

# L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni



# **Lo strumento normativo come fondamento delle politiche socio-sanitarie? Un'introduzione all'analisi delle legislazioni regionali**

*Camilla Buzzacchi*

Il complesso di servizi e prestazioni che sono «atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale» – secondo la previsione dell'art. 3 *septies*, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 – sono al centro delle analisi e dei contributi scientifici che costituiscono questo primo Rapporto dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca dedicato all'integrazione socio-sanitaria. Dedicato dunque ad una politica pubblica di nevralgica rilevanza, perché indirizzata a soggetti estremamente vulnerabili, il cui benessere può essere il risultato di interventi capaci di coniugare, come è stato osservato, *cure e care*. Grazie ai servizi dell'uno e dell'altro tipo, tra loro integrati, si «mira ad evitare che un problema di salute si trasformi in un problema sociale, così come il processo contrario»<sup>1</sup>.

L'azione pubblica in esame è dunque il portato di un complesso di politiche, che sono funzionali a rendere effettivi diritti sociali dei singoli costituzionalmente fondati, e che si dispiegano secondo direttive e in virtù di assegnazioni di prerogative piuttosto variegate. La cornice costituzionale degli artt. 32 e 38 rappresenta il primo e più immediato riferimento, elevando il diritto alla tutela della salute ed il sistema della sicurezza sociale – declinato sul versante della previdenza e dell'assistenza – a elementi cardine della forma di Stato sociale delineata dalla Norma fondamentale. Ma sono parte primaria della cornice costituzionale dell'integrazione socio-

---

<sup>1</sup> Si veda il contributo di Viviana Molaschi, membro dell'Osservatorio, in *Integrazione socio-sanitaria e COVID-19: alcuni spunti di riflessione*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 2, 2020.

Ci si richiama alla letteratura di riferimento, che l'A. richiama in nota (2): A. Albanese, *L'integrazione socio-sanitaria*, in R. Morzenti Pellegrini-V. Molaschi (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2020; L. Degani-R. Mozzanica, *L'integrazione socio-sanitaria*, in E. Codini-A. Fossati-S.A. Frego Luppi (a cura di), *Manuale di Diritto dei servizi sociali*, Torino, 2019; A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017.

sanitaria anche il sistema educativo e le azioni volte a creare condizioni di occupazione per ciascuno: dunque gli artt. 33 e 34 in riferimento all'istruzione, e gli artt. 35-37 in materia di lavoro costituiscono ulteriori tasselli irrinunciabili di una *policy* che, con speciale efficacia, aspiri a dare attuazione all'imperativo dell'egualianza sostanziale dell'art. 3 Cost.

Al tempo stesso la scelta costituzionale è a favore di un ampio – se non totalizzante – impegno delle amministrazioni del territorio verso questi obiettivi di *welfare*: è a Regioni ed a Comuni, nonché a enti pubblici ad essi collegati ed a soggetti privati coinvolti nella progettazione e nell'erogazione, che l'ordinamento repubblicano affida le politiche della salute e quelle dell'assistenza.

Questo comporta una multiformità di scelte regionali in merito ai sistemi di governo ed ai modelli di intervento, che da oltre due decenni – anche quattro, ragionando sul comparto sanitario – le istituzioni territoriali hanno predisposto, attuato, corretto, ridefinito, in funzione dello sviluppo di una capacità di risposta ai bisogni, che deve tenere conto delle specificità delle diverse realtà, dei contesti demografici e anche delle opzioni politico-amministrative dei governanti. Tale definizione dei sistemi di governo e di intervento, nonché le correzioni e le riforme dei meccanismi di soddisfacimento dei bisogni, sono avvenuti attraverso una strumentazione normativa, che sta al centro dell'interesse del presente Rapporto, che avvia l'attività di monitoraggio e di analisi dell'Osservatorio.

Esso si pone l'obiettivo di presentare una panoramica delle architetture legislative, regolamentari e di atti programmatori, che stanno a fondamento delle politiche socio-sanitarie delle diciannove Regioni e delle due Province autonome. Tali architetture sono necessarie «per coordinare competenze e attività dei diversi soggetti che collaborano nella considerazione dei bisogni e nell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, vale a dire, dal lato del Servizio sanitario nazionale, principalmente Asl e loro sub-articolazioni, e, sul fronte socio-assistenziale, i Comuni, le aziende per i servizi alla persona e i soggetti *non profit*»<sup>2</sup>. Di esse ci si propone di effettuare la ricostruzione, andando ad indagare la loro collocazione cronologica e il tipo di fonti utilizzate; e andando altresì a monitorare evoluzioni normative, che possono dare la misura e rappresentare la portata della volontà politica di cui sono espressione.

Il Rapporto si articola pertanto anzitutto nelle schede dedicate alle Regioni ed alle Province autonome, che si susseguono in ordine alfabetico – dunque senza una separazione tra autonomia ordinaria e speciale – ed in ciascuna vengono individuate le fonti sulle quali si fonda il sistema sanitario regionale<sup>3</sup> e quello socio-assi-

---

<sup>2</sup> Cfr. ancora V. Molaschi, *Integrazione socio-sanitaria e COVID-19*, cit.

<sup>3</sup> La letteratura di commento delle discipline riguardanti il Servizio sanitario nazionale è imponente e non potrebbe essere integralmente richiamata: pare particolarmente utile fare riferimento al saggio di B. Pezzini, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, che oltre a esprimere un'interessante lettura delle evoluzioni normative dal 1978 al 1999, e della tenuta dell'obiettivo solidaristico del sistema di risposta al bisogno della salute e della garanzia del diritto costituzionale, ripercorre l'autorevole dottrina che ha accompagnato lo sviluppo del quadro legislativo.

stenziale<sup>4</sup>, con l'aspettativa di dare evidenza ai passaggi di valorizzazione dell'integrazione tra le due politiche.

La prima finalità è pertanto quella di ricostruire la disciplina dei diversi sistemi dei servizi della salute e sociali delle ventuno amministrazioni che hanno recepito le leggi quadro della sanità del 1992 e del *welfare* del 2000: così facendo si può dare evidenza a discipline che hanno accolto previsioni nazionali volte ad affidare a Regioni e Comuni molteplici competenze che vanno dalla programmazione fino alla produzione delle prestazioni; e che hanno in più individuato soluzioni peculiari, idonee a rispondere a bisogni specifici del territorio. A questo proposito un'osservazione che può essere effettuata è che il panorama che si presenta dimostra tanto scelte di ambiziosa differenziazione, quanto opzioni che rappresentano occasioni mancate. Se alcune Regioni hanno colto al meglio – magari talvolta anche quasi con forzature – la possibilità di individuare modelli e soluzioni originali e unici, altre hanno perso l'opportunità di calare un quadro normativo nazionale nel proprio contesto specifico, evitando di immaginare percorsi ed interventi che potevano meglio rispondere alle esigenze dei rispettivi territori. Rispetto a questa considerazione, non si può del resto omettere la particolare – e spiacevole – circostanza del dissesto della spesa sanitaria di un certo numero di questi enti: di ciò si dà conto Regione per Regione, ed è evidente che questo passaggio talvolta molto lungo – per certe amministrazioni dal 2007 ad oggi – ha influito anche sulle decisioni di produzione normativa dei legislatori e delle Giunte regionali.

Ma cominciando proprio dal riferimento ai sistemi di competenze delineati dal legislatore nazionale, le determinazioni normative effettuate dalle Regioni dimostrano una replica generalizzata di quelli. A titolo di esempio si possono prendere la disciplina di una Regione ordinaria e quella di una Regione ad autonomia differenziata, e da entrambe emergono funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica in capo all'amministrazione regionale: si vedano l'art. 14 della l.r. Liguria n. 12/2006 e l'art. 36 della l.r. Sardegna n. 24/2020. Così come, per il comparto sociale, al Comune sono attribuiti «funzioni amministrative e compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché delle altre funzioni e compiti loro conferiti dalla legislazione statale e regionale» mentre alle Regioni spetta definire «politiche integrate tra i diversi settori della vita sociale ed in particolare in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro» secondo quanto dispone la l.r. Emilia Romagna n. 2/2003 e la l.r. Friuli Venezia Giulia n. 6/2006. Dunque, nel complesso, pressoché tutte le nor-

---

<sup>4</sup> Per il passaggio della riforma epocale del 2000 rimane un riferimento fondamentale il commento curato da E. Balboni-B. Baroni-A. Mattioni-G. Pastori, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007, nonché – più recentemente – S. Nicodemo, *Diritto dei servizi sociali*, Milano, 2021.

Sul sistema precedente ci si limita a questo titolo E. Ferrari, *I servizi sociali*, Milano, 1986, per la sua autorevolezza, pur non mancando ulteriore letteratura.

mative regionali recepiscono gli artt. n. 1 e 2 del d.lgs. n. 502/1992 in materia sanitaria, e gli artt. 6, 7 e 8 della l. n. 328/2000 per l'ambito dei servizi sociali.

Le schede non vogliono pertanto riprodurre previsioni «standard», che possono ricorrere indistintamente in tutte le normative e che non presentano elementi di distinzione da territorio a territorio. Partendo dal presupposto di dare per conosciuti questi inquadramenti di competenze, che vengono dati quasi per sottintesi per ciascuna realtà autonoma, l'intento è di attribuire piuttosto risalto a scelte caratterizzate da quella «unicità», che dà ragione e giustifica la «differenziazione» del modello regionalistico italiano.

L'analisi è rivolta poi al quadro giuridico che concerne altri aspetti, quali la collocazione funzionale ed il regime di riconoscimento degli attori non istituzionali, prevalentemente l'associazionismo ed il Terzo settore<sup>5</sup>; nonché le aziende pubbliche dei servizi alla persona, frutto della transizione che il legislatore nazionale ha imposto alle IPAB<sup>6</sup>. Ancora, le norme regionali vengono interrogate in merito alla regolamentazione dell'accesso alle prestazioni, per cogliere l'esplicitazione di percorsi e procedure di fruizione dei servizi. L'ultimo profilo che merita attenzione è quello dell'utilizzo di risorse straordinarie – ovvero quelle europee della programmazione ordinaria e quelle del *Next Generation* – per il finanziamento di progetti, possibilmente innovativi, volti ad offrire modalità di cura sanitaria o assistenziale o, nel migliore dei casi, di natura integrata. Su questo ultimo profilo la documentazione è ancora incompleta e in continuo aggiornamento, e tuttavia l'attenzione va tenuta alta anche in considerazione di alcune probabili evoluzioni non del tutto auspicabili, come è stato recentemente segnalato<sup>7</sup>: il rischio, infatti, è che i progetti che si finanzieranno con la mole straordinaria di risorse non siano così innovativi come si immaginava, e che non de-

---

<sup>5</sup> Lavori di riferimento sulla riforma del Terzo settore in generale sono quelli di A. Fici (a cura di), *La riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale*, Napoli, 2018; M. Gorgoni, *Il Codice del Terzo settore*, Pisa, 2017; P. Consorti-L. Gori-E. Rossi, *Diritto del Terzo settore*, Bologna, 2018. In particolare, sulla normativa regionale che concerne il *non profit*, si rinvia a L. Gori, *Il sistema delle fonti nel diritto del Terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, 1, 2018.

<sup>6</sup> Studi significativi a riguardo sono quelli effettuati da S. De Gotzen, *La legislazione regionale sulle IPAB dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2, 2008, e da G.M. Napolitano, *Il riordino delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza: lo stato dell'arte in alcune regioni*, in *Italian Papers on Federalism*, 1-2, 2015.

S. Milazzo, *Il "caso" peculiare delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) in Sicilia: ricostruzione storico giuridica, ruolo, funzioni, criticità, anche alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in *Federalismi*, 34, 2020, offre poi una panoramica della normativa regionale.

Tra gli studi precedenti relativi al ruolo delle IPAB nell'ordinamento giuridico italiano fin dalle origini si rinvia, tra i molteplici contributi esistenti, a U. De Siervo, *La tormentata fine delle IPAB*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1, 1988; E. Ferrari, *La Corte e la legge Crispi: il nome e la «effettiva natura» delle istituzioni (e della libertà) di assistenza*, in *Le Regioni*, 1988; P. Cavaleri, *La legge Crispi dal 1980 ad oggi*, in AA.VV., *L'autonomia delle IPAB: storia, problemi, prospettive*, Rimini, 1996.

<sup>7</sup> S. Pasquinelli, *Integrazione socio-sanitaria bye bye?*, in *Welforum.it*, 3 maggio 2022.

terminino quel cambiamento che unanimemente è apparso necessario per gli interventi di cura del futuro.

Va immediatamente chiarito che l'intento perseguito nella predisposizione delle schede non può essere quello di una valutazione delle politiche. L'approccio qui adottato è di analisi dei sistemi di normazione, per contribuire alla comprensione delle scelte dei legislatori regionali nel governo del comparto delle prestazioni socio-sanitarie. La presenza, l'assenza, la completezza e, dunque, la qualità della normazione non sono in alcun modo indicatori di politiche efficaci – se le norme esistono – o di assenza di intervento – se le norme mancano. Il perimetro di osservazione del Rapporto è strettamente connesso alla dimensione regolativa delle politiche: interessa rappresentare l'intensità dell'impegno delle amministrazioni a fondare le loro azioni in ambito socio-sanitario su sistemi normativi coerenti, completi, dettagliati ed aggiornati; andando ad evidenziare opzioni per fonti del diritto di una tipologia piuttosto che per altre. Nella molteplicità delle situazioni che si presentano ricorre, infatti, in certi casi l'uso preponderante di norme primarie, che invece in altri contesti sono minoritarie, lasciando più spazio a delibere di Giunta o anche del Consiglio, che non hanno però natura legislativa. Gli indirizzi più recenti si colgono frequentemente da atti di carattere programmatico – Piani sanitari e sociali variamente denominati – dai quali si comprendono linee di intervento innovative e determinazioni politiche originali; mentre, in alcune situazioni, scelte di cura anche dotate di apprezzabile originalità emergono da norme e provvedimenti non rigorosamente dedicati alla materia socio-sanitaria dei singoli territori. E infine non mancano casi di norme formalmente esistenti, ma che non hanno mai trovato effettiva applicazione: anche questo è un aspetto che merita di essere riportato, posto che denota un rapporto tra sistema di governo e strumentario normativo non del tutto fisiologico.

Tenendo dunque presente che queste peculiarità sono destinate ad emergere e mostrano profili di interesse – dal momento che da esse si può dedurre il ruolo che le amministrazioni affidano allo strumento normativo – si possono ora sinteticamente individuare alcune evidenze che emergono.

Una prima osservazione riguarda l'iniziativa, assunta da alcune Regioni, di aggiornare o modificare radicalmente l'impianto normativo dedicato alla sanità: i territori del Friuli, del Lazio, della Lombardia, della Sardegna, della Sicilia e della Provincia di Trento hanno recentemente proceduto a incisivi riordini dei loro sistemi sanitari, affidati quasi sempre ad approvazioni consiliari in forma di legge. In particolare alcune amministrazioni, come la Sicilia, hanno approfittato della (tragica) occasione della pandemia per rivedere il proprio sistema sanitario. Solo la Provincia di Trento ha riesumato una soluzione organizzativa già compatibile con la legge istitutiva del proprio sistema sanitario, e ha dunque provveduto al cambiamento con una deliberazione di Giunta. In tutti i casi richiamati la rivisitazione dell'impianto del sistema della salute è stata giustificata da valutazioni di scarsa efficacia della relativa politica, attribuita al modello organizzativo e di governo precedentemente applicato. È evidentemente immaginabile che anche opzioni di carattere politico stiano alla base di tali cambiamenti: l'avvento di nuove compa-

gini di governo ha condotto, in tanti dei casi richiamati, alla svolta che si è descritta, cosicché si può ritenere che le nuove amministrazioni abbiano voluto lasciare un'impronta anche attraverso la revisione della gestione della politica che, in fondo, più connota l'identità regionale.

Emerge poi con forza il condizionamento che è giunto dalla situazione di emergenza sanitaria, che ha avuto consistenti conseguenze anche sul piano delle prestazioni sociali. La normativa più recente delle Regioni – e ci si riferisce soprattutto ai Piani sanitari e sociali adottati durante la pandemia – spesso dimostra di essere stata prodotta per reagire ad un contesto profondamente modificato, a cui occorreva dare risposte e soluzioni in discontinuità rispetto al passato. E qui si collocano frequentemente indirizzi aperti alla digitalizzazione dei servizi e delle prestazioni, ad uno spostamento verso il territorio e ad una più marcata integrazione degli interventi di cura.

Una novità che ha interessato varie Regioni è stata poi l'istituzione di una sorta di agenzia sanitaria, che quasi tutte le normative hanno denominato «Azienda.0». Si tratta, come è stato osservato, di una soluzione organizzativa particolare, che innesta nel modello dell'azienda sanitaria funzioni diverse da quelle dell'erogazione; e a cavallo fra i compiti di programmazione e indirizzo riservati al governo regionale e il coordinamento fra le aziende erogatrici delle prestazioni di salute<sup>8</sup>. In questa direzione si sono mosse il Friuli, la Liguria, il Veneto, il Lazio, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna e da ultimo la Calabria: non sempre la denominazione è stata di «Azienda.0», ma la funzionalità dell'organo appare quella in tutti i casi richiamati. Evidentemente è stata avvertita l'esigenza della creazione di una struttura più spiccatamente tecnica a garantire il coordinamento tra le strutture sanitarie – nel caso della Puglia l'*Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale* introdotta nel 2017 esercita i suoi compiti già in una prospettiva di integrazione – e anche a fronte della vicenda pandemica questa tendenza è probabile che si estenda ad altre realtà.

Sul lato delle politiche sociali alcune Regioni presentano leggi recenti e moderne quanto all'impostazione: spicca il Friuli Venezia Giulia, mentre la situazione dominante e prevalente è quella di normative che risalgono agli anni successivi all'adozione della l. n. 328/2000. Con la l.r. 12 dicembre 2019, n. 22 recante *Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria* la Regione Friuli Venezia Giulia rappresenta un esempio di particolare attenzione non solo all'aggiornamento della normazione, ma anche all'accoglimento di un approccio aperto all'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie; si possono inoltre evidenziare i casi del Lazio e della Liguria, le cui discipline sono del 2016; infine delle Marche, che ha una legge del 2014 relativa ai servizi alla persona. Sta a sé il caso della Lombardia, che prima di tutte le altre amministrazioni – ovvero fin dal 1997 – si è dotata di norme impostate all'integrazione

---

<sup>8</sup> Una trattazione generale di questo sviluppo è offerta da A. Pioggia, *Il modello "Azienda Zero" nell'attuazione piemontese. Una soluzione che presenta alcune criticità*, in *Piemonte delle Autonomie*, 1, 2022.

delle politiche: ma – ancor di più – ad un indirizzo del tutto singolare, quello dell’equiparazione dei soggetti pubblici e privati nelle politiche di cura dei bisogni. Si tratta di un modello con proprie peculiari caratteristiche, che le discipline successive – è del 2009 la predisposizione di un testo unico, seguito poi da nuove revisioni nel 2015 e nel 2021 – non hanno mai abbandonato.

Le restanti Regioni – evidentemente la maggioranza – hanno dunque impiantato un po’ risalenti per quanto concerne la normativa generale sui servizi alla persona fragile: mentre poi in molte Regioni sono presenti leggi per singole situazioni di bisogno e fragilità. Verranno dunque evidenziate apposite discipline che hanno come destinatari gli anziani, i disabili, i minori, gli immigrati: in tutte le Regioni operano infatti sistemi di regole che dimostrano l’attenzione delle amministrazioni per molteplici condizioni di disagio, che sono oggetto di interventi normativi mirati.

Si è detto che alcune Regioni hanno elaborato apparati di norme che già coniugano le due politiche della salute e dell’assistenza: è il caso del Friuli Venezia Giulia, della Liguria e della Lombardia, ma in maniera del tutto singolare è il caso dell’Umbria, che nel 2015, con la legge regionale n. 11, ha addirittura predisposto un *Testo unico in materia di sanità e servizi sociali*, con soluzione che non è riscontrabile in nessun altro contesto autonomistico. Esse hanno elaborato recenti testi normativi che già prevedono un approccio integrato, anche se va evidenziato che l’attenzione per l’integrazione emerge comunque anche in quei territori che hanno discipline separate: la presenza di una legge istitutiva del servizio sanitario regionale e di una istitutiva del sistema dei servizi sociali non impedisce che siano declinati obiettivi di integrazione tanto nell’una quanto nell’altra. Però il fatto che in alcuni casi vi sia una normativa che intende non disgiungere i due interventi di *policy* appare di particolare interesse.

In alcune realtà la logica integrata è stata espressa in leggi che sono precedenti alla riforma della materia sociale del 2000: il riferimento è alla Toscana con la sua disciplina del 1997 intitolata a *Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati*; tale indirizzo è stato poi consolidato nel 2005, attraverso le l. nn. 40 e 41, con cui l’integrazione socio-sanitaria diventa un modello che si realizza attraverso la particolare innovazione delle «Società della salute». Il riferimento è anche alla Valle d’Aosta, la cui normativa del 2000 è già proiettata nella direzione di «interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi in relazione ai bisogni assistenziali e di salute della popolazione».

Vi è poi da segnalare il robusto impiego di delibere di Giunta e del Presidente per introdurre regole di governo di singoli aspetti di materia sanitaria e di materia sociale: la tendenza è evidentemente semplice da comprendere, e se da un lato segnala una sorta di inattività dei Consigli – e di esautoramento delle loro funzioni – d’altro canto attesta una prontezza dell’esecutivo nel provvedere ai bisogni.

Sono stati poi richiamati i Piani sanitari e sociali, che nella maggior parte dei casi sono atti dai quali emerge una quantità di informazioni, di valutazioni e di in-



tenti, che rappresentano efficacemente la portata dei sistemi di intervento. Non tutte le Regioni si sono dotate di questi atti programmatori con tempestività, ed in alcuni casi mancano da diversi anni: tale circostanza segnala la tendenza a non avvalersi di un solido impianto di progettazione fondato su previsioni normative, che evidentemente non viene ritenuto di così forte rilevanza e utilità.

Va però evidenziato che tutte le Regioni hanno dato seguito all'intesa raggiunta con lo Stato nel 2020 e hanno adottato i Piani di prevenzione: questo adempimento già si fondava l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il Patto per la salute 2014-2016, nonché sull'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2019 concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021. L'emergenza pandemica ha reso ancora più urgente tale passaggio programmatico, e l'Accordo Stato-Regioni che è intervenuto il 31 marzo 2020, concernente la proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, ha aperto la strada a tutti i Piani di prevenzione delle Regioni. Essi coprono in alcuni casi l'arco temporale 2020-2025, in altri casi il periodo 2021-2025. Rappresentano pertanto una significativa risposta delle amministrazioni del territorio.

Nei Piani vigenti – talvolta rappresentati dai Piani sanitari o socio-sanitari, talaltra dai Piani di prevenzione – il riferimento all'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria ricorre abbondantemente. Valga il caso del *Piano per la salute del Trentino 2015-2025* che si impegna a riconoscere centrali «i bisogni e le attese dei cittadini, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una effettiva integrazione socio-sanitaria superando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità nell'erogazione dei servizi»; e il caso del *Piano regionale dei servizi alla persona 2021-2023* della Sardegna, dove si evidenzia che la separazione dell'assistenza sanitaria da quella sociale – «la prima erogata in Italia da un sistema universalistico, orientato alla gratuità ed equità dell'accesso ai servizi ed alle prestazioni; la seconda frammentata fra istituzioni ed enti assistenziali centrali (Ministero, INPS), intermedi (Regioni ed enti) e locali (Province, Comuni, Unioni dei Comuni, Comunità montane, ecc.)» – non assicurano né l'universalità degli interventi né l'equità di accesso; e si auspica che il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) possa meglio declinare in futuro gli interventi sanitari e quelli sociali garantendo «l'unitarietà di gestione e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari entro territori omogenei». Valga ancora l'esempio del Lazio, che presenta un Piano del 2019 intitolato *Prendersi cura, un bene comune*: in esso le *Linee guida per l'integrazione socio-sanitaria* segnalano come sia sempre più difficile tracciare confini precisi tra competenza sanitaria e sociale, e come sia invece necessario un approccio che accompagni le persone nell'accesso alle diverse opportunità, sulla base di una riunificazione delle azioni promosse da tutti gli attori del *welfare*. E ancora, va richiamato il *Piano sociale e sanitario 2017-2019* della Regione Emilia Romagna – non più attuale ed in attesa di aggiornamento – dove l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie viene qualificata una scommessa che «diventa ancora più forte e ancora più operativa» e che «smetterà di

essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul piano degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini». Con una valenza diversa, il *Piano sociale regionale 2020-2022* del Molise si caratterizza per l'ammissione che effettua della «difficoltà nella implementazione delle attività ad integrazione socio-sanitaria». Nonché, per finire, il Piano di una Regione commissariata: nel *Piano sociale 2020-2022* della Calabria si riconosce che «molti fattori hanno reso difficile la pratica dell'integrazione tra sanità e sociale. Fra questi la netta separazione tra la spesa sociale e quella sanitaria e della mancanza di un reale obiettivo di salute che possa comprendere un progetto di intervento per e con la persona, privilegiando un limitato e temporaneo obiettivo di cura». Ne è derivato un «enorme divario nelle risorse disponibili, la frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento delle professionalità, la scarsa considerazione di un lavoro di cura anche familiare che non consiste nella somministrazione di farmaci o di azioni mediche, ma nella tutela della persona»: rispetto a tali sfavorevoli dinamiche si proclama l'impegno «nell'attività di ridefinizione del sistema sanitario e di riorganizzazione e potenziamento del sistema sociale, finalizzata all'integrazione socio-sanitaria».

La mappatura delle Regioni conduce poi ad evidenziare delle specificità: ovvero soluzioni originali che sono riscontrabili in singoli contesti e non in altri. Si è volutamente data evidenza a queste peculiarità, che dimostrano le ricadute positive della scelta regionalista, ed in particolare dell'emersione di scelte non standardizzate, bensì ispirate alla differenziazione.

A titolo di esempio vale il «distretto dell'economia solidale» della l.p. n. 13/2007, *Politiche sociali nella provincia di Trento*: ovvero un «circuito economico, a base locale, capace di valorizzare le risorse territoriali secondo criteri di equità sociale e di sostenibilità socio-economica e ambientale, per la creazione di filiere di finanziamento, produzione, distribuzione e consumo di beni e servizi»; vale il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) che i Comuni della Sardegna devono predisporre e che deve essere specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria, secondo le indicazioni della l.r. n. 23/2005 recante *Sistema integrato dei servizi alla persona*; vale il modello dell'*hub & spoke* della l. n. 27/2018 della Regione Friuli Venezia Giulia, mutuato dal mondo dell'aviazione americana, che ispira la produzione e la distribuzione dell'assistenza ospedaliera in maniera da concentrare la casistica più complessa in un numero limitato di centri (*hub*), che sono fortemente integrati, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (*spoke*), andando a costituire un panorama di c.d. reti cliniche; vale la l. n. 19/2018 di *Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria* dell'Emilia Romagna, che ha introdotto la Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione e gli Accordi operativi per la salute di comunità, che appaiono elementi di pregevole innovazione nel sistema di governo delle politiche per la persona.

Per finire valgono i casi virtuosi del *Piano sociale regionale 2020-2022* del Mo-

lise, che assume l'ufficio di piano come livello essenziale data la sua importanza nell'area del *welfare* d'accesso; e dell'Abruzzo, che con la l. n. 16/2016 di *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo* ha istituito la «Giornata regionale per l'invecchiamento attivo» nel giorno 22 aprile di ogni anno.

Ancora, possono essere annoverate le esperienze di telemedicina di Valle d'Aosta ed Emilia Romagna, nonché della Toscana, che ha ricevuto anche un riconoscimento specifico a livello europeo: quest'ultima Regione ha conseguito lo *status* di *Reference Site* grazie alle buone pratiche relative alla presa in carico della cronicità nell'ambito dell'invecchiamento attivo. Ancora la Toscana spicca per la sperimentazione delle «Società della salute», che dal 2005 costituiscono elemento distintivo delle politiche di quel territorio<sup>9</sup>.

Poi vanno evidenziati risultati di pregio quali l'Osservatorio delle politiche di protezione sociale del Friuli Venezia Giulia; il portale delle politiche sociali della Provincia di Trento, che svolge la funzione di accesso ai servizi, con una ricchezza di informazioni e di riferimenti normativi, che potrebbe risultare un modello per gli altri territori; il portale *Toscana Accessibile*, che rappresenta un vero modello per i servizi dedicati alla disabilità; l'istituzione di uno strumento analogo all'indicatore di situazione economica usato a livello nazionale nelle due Province autonome, e una certa diversificazione dell'ISEE nel Friuli Venezia Giulia.

Come già accennato, non pare inutile sottolineare ancora che obiettivo del Rapporto non è una valutazione dei sistemi di *welfare* delle ventuno amministrazioni italiane: nessuna classifica può nascere dai dati qui raccolti, né alcun giudizio può essere formulato sulla qualità dei servizi. Le numerose classifiche, che vari enti ed istituti di ricerca elaborano annualmente, indicano i risultati migliori nelle Regioni del Settentrione, con eccellenze nelle due Province autonome ed in Emilia Romagna: ma l'intento del presente Rapporto non è dare evidenza o esprimere adesione a nessun sistema di monitoraggio e valutazione, né tanto meno formulare autonome stime. Ciò a cui si dà risalto sono modelli differenziati di normazione che attestano approcci diversificati nel sostenere le politiche sociali a partire da appositi ed aggiornati sistemi di norme. La produzione di servizi socio-sanitari avviene così in alcuni casi in presenza di apparati di regole, transitati attraverso delibere consiliari, che hanno l'ambizione di formulare principi di grande pregio e di disegnare meccanismi organizzativi, che nel tempo hanno richiesto di essere ridefiniti; in altri casi in assenza di discipline aggiornate, che trovano percorsi di rimodulazione in delibere della Giunta o del Presidente di Regione. Con strumenti di analisi meramente giuridici non è possibile ipotizzare effetti di favore o di ostacolo prodotti da scelte dell'una e dell'altra tipologia. Di conseguenza la mappatura delle normative regionali che qui si presenta dimostra esclusivamente le molteplici attitudini dei diversi amministratori in Italia, che assegnano valenze assai eterogenee agli strumenti giuridici di regolamentazione delle politiche sanitarie e sociali:

---

<sup>9</sup> Sulle Società della salute si rinvia a E. Rossi, *La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*, in *Istituzioni del federalismo*, 3, 2016.

con limitato attivismo in alcuni contesti, con una spiccata propensione ad aggiornare le basi giuridiche degli interventi in altre realtà.

Il Rapporto ospita poi vari saggi, che affrontano singole tematiche che ruotano intorno alle politiche di integrazione socio-sanitaria, e contribuiscono ad arricchire la riflessione con analisi da molteplici prospettive.

Il saggio di chi scrive dal titolo *Il re-styling del sistema sanitario lombardo: un nuovo modello di politica pubblica?*<sup>10</sup> rivolge l'attenzione alla revisione operata nel 2021 dalla Regione Lombardia della propria normativa a fondamento del sistema sanitario regionale: una revisione che è stata richiesta espressamente dalle istituzioni centrali, a fronte delle grandi difficoltà incontrate da tale amministrazione durante il passaggio eccezionale della crisi sanitaria del 2020. Come emerge dalla scheda relativa a questa Regione, il modello qui implementato è del tutto singolare ormai da più di due decenni e fondato su una parità tra offerta pubblica e privata, ampiamente polarizzata su attività di ospedalizzazione: tale circostanza rende difficile il transito a meccanismi diversi di politica sanitaria e assistenziale. Cosicché rimane incerto il confine tra servizio pubblico e sistema di mercato anche nello scenario della sanità lombarda riformata, nella quale il ruolo delle strutture di ricovero – private e pubbliche – rimane determinante.

Un altro contributo riguarda nuovamente le politiche pubbliche della Regione Lombardia: Maurizio Campagna effettua un'interessante lettura di una proposta di legge che in maniera c.d. «bipartisan» è stato presentato nel Consiglio regionale della Lombardia ed è in attesa di approvazione. Il saggio, dal titolo *I percorsi di presa in carico in Lombardia in una recente proposta di legge regionale*, effettua la disamina della proposta rubricata «Politiche di *welfare* sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità», che si presenta ispirata ad una logica innovativa: ovvero la prospettiva della «presa in carico del disabile» da parte della collettività. L'orizzonte è quello di un nuovo paradigma di assistenza, che non si riduce al sostegno personale al disabile, ma punta all'individuazione di processi di reale inclusione sociale della persona con disabilità, garantendo l'effettività del diritto alla socializzazione. L'auspicio espresso nel contributo è che la Regione possa raggiungere il risultato di dotarsi di una disciplina così ispirata.

Ancora con riferimento alla Lombardia, l'apporto di Francesco Severgnini dal titolo *Note sulle forme di rappresentanza degli enti locali nel sistema socio sanitario. Il caso lombardo* si distingue per l'attenzione attribuita al sistema degli enti locali nel governo dei servizi socio-sanitari.

Auretta Benedetti e Mauro Rizieri Giuseppe Martinelli nel saggio *Prospettive di sviluppo della medicina territoriale: profili giuridici ed economici* hanno sviluppato l'esame della prima figura sanitaria preposta a rispondere al bisogno di salute – il medico di base, che nel linguaggio comune viene identificato ancora co-

---

<sup>10</sup> Il saggio è stato pubblicato su *Le Regioni*, 5, 2021.

Su tema sia consentito il rinvio anche all'intervento *La sanità lombarda non cambia registro: più mercato che servizio*, in *laCostituzione.info*, 24 dicembre 2021.

me medico «della mutua» o «di famiglia» – la cui origine, nel contesto della sanità del Paese, è risalente e che rimane un punto di riferimento nevralgico della politica pubblica. Il saggio ricostruisce anzitutto il quadro normativo di questa figura, che ha conosciuto successi e fallimenti; figura che, per la sua capacità di dare risposte in una situazione di «vicinanza» ai soggetti bisognosi, è apparsa più che mai necessaria all'indomani dell'emergenza pandemica, tanto da diventare destinataria di misure previste nel PNRR per rafforzarla. Alle considerazioni giuridiche si aggiungono quelle economiche, che concorrono a cogliere la reale portata delle prospettive di riforma del settore per effetto dei finanziamenti europei. Dagli Autori viene proposta una lettura in prospettiva delle effettive aspettative di cambiamento che si possono nutrire con riferimento a questo anello così essenziale dell'intervento pubblico per la salute.

Di estrema attualità l'intervento di Filiberto E. Brozzetti, Giuseppe Massimo Cannella, Andrea Randazzo dal titolo *Telemedicina, teleassistenza e intelligenza artificiale in un sistema socio-sanitario di prossimità: nuovi paradigmi etico giuridici*. Se si considera l'accelerazione che la crisi pandemica e poi la progettualità collegata alle risorse del *Next Generation EU* hanno impresso a modalità digitalizzate di cura, più che mai opportune sono le questioni di molteplice natura che gli Autori si pongono: da quelle etiche che anche con la telemedicina vanno considerate nella cura dei pazienti, a quelle connesse all'accesso ai *record* elettronici sanitari, fino ad aspetti nuovi di responsabilità. Ancora una volta la regolamentazione operata dal diritto è un passaggio cruciale – tanto quanto l'implementazione sul lato tecnico – affinché il modello del *digital health* o *e-health* tenga nella dovuta considerazione l'elevato numero degli attori in gioco e dei loro interessi; e sia in grado di delineare dei profili di imputazione quanto più possibile obiettivi.

Il saggio intitolato *Il Modello Privacy nelle Residenze sanitarie assistenziali* di Giuseppe Massimo Cannella, Giulia Garavana e Alessia Lipari affronta una tematica di grande criticità nel contesto dei servizi di cura presso le residenze, che non chiama in causa i legislatori regionali ma quello nazionale. Si evidenziano infatti un complesso di questioni da risolvere se si vuole adeguatamente tutelare gli ospiti delle residenze sotto il profilo del trattamento dei loro dati; la loro condizione di fragilità li espone ad una situazione di insufficiente garanzia, che solo attraverso una disciplina nazionale di integrazione delle norme del diritto europeo potrebbe trovare coronamento, senza abbassare il livello di *compliance* richiesto dal regolamento 2016/679/UE.

I due saggi conclusivi affrontano indirizzi giurisprudenziali in relazione a questioni finanziarie connesse alle prestazioni erogate nelle strutture residenziali. Nel contributo *Il costo delle prestazioni socio-sanitarie in Lombardia: l'annosa questione del rapporto tra quota sanitaria e quota sociale. La giurisprudenza sul riparto tra sanità e assistenza nei servizi socio-sanitari* Francesco Trebeschi ripercorre la giurisprudenza del giudice amministrativo che ha dato evidenza alle discrepanze tra il sistema regionale lombardo dei servizi socio-sanitari e la disciplina dei livelli essenziali di assistenza sanitaria sul terreno delle tariffe regionali delle unità di offerta. L'intervento di Paolo Achille Mirri commenta una decisione della

Corte di Cassazione del 2019 in tema di rimborso delle prestazioni socio-sanitarie erogate presso le strutture accreditate con il SSN.

Si concludono queste considerazioni introduttive esprimendo la convinzione che le «politiche» oggetto dell'analisi di questo Rapporto costituiscono oggi uno degli interventi più necessari e complessi che alle istituzioni la comunità richiede: le risposte di queste istituzioni – le ventuno amministrazioni regionali/provinciali, ma anche lo Stato e i Comuni – devono essere di grande efficacia, specialmente in un Paese caratterizzato da uno spostamento demografico a favore della fascia anziana, e da una fase di ripresa dopo una pandemia. Anche il ricorso al corretto strumentario normativo può risultare un ingrediente prezioso per impostare politiche riuscite.



# **SCHEDE REGIONALI**





## Abruzzo \*



*In Abruzzo la normativa che riguarda il sistema socio-sanitario è molto risalente, dal momento che la l.r. n. 22/1998 (Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale – Piano sociale regionale 1998/2000), nonostante varie modificazioni normative avvenute nel tempo, è ancora la legge regionale di riferimento.*

*La riorganizzazione del sistema sanitario regionale è invece avvenuta con il Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018 approvato con decreto del Commissario ad acta n. 55/2016 del 10 giugno 2016.*

*L'integrazione tra servizio sanitario e servizio socio-assistenziale è stata perseguita soprattutto attraverso i Piani sociali regionali che hanno progressivamente favorito la convergenza tra gli Ambiti distrettuali sociali, i Distretti sanitari e le Unioni di Comuni, in modo da avere un'unica articolazione territoriale dei servizi.*

*Un'altra politica perseguita dalla Regione riguarda il sistema di accesso alle prestazioni orientata alla creazione di Punti unici di accesso (PUA) e alla valutazione multidimensionale del bisogno socio-sanitario.*

### **Il modello organizzativo pubblico**

In Abruzzo il sistema sanitario è stato sottoposto a procedura per piano di rientro sottoscritta il 6 marzo 2007 ai sensi dell'art. 1, comma 180, della l. n. 311/2004.

---

\* Autrice: Elena Di Carpegna Brivio.

L'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico è stato approvato con deliberazione della Giunta regionale (d.g.r.) n. 244 del 13 marzo 2007.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano di rientro ha portato al commissariamento della Regione Abruzzo, disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 settembre 2008 e poi proseguito con le deliberazioni dell'11 dicembre 2009 e del 23 luglio 2014.

Il Commissario *ad acta* ha approvato con deliberazione n. 55/2016 del 10 giugno 2016 il Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018.

Il Piano ha provveduto a individuare una serie di azioni per riqualificare il sistema sanitario abruzzese. In particolare, è stato ritenuto prioritario investire in un rafforzamento della sicurezza ed efficienza della rete ospedaliera che la Regione intende costruire investendo nella selezione, formazione e valutazione delle risorse umane e privilegiando il contatto diretto con il paziente. Anche la gestione della cronicità il più possibile a domicilio è stata considerata un elemento di trasformazione fondamentale per migliorare la qualità del servizio socio-sanitario. Inoltre, la Regione ha inteso introdurre elementi di valutazione *ex post* che consentano di far emergere la concreta realizzazione degli indirizzi regionali attraverso la certificazione dei bilanci e la valutazione qualitativa degli *outcomes* realizzati dal sistema sanitario regionale.

Il territorio regionale si articola in 4 Aziende sanitarie (AUSL): L'Aquila; Chieti-Lanciano-Vasto; Pescara; Teramo. Ciascuna Azienda è poi articolata in più Distretti che comprendono nel loro territorio diversi Comuni.

Il sistema sociale regionale ha ancora il suo impianto normativo di base nella l.r. n. 22/1998 sui servizi sociali. Complessivamente, il *welfare* regionale è stato costruito privilegiando l'affermarsi dell'associazionismo tra gli enti locali: gli Ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali e le Aziende USL del sistema sanitario sono stati articolati attorno ai confini delle Comunità montane e Unioni dei Comuni nelle aree interne. Il Piano sociale regionale 2016-2018, in particolare, aveva ridefinito i precedenti 35 Enti di ambito sociali (EAS) in 24 Ambiti distrettuali sociali (ADS) sostanzialmente coincidenti con i Distretti sanitari.

Gli Ambiti distrettuali sociali (ADS) sono ulteriormente disciplinati dalla deliberazione del Consiglio regionale Abruzzo n. 70/3 del 9 agosto 2016 e rappresentano il punto di riferimento territoriale per l'attuazione da parte dei Comuni, singoli o associati, delle politiche sociali a livello territoriale. In ogni ADS è costituita la Conferenza dei Sindaci, composta dai Sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito medesimo o loro delegati. Vi è poi la figura dell'Ente capofila dell'ambito distrettuale (ECAD), che, con l'ausilio dell'Ufficio di piano assicura il coordinamento dei processi istituzionali e la gestione unitaria dei servizi sociali.

## **I rapporti con i soggetti non istituzionali**

In Abruzzo le IPAB sono state riordinate con la l.r. n. 17/2011 che ne ha prescritto la trasformazione in Aziende pubbliche di servizi alla persona o in soggetti con personalità giuridica di diritto privato senza scopo di lucro.

Le ex IPAB che operano in ambito socio-assistenziale, socio-sanitario e socio-educativo, sono inserite nel sistema integrato di interventi e servizi sociali, realizzato nel territorio regionale. Il Servizio dell'Assessorato regionale alle politiche sociali, in particolare, esercita sulle Aziende pubbliche attività di vigilanza e di controllo sulla qualità dei servizi erogati

La gestione operativa dei servizi alla persona viene definita con un Accordo di Programma ed è demandata alla responsabilità e all'autonomia funzionale propria degli enti locali (Comuni, Conferenza dei Sindaci e Ambiti distrettuali sociali).

## **L'integrazione socio-sanitaria**

Il Piano sociale regionale (PSR) presta grande attenzione alla questione dell'integrazione socio-sanitaria. Già nella programmazione 2016-2018 la Regione ha stabilito la necessità di costruire un nuovo assetto istituzionale e organizzativo volto a favorire un'integrazione socio-sanitaria capace di essere unitaria nella sua impostazione e omogenea nel fornire risposte a uguali bisogni di salute.

Per conseguire quest'obiettivo la Regione ha scelto di stabilire la coincidenza tra gli Ambiti distrettuali sociali e i Distretti sanitari da attuarsi innanzitutto attraverso una programmazione unitaria di Ambito-Distretto che prevede il coinvolgimento del livello regionale e del livello locale e deve essere sviluppata con progressività temporale, secondo scelte generali orientate verso la riqualificazione delle politiche sanitarie e sociali nel rispetto del principio di globalità della persona umana.

Con la Programmazione 2021-2023 il *Piano socio-sanitario regionale* è stato inteso come il nuovo e unico strumento della programmazione socio-sanitaria, finalizzato ad assicurare l'omogeneità dei percorsi assistenziali integrati nelle aree di intervento.

L'Ufficio di piano assolve alla funzione di gestire gli aspetti più propriamente organizzativi ed attuativi delle politiche sociali e socio-sanitarie legati al territorio, assicurando il coordinamento tecnico tra tutti i soggetti titolari delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi e in particolare tra i Comuni e le Aziende USL.

L'integrazione socio-sanitaria viene poi realizzata anche attraverso lo strumento della Convenzione socio-sanitaria che ha avuto il ruolo di fissare le modalità di cooperazione del personale dell'Azienda USL all'interno dell'Ufficio di piano.

Da un punto di vista amministrativo l'Ufficio di piano ha poi provveduto a individuare il referente per l'integrazione socio-sanitaria, ad adottare protocolli congiunti Ambito/ASL e ad attuare percorsi di formazione permanente volti a stabilire obiettivi formativi analoghi tra operatori sanitari e sociali.

Ulteriori linee d'azione per pervenire all'integrazione socio-sanitaria sono state poi individuate dalla Regione in una nuova idea di co-programmazione che prende avvio da una dettagliata ricognizione di quanto, a livello territoriale, sia stata effettivamente raggiunta l'integrazione tra ambito distrettuale sociale e distretto sanitario, e che si sviluppa poi rafforzando il ruolo che i Comuni possono svolgere concretamente come punti di riferimento territoriali per l'attuazione del PSR. In particolare, il potere di indirizzo dei Sindaci viene considerato uno strumento di rilievo per garantire l'esercizio delle funzioni di programmazione, organizzazione e gestione del sistema locale integrato dei servizi sociali e socio-sanitari, così come l'istituzione dei Punti unici di accesso viene indicato come lo strumento per affermare la metodologia della presa in carico e della valutazione preliminare del bisogno.

Occorre poi dare conto di come le linee di indirizzo emerse dal PSR 2021-2023 siano state confermate dalla Giunta regionale anche con la sostituzione del piano 2021-2023 con un PSR 2022-2024, che la d.g.r. n. 43C del 7 febbraio 2022 ha sottoposto all'approvazione del Consiglio regionale. A seguito dell'approvazione del Bilancio regionale di previsione finanziaria 2022-2024, è stato infatti necessario aggiornare la sezione del PSR dedicata a "Le risorse e le politiche della spesa". Ne è derivato un nuovo PSR 2022-2024 che riprende le scelte orientative del Piano precedente, ma che rivede i canali e i fondi di finanziamento del sistema socio-sanitario regionale.

Con d.g.r. n. 414 del 29 luglio 2022 la Giunta regionale ha provveduto poi ad approvare l'Atto di indirizzo applicativo del PSR 2022-2024. Tale atto contiene le Linee guida per la gestione delle prestazioni che presentano un elevato tasso di integrazione socio-sanitaria e che devono essere pianificati e gestiti in forma integrata dall'Ambito distrettuale sociale e dal Distretto sanitario con l'obiettivo prioritario di evitare ogni forma di ricovero improprio e di favorire invece la permanenza della persona non autosufficiente presso il nucleo familiare. La realizzazione di progetti personalizzati anche di lungo periodo che si fondino sulla valutazione multidimensionale del bisogno e la creazione e lo sviluppo continuo di una rete di istituzioni e di risorse messe a servizio dell'integrazione socio-sanitaria. Nasce così l'idea di un Progetto assistenziale individuale (PAI) cui spetta il compito di individuare le risorse finanziarie, sociali, umane e professionali socio-sanitarie in relazione ai bisogni assistenziali peculiari e per cui viene redatto un "budget di progetto" che deve essere alimentato congiuntamente sia dai bilanci di parte sociale che sanitaria. Il PAI deve garantire il pieno raccordo e collegamento tra i servizi e il nucleo familiare ed evitare il più possibile la sovrapposizione tra i servizi.

Le linee guida confermano il ruolo della Convenzione socio-sanitaria come strumento dell'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e rimette ad essa il compito di definire e precisare le scelte programmatiche dell'Ambito distrettuale sociale e dell'Azienda USL al fine di attuare gli interventi e i servizi che presentano un'elevata integrazione socio-sanitaria. La Convenzione ha una durata pari al PSR da cui trae origine.

Un preciso indirizzo espresso dalle linee guida è poi quello di estendere il livello di integrazione anche alla gestione delle risorse economiche in modo da agevolare il carattere unitario del processo di programmazione e l'inclusione delle azioni svolte dai soggetti privati.

Va poi segnalata l'adozione del *Piano regionale di prevenzione 2021-2025* con d.g.r. n. 920 del 29 dicembre 2021, che non aggiunge apporti significativi alla prospettiva dell'integrazione.

A completare il quadro dell'integrazione socio-sanitaria in Regione Abruzzo concorrono poi due leggi regionali più specifiche: la l.r. 9 giugno 2016, n. 16 e la l.r. 23 novembre 2012, n. 57.

La prima reca disposizioni in materia di *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo* ed è diretta a sostenere e migliorare il ruolo delle persone anziane all'interno della vita sociale, civile, economica e culturale della comunità regionale, con una particolare attenzione al patrimonio relazionale delle persone anziane e alle loro esperienze formative, cognitive, professionali e umane. Ai sensi della legge l'invecchiamento attivo viene considerato come la capacità continua della persona di ridefinire e modificare il proprio progetto e contesto di vita. Per raggiungere questo obiettivo la legge vincola la programmazione regionale a sviluppare in favore delle persone anziane interventi negli ambiti della salute, della protezione e promozione sociale, del lavoro, della formazione permanente, della cultura e del turismo sociale, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato. Il PSR e i Piani di zona devono essere i principali strumenti di attuazione delle prescrizioni legislative.

La famiglia viene considerata come la risorsa principale per garantire l'invecchiamento attivo e, di conseguenza la legge impegna la Regione a sostenere le famiglie in modo che la permanenza della persona anziana nel contesto familiare sia preferita al ricovero in strutture di cura residenziali, a tenere conto dei carichi familiari che colpiscono in modo maggioritario le donne e a favorire l'inserimento delle famiglie in reti più ampie di auto-organizzazione dei servizi di cura.

Anche la formazione permanente viene indicata come un elemento essenziale per favorire la longevità con una particolare attenzione all'apprendimento intergenerazionale di cui le persone anziane possono essere attori centrali. La legge impegna di conseguenza la Regione a promuovere e sostenere finanziariamente protocolli operativi con le scuole per la realizzazione di progetti che prevedono la messa a disposizione da parte delle persone anziane del proprio tempo, per tramandare alle giovani generazioni i mestieri, i talenti e le esperienze. Allo stesso modo viene previsto che le persone anziane possano essere ricettori di attività formative delle generazioni più giovani per tutto ciò che riguarda l'accesso alle nuove tecnologie e agli strumenti informatici.

Nell'ambito più specifico della prevenzione, della salute e del benessere fisico e mentale, la legge prevede la promozione di protocolli operativi tra enti locali territoriali, Aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato e di promozione sociale volti a diffondere corretti stili di vita e l'educazione motoria, fisica e psicosomatica e a istituire sul territorio centri sociali e luoghi di incontro, socializzazione

e partecipazione, nonché strumenti che garantiscono e facilitano l'acquisizione di informazioni sui servizi presenti nel territorio regionale e sugli interventi e sulle azioni sociali promossi.

Contestualmente all'adozione del Piano sociale regionale e d'intesa con gli ambiti sociali, la Giunta regionale è tenuta a redigere un Programma operativo sull'invecchiamento attivo, di durata triennale, che deve integrare le politiche e le risorse regionali destinate all'invecchiamento attivo con le più generali azioni territoriali e regionali di carattere sociale e sanitario.

La legge regionale istituisce infine la "Giornata regionale per l'invecchiamento attivo" nel giorno 22 aprile di ogni anno.

Con la l.r. n. 57/2012, invece, la Regione Abruzzo ha previsto specifiche disposizioni in materia di *Interventi regionali per la vita indipendente*. La legge è rivolta a tutelare le persone affette da grave disabilità e le sue finalità complessive sono il contrasto all'istituzionalizzazione della cura, la personalizzazione degli interventi, l'integrazione sociale e la permanenza delle persone con grave disabilità nel proprio ambiente di vita.

La Regione garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata e prevede il finanziamento di progetti di assistenza personale finalizzata a contrastare l'isolamento e a garantire l'integrazione della persona disabile con il proprio ambiente sociale.

L'assistenza personale autogestita è realizzata sulla base di progetti personalizzati, presentati con cadenza annuale agli enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, e gestiti dai destinatari. I progetti sono valutati dall'*équipe* multidisciplinare del Distretto sanitario competente per territorio che effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente, valuta il progetto personalizzato presentato, verifica l'indice di gravità del bisogno e la capacità di autodeterminazione relazionale del richiedente. Gli enti d'ambito sociale corrispondono agli aventi diritto un finanziamento per la realizzazione dei progetti personalizzati ammessi che viene graduato sulla base dei livelli di intensità assistenziale, entro gli importi massimi fissati dalla Giunta regionale con un provvedimento che annualmente stabilisce i livelli di intensità assistenziale compatibilmente con le risorse disponibili nel bilancio regionale. Gli enti d'ambito sociale, entro il 31 marzo di ciascun anno, inviano le richieste di finanziamento alla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali.

## **L'accreditamento istituzionale**

La procedura di accreditamento è disciplinata dalla l.r. n. 32/2007.

La Giunta regionale rilascia l'accreditamento istituzionale alle strutture autorizzate che ne facciano richiesta sulla base di una valutazione di compatibilità con le esigenze della programmazione regionale e nel rispetto di ulteriori requisiti volti a migliorare la qualità dell'assistenza in ambito regionale. Tali ulteriori requisiti

sono definiti nel Manuale di accreditamento approvato con la d.g.r. n. 591/P del 1° luglio 2008.

Il rilascio dell'accREDITAMENTO è subordinato alla verifica, da parte dei Gruppi esperti regionali per l'accREDITAMENTO (GERA), della ricorrenza dei requisiti stabiliti dal Manuale di accREDITAMENTO.

Sulla base di queste verifiche, l'OTA (Organismo tecnicamente accreditante) formula il parere tecnico di competenza che viene trasmesso alla Regione per la successiva adozione del provvedimento di accREDITAMENTO.

L'OTA è costituito dal Comitato di coordinamento regionale per l'accREDITAMENTO denominato CCRA e dal GERA ed è inserito nel più ampio contesto dell'Agenzia sanitaria regionale (ASR).

## **L'accesso alle prestazioni**

Il rafforzamento del sistema regionale della presa in carico è uno degli elementi particolarmente valorizzati dal PSR 2021-2023 ed è una delle azioni su cui la Regione intende realizzare una forte integrazione con le azioni del PNRR.

L'obiettivo è creare i Punti unici di accesso (PUA) come *porta unitaria di accesso* agli interventi ad elevata intensità socio-sanitaria. I PUA devono svolgere una valutazione multidimensionale del bisogno sociale e socio-sanitario e devono garantire una uniformità procedurale su tutto il territorio attraverso i piani distrettuali sociali. La Regione, poi, si impegna a realizzare un pieno raccordo operativo tra Ambiti distrettuali sociali (ADS) e Distretti socio-sanitari di base, con particolare riferimento agli interventi e ai servizi socio-sanitari che hanno la finalità prioritaria di prevenire ed evitare la istituzionalizzazione della persona con fragilità e favorire la permanenza presso il proprio domicilio.

## **Il PNRR e i Fondi UE**

L'incidenza del PNRR sul sistema socio-sanitario regionale si realizza soprattutto nell'ambito della Missione 5, dedicata all'ambito sociale, e su cui la Regione ha inteso svolgere un'azione di integrazione con le misure di assistenza e sostegno sociale del Piano sociale regionale 2021-2023.

In particolare, la Regione Abruzzo intende utilizzare le risorse PNRR per rafforzare i servizi territoriali della Valutazione preliminare dell'accesso e di Presa in carico dei servizi alla persona.

Risorse PNRR vengono pensate dal PSR 2021-2023 anche al fine del potenziamento delle professioni sociali chiamate a combattere le nuove fragilità, per raggiungere, nelle aree demografiche con 70.000 abitanti e oltre, lo standard di n. 1 centro servizi per ogni ambito distrettuale sociale e per incrementare il livello di assistenza nei confronti dei non autosufficienti.

Il PSR 2021-2023 utilizza poi i fondi strutturali europei come strumenti di in-



tegrazione delle politiche regionali in materia di integrazione socio-sanitaria. I Fondi FSE, FSC e FESR 2021-2027 intervengono nel finanziamento di politiche regionali volte a combattere l'emarginazione sociale e in particolare per azioni in materia di *Housing first*, centri servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione e servizi per la residenza fittizia dei senza fissa dimora. Il PSR ritiene fondamentale promuovere reti di partenariato e progetti operativi in collaborazione con gli ambiti distrettuali sociale e con il Terzo settore.

L'8 luglio 2022 è stata presentata la nuova programmazione regionale per l'utilizzo dei fondi europei 2021-2027 che prevede l'afflusso sul territorio regionale di un miliardo e 441 milioni di euro complessivi così ripartiti nei diversi fondi: 354 milioni di euro per il FEASR 2023-2027, 681 milioni per il FESR e 406 milioni per l'FSE+. A queste somme si aggiunge il residuo della programmazione 2021-2022 del FEASR che ammonta a 159 milioni di euro.

### **Normativa regionale di riferimento**

L.r. n. 22/1998 *Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale*

L.r. n. 6/2007 *Linee guida per la redazione del Piano sanitario 2007/2009 – Un sistema di garanzie per la salute – Piano di riordino della rete ospedaliera*

L.r. n. 17/2011 *Riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)*

L.r. n. 57/2012 *Interventi regionali per la vita indipendente*

L.r. n. 16/2016 *Promozione dell'invecchiamento attivo*

Deliberazione del Consiglio n. 70/3 del 9 agosto 2016 *Definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali*

Deliberazione del Consiglio n. 107 del 4 febbraio 2020 *Piano socio-sanitario regionale 2020-2022*

Deliberazione del Commissario *ad acta* n. 55/2016 del 10 giugno 2016, *Piano di riqualificazione del Sistema sanitario abruzzese 2016-2018*

D.g.r. n. 244 del 13 marzo 2007 *Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico*

D.g.r. n. 689/C del 10 novembre 2020 *Piano sociale regionale 2016-2018 prorogato con verbale Consiglio regionale n. 114/3 del 31 dicembre 2018*

D.g.r. n. 920 del 29 dicembre 2021 *Piano regionale di prevenzione 2021-2025*

D.g.r. n. 43/C del 7 febbraio 2022 *Piano sociale regionale 2022-2024 di proroga del Piano Sociale Regionale 2021-2023*

D.g.r. n. 414 del 29 luglio 2022 *Approvazione dell'Atto di indirizzo applicativo del PSR 2022-2024*