L’integrazione sociosanitaria: assetti istituzionali e profili giuridici

Anche alla luce di quanto ci può insegnare la pandemia da Covid-19

Alceste Santuari, | 22 ottobre 2020

In Italia, così come in molti Stati Membri dell’Unione Europea, gli enti pubblici hanno ridefinito il loro ruolo, progressivamente abbandonando la produzione e l’erogazione diretta dei servizi, per assumere invece una funzione di programmazione e di regolazione. Nell’ambito di quest’ultima funzione, poi, enti locali ed enti del servizio sanitario hanno attivato meccanismi di finanziamento e produzione dei servizi socio-sanitari basati su dinamiche contrattuali e convenzionali. Si tratta di contesti di “quasi-mercato” ovvero di forte raccordo istituzionale, anche verticale, tra istituzioni pubbliche locali. In questi contesti, particolare rilevanza assumono le attività svolte e i servizi erogati dalle organizzazioni non profit, sempre più coinvolte nell’erogazione dei servizi sociosanitari e quindi (anch’esse) a garantire i diritti fondamentali e livelli essenziali delle prestazioni (cfr. art. 117, comma 2, lett. m) Cost.).

La presenza di un numero elevato di attori e portatori di interesse ha condotto alla definizione di un approccio integrato ai servizi sociosanitari, che ha il proprio fulcro nella comunità e non tanto nel paziente/beneficiario singolo (*community-placed health care services*), approccio viepiù necessario osservando le cause all’origine dell’impatto che il virus Covid-19 ha avuto in Italia nelle singole realtà regionali.

Nel contesto sopra descritto, agli enti pubblici sono affidate due fondamentali funzioni, segnatamente, quella pianificatoria e quella programmatoria. Al termine “pianificazione” è generalmente attribuito un significato politico, d’elaborazione degli obiettivi da raggiungere a mezzo di politiche pubbliche. Con il termine “programmazione”, invece, si intende il livello tecnico di coordinamento delle attività e degli strumenti necessari per realizzare gli obiettivi fissati a livello programmatorio. In un sistema socio-sanitario a prevalente finanziamento e controllo pubblici, pianificazione e programmazione rivestono una funzione preminente, soprattutto in ragione dell’importanza che la tutela del bene “salute” assume nel moderno contesto giuridico ed istituzionale italiano. In quest’ottica, pianificare e programmare significa, in primis, identificare la configurazione pubblicistica della struttura organizzativa dei servizi socio-sanitari, il cui obiettivo precipuo è assicurare la fruizione dei servizi e quindi dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.

L’intervento pubblico nel comparto sociosanitario può essere giustificato da valutazioni di tipo allocativo, da motivazioni redistributive ovvero dalla necessità di garantire un accesso uniforme ed universale ai servizi.

In ragione delle diverse opzioni perseguite, la regolamentazione può contemplare uno spazio più o meno esteso di intervento delle autorità pubbliche, accanto al quale si può registrare una maggiore ovvero minore sfera di autonomia in capo alle organizzazioni non profit. Queste ultime possono, a loro volta, agire in presenza di meccanismi orientati verso modelli di competizione amministrata a domanda mista (quasi-mercati), soprattutto laddove è mantenuto un ruolo centrale del finanziamento pubblico. Al contrario, le stesse organizzazioni, qualora si registri la necessità di introdurre risorse private nel sistema dei servizi, agiranno in un contesto in cui la competizione tra le unità di offerta è ridotta e nel quale gli enti non profit partecipano sia alla produzione dei servizi sia alla programmazione degli interventi (si pensi, al riguardo, alle previsioni contenute nell’art. 55 del Codice del Terzo Settore e alle diverse disposizioni rinvenibili nel d. lgs. n. 502/1992, in specie così come modificato dal d. lgs. n. 229/1999).

In questa cornice istituzionale, ai Comuni è stata attribuita la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi

sociali svolti a livello locale. Tale funzione comprende la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete; l'erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche; l'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; la definizione dei parametri di valutazione; la promozione delle risorse della collettività; il coordinamento e l'integrazione degli enti che operano nell'ambito di competenza locale; il controllo e la valutazione della gestione dei servizi; la promozione di forme di consultazione allargata; garantire la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità dei servizi.

La valorizzazione del ruolo degli enti locali è coerente con un disegno legislativo finalizzato a declinare sul territorio la rete dei servizi e degli interventi sociosanitari. Il livello territoriale è da lungo tempo ritenuto l'ambito più efficace per raggiungere gli obiettivi di equità, universalismo e sostenibilità del sistema di welfare. Gli enti locali, dunque, assumono responsabilità organizzative, gestionali e di erogazione dei servizi socio-sanitari, attraverso i quali definire e assicurare adeguati livelli di prestazioni ai cittadini. A loro volta, gli enti locali sono chiamati (e, per vero, in taluni contesti regionali, dovrebbero reclamare maggiore spazio di azione) a definire accordi, collaborazioni e intese con gli enti del servizio sanitario regionale. In quest'ottica, deve salutarsi favorevolmente quanto previsto nel c.d. "Decreto Rilancio" (d.l. n. 34/2020), laddove si propone l'attivazione dei piani di assistenza territoriale. Essi sono finalizzati a consentire una più compiuta azione di promozione della salute e di prevenzione, nonché una migliore presa in carico e riabilitazione delle persone fragili.

Alla luce di quanto sopra descritto, ben si comprende che un approccio multilivello non richieda soltanto l'azione efficace e coordinata dei livelli istituzionali, ma contempli – necessariamente – anche il contributo, progettuale, attuatore, co-programmatore, valutatore, degli enti del terzo settore, atteso che anch'essi partecipano alla realizzazione dei medesimi fini di interesse generale cui sono preordinate le istituzioni pubbliche. Ciò in considerazione della richiamata caratterizzazione di servizio pubblico attribuito al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale. L'art. 3, comma 2, Cost. affida alla Repubblica, espressione non esclusiva degli apparati pubblici, il compito di rimuovere tutti gli ostacoli che si frappongono ad una compiuta realizzazione della persona umana, nella quale rientrano naturaliter il diritto alla salute e ai servizi socio-assistenziali. È per questo motivo che il sistema integrato dei servizi socio-sanitari è assicurato sia da strutture pubbliche sia da organizzazioni private ed è finanziato a carico della collettività. La caratterizzazione pubblicistica del sistema sociosanitario legittima la presenza di autonomi poteri di regolazione e funzioni amministrative di carattere autoritativo, ai quali devono aggiungersi, nei sistemi pluralisti, anche le istanze dei corpi intermedi e dei cittadini.

L'assetto istituzionale e i modelli organizzativi che definiscono il sistema di welfare incidono profondamente sulle dinamiche di gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi sociosanitari, sull'effettività delle tutele sociali, nonché – infine – essere all'origine delle diseguaglianze territoriali e sociali, che anche la reazione alla pandemia Covid-19 ha messo in evidenza.

Allora, in questa sede, al riguardo, non appaia superfluo ricordare che il sistema di welfare italiano è il risultato di una progressiva interazione e integrazione tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e gli interventi socio-assistenziali, che ha, nel corso dei decenni, contribuito a delineare un settore specifico di interventi e di azioni, individuabile quale comparto dell'integrazione socio-sanitaria. Sul quale, anche per evitare soluzioni inefficaci ovvero potenziare le esperienze virtuose registrate durante la pandemia, occorre un confronto serio e scevro da posizionamenti opportunistici.

Per quanto attiene il sistema sanitario nazionale, l'obbligo dello Stato di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si innesta in un assetto istituzionale definito, a seguito dell'approvazione dalla legge costituzionale n. 3/2001, da tanti sistemi sanitari e socio-sanitari quante sono le Regioni italiane. L'assetto decentrato delineato dalla riforma costituzionale del 2001 incide in modo significativo sulle dinamiche istituzionali ed organizzative che caratterizzano l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie. Il regionalismo socio-sanitario incide negativamente, tuttavia, anche sull'effettiva fruizione dei diritti sociali e, conseguentemente, sulle diseguaglianze territoriali derivanti dai diversi assetti organizzativi regionali. La contrapposizione tra Stato e Regioni è stata (e continua ad essere) certamente tra le questioni che in misura maggiore la gestione delle risposte al Covid-19 ha fatto emergere.[note]Si pensi che, nel periodo febbraio – giugno 2020, l'Osservatorio Emergenza Covid-19 della Rivista www.federalismi.it ha censito ben 670 provvedimenti di Stato e Regioni. Ciò è forse (anche in parte) attribuibile al fatto che la nostra Costituzione, a differenza di quanto prevedono quelle di Spagna, Germania e Francia, non contiene una disposizione sull'emergenza. Sul punto: A. Poggi, "Tornare alla normalità dei rapporti Stato-Regioni. Errori da evitare e lezioni

da meditare", in www.federalismi.it, Editoriale, 9 settembre 2020.[/note] Né l'affermazione di una teorica primazia dello Stato, né tantomeno un regionalismo muscoloso possono e potranno risolvere le controversie riguardanti la "gestione" della sanità, che – è utile ricordarlo – costituisce materia affidata alla competenza concorrente. Occorre, invece, tornare alla normalità e fare (largo) impiego degli strumenti che, a costituzione invariata, di cui sia lo Stato (si pensi alla previsione di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) in ordine alla definizione dei Liveas) sia le Regioni (definire gli assetti dei sistemi regionali dei servizi socio-sanitari) possono disporre. Detti strumenti, affinché possano considerarsi coerenti con l'impostazione della Costituzione in una cornice di ricercata e forte collaborazione istituzionale, come più volte ha ribadito il Presidente della Repubblica.

Muovendo dall'assunto che l'assetto delineato dalla riforma del Titolo V, *res sic stantibus,* è quello che abbiamo, non possiamo tuttavia non rilevare che, in presenza di significative diseguaglianze territoriali, appare oggettivamente difficile difendere il principio di solidarietà e assicurare un accesso equo e universale ai servizi. Anche per superare questa situazione, chi scrive ritiene ancora necessario ribadire la necessità di definire policies pubbliche che sappiano perseguire obiettivi di equità e perequazione, sia territoriale sia sociale (seppure in modo "tenue" questa necessità è ribadita nelle Linee guida del Piano nazionale di ripresa e resilienza che il Governo ha inviato alla Camera dei deputati in data 15 settembre 2020). Secondo questa prospettiva, la regolamentazione del sistema dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie richiede un approccio mirato a realizzare quell'obiettivo, pur nel contesto di incertezza finanziaria che caratterizza l'erogazione dei servizi in parola. La regolazione pubblica deve poter assolvere alla propria funzione moderna: promuovere, orientare, favorire, monitorare l'azione delle strutture pubbliche e private e, laddove necessario, incentivare l'intervento diretto delle agenzie pubbliche. Una funzione regolatoria, dunque, capace di includere e di aumentare, se possibile, il livello di responsabilizzazione dei diversi attori, in un quadro di procedure e processi chiari e facilmente identificabili sia dalle organizzazioni intermedie sia dai cittadini. In quest'ottica, la programmazione condivisa delle linee di indirizzo può invero contribuire a rendere maggiormente efficace la funzione regolatoria e di coordinamento che le istituzioni pubbliche sono chiamate ad esercitare. Il coordinamento, in particolare, rappresenta una dimensione essenziale della moderna funzione di regolamentazione pubblica, attesa l'ampia gamma di soggetti, pubblici e privati, coinvolti nell'organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi socio-sanitari. L'attività di coordinamento potrebbe essere considerata una deminutio rispetto all'intervento diretto che ha caratterizzato per lungo tempo l'azione delle agenzie pubbliche nel comparto sanitario e socio-sanitario. Si ritiene che, al contrario, l'attività di coordinamento svolga una funzione insostituibile e strategica nell'economia della regolamentazione pubblica. Essa, infatti, garantisce in ordine alla finalizzazione degli interventi rispetto all'obiettivo perseguito e da realizzare e, al contempo, assicura il rispetto delle diverse tipologie organizzative presenti. Si può affermare che l'attività di coordinamento da parte delle istituzioni pubbliche permetta di definire, in modo equilibrato ed efficace, la rete dei servizi e degli interventi che si ritiene utile, necessario e/o opportuno sviluppare in un dato territorio. E ciò allo scopo fondamentale di assicurare il mantenimento di livelli qualitativi adeguati dei servizi, ma soprattutto un equo accesso agli stessi.

Considerata la complessità che definisce l'odierno sistema di organizzazione e di erogazione dei servizi sociosanitari, è raccomandabile che la regolamentazione offra strumenti di governo dei processi, attraverso i quali i sistemi locali di welfare siano in grado di rispondere alle diverse istanze che provengono dai territori. In un contesto ordinamentale caratterizzato dal decentramento regionale delle competenze in ambito sociosanitario, al programmatore regionale è affidata la funzione di definire linee di indirizzo che supportino i diversi snodi del governo dei sistemi locali dei servizi e degli interventi socio-sanitari. È, infatti, a livello locale e territoriale che enti del servizio sanitario ed enti locali si confrontano per definire le strategie da perseguire attraverso l'attività di coordinamento.

La regolamentazione pubblica, in ultima analisi, dovrebbe assicurare l'equità nella distribuzione delle risorse a disposizione e la definizione di assetti regolatori e programmatori funzionali a garantire la fruizione dei livelli essenziali delle prestazioni. In questa prospettiva, la diversità di modelli organizzativi può risultare un contributo nella direzione di sperimentare risposte innovative e capaci di innescare processi virtuosi di imitazione tra i diversi territori regionali. All'interno di questi ultimi, compito delle istituzioni pubbliche, in particolare, è quello di uscire dalla "sindrome della fortezza", all'interno della quale spesso i servizi e le prestazioni vengono immaginate e concepite, per approdare alla costruzione di sistemi locali integrati di servizi e di interventi socio-sanitari. La cooperazione finalizzata alla definizione di strategie comuni e alla conduzione di pratiche organizzative da parte delle autorità pubbliche è vieppiù richiesta e necessaria in un ambito, quale quello dei servizi sociali e sociosanitari, per i quali il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e l'integrazione rappresentano la raison d'etre stessa dell'agire pubblico.

Per la verità, uno strumento giuridico-amministrativo, diffuso e conosciuto, previsto dall’art. 19 della l. n. 328/2000, segnatamente il Piano di Zona, approvato con la sottoscrizione di un accordo di programma ex art. 34 del Tuel, dovrebbe essere “riletto” alla luce di quanto sopra indicato e rilanciato come piattaforma giuridica dentro la quale sperimentare progetti e azioni community-based.