali esigenze dei cittadini, soprattutto dei più deboli ed emarginati, per i quali il principio-valore sussidiarietà-solidarietà deve giocare il suo ruolo, il più significativo e il più pregnante. E' importante che in un passaggio come l'attuale, di grande disagio politico e di assai bassa tensione morale, al nazionale che incespica, all'europeo che non riesce ad emergere sul terreno di alta politica unitaria, al globale che esprime un capitalismo che marca netti abissi fra ricchi e poveri, cominci a rispondere un locale dove si sperimenti una vera democrazia partecipata, si respiri una legalità diffusa che rifletta l'atmosfera dello Stato di diritto e si condivida una vera ricerca del bene comune forte segnale che lo Stato o è sociale o non è in alcun senso.