

<p><b>CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base</b></p> <p>10124 TORINO - Via Artisti, 36  Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95  e-mail: <a href="mailto:info@fondazionepromozionesociale.it">info@fondazionepromozionesociale.it</a>  <i>Funziona ininterrottamente dal 1970</i></p>	 <p><b>Fondazione  Promozione sociale</b>  ONLUS</p> <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino  Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595  <a href="mailto:info@fondazionepromozionesociale.it">info@fondazionepromozionesociale.it</a>  <a href="http://www.fondazionepromozionesociale.it">www.fondazionepromozionesociale.it</a></p>
---	---

Torino, 31 ottobre 2018

## **Osservazioni in merito alla proposta di legge della Giunta della Regione Piemonte riguardante la realizzazione del “Sistema integrato socio sanitario”**

### *Commento*

Come vedremo nelle note di approfondimento riportate più avanti, in base alle norme nazionali e regionali vigenti la Regione Piemonte già oggi deve (e può) garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai malati cronici/persone con disabilità non autosufficienti e non è necessaria l’approvazione di una legge regionale.

E’ sufficiente l’approvazione di alcuni provvedimenti (delibere), concordati con le parti istituzionali e sociali, così come è stato fatto con le precedenti deliberazioni di recepimento dei Lea, per avviare un concreto programma di incentivazione delle cure domiciliari, eliminare i criteri selettivi (quale la valutazione economica) per l’accesso alle prestazioni socio-sanitarie e predisporre un crono programma per l’abbattimento delle liste d’attesa<sup>1</sup>.

Il motivo reale per il quale la Regione Piemonte propone il disegno di legge è un altro, purtroppo, ed è scritto nelle *“Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del piano nazionale cronicità”*<sup>2</sup>. E’ in quell’ambito che è prevista la creazione di un settore socio-sanitario, separato dal settore sanitario, per i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti.

<sup>1</sup> La Proposta di disegno di legge, che nella bozza del 18 aprile si intitolava: *“Istituzione del Fondo Regionale Socio-sanitario”*, mutua, nella nuova versione, il titolo della tutt’ora vigente legge regionale 1/2004 *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”*.

L’articolo 1 del disegno di legge cita, oltre alla 1/2004 stessa, le medesime fonti normative nazionali già indicate nella legge regionale quadro (il decreto legislativo 502/1992 e la legge 328/200) alle quali vengono aggiunte in elenco – *“per le prestazioni di carattere socio-sanitario”* – il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502”* (i cosiddetti nuovi LEA) e il Decreto legislativo n.147 del 15 settembre 2017 *“Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”*.

Oltre alla legge regionale 1/2004, l’articolo menziona anche la legge regionale 18/2007 *“Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”* quali leggi delle quali il nuovo disegno di legge *“conferma i principi”*. Il quadro si completa con la citazione della legge regionale 10/2010 (senza riportarne il significativo titolo: *“servizi domiciliari per persone non autosufficienti”*) della quale il provvedimento in esame si propone di ereditare – *post mortem*, visto che l’ultimo articolo del disegno ne dispone l’abrogazione – i soli principi generali e non le precise norme di attuazione degli interventi alternativi al ricovero contenute nella vigente, ma purtroppo inapplicata, legge regionale del 2010.

<sup>2</sup> Le linee di indirizzo sono state approvate con la deliberazione del Consiglio regionale n. 306/2018.

L'obiettivo è quello di sopprimere, attraverso l'istituzione e l'utilizzo del "*Fondo Regionale Socio-sanitario*", il diritto esigibile alle cure sanitarie e socio sanitarie previsto dalle norme vigenti (legge 833/1978, Decr. Leg.vo 502/1992, art. 54 legge 289/2002). La nuova legge regionale sarebbe necessaria alla Giunta regionale anche per poter abrogare la osteggiata legge regionale 10/2010, che consente tuttora di erogare contributi economici finalizzati ad assicurare l'assistenza tutelare e la cura a domicilio delle persone malate croniche e non autosufficienti.

La proposta in oggetto propone pertanto l'istituzione di un settore socio-sanitario, distinto da quello sanitario, che viene fatto coincidere dal punto di vista giuridico con quello socio assistenziale, che non ha alcuna competenza nei confronti di persone malate croniche non autosufficienti e non prevede diritti esigibili, ma prestazioni erogate compatibilmente con le risorse disponibili e in base alla valutazione sociale ed economica del richiedente e del nucleo familiare di appartenenza.

Le conseguenze sarebbero nefaste per le persone malate croniche e per le persone con disabilità non autosufficienti, definiti "fragili" e, quindi, non più di diritto a carico del Servizio sanitario nazionale per tutto ciò che esula dalla fase acuta delle eventuali patologie in atto..

Con il disegno di legge in oggetto si vuole sopprimere – con una legge regionale – il diritto universalistico alle prestazioni (anche di lungo degenza) che, in nome dell'equità, viene ricondotto a semplice interesse legittimo e convoglia l'utenza nel comparto socio-assistenziale ove gli interventi sono condizionati alla situazione economica (cosa che rimane illegittima in ambito sanitario).

Di fatto il testo di legge proposto dalla Giunta regionale ha lo scopo di legittimare le attuali liste d'attesa, che prevedono l'accesso condizionato alla valutazione sociale ed economica (Isee) e non in base alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili dei malati cronici/persona con disabilità non autosufficienti.

Il cuore di tale non auspicabile riforma è proprio l'istituzione del Fondo socio-sanitario, grazie al quale le risorse che la sanità deve rendere disponibili per assicurare, come prevede la legge, sia le prestazioni sanitarie che le prestazioni socio sanitarie rientranti nei Lea, senza limiti di durata (art. 2, legge 833/1978) non saranno più quelle complessivamente assegnate al Fondo sanitario regionale (8 miliardi di euro), ma solamente quella parte di esse che verrà stanziata e trasferita nel fondo socio-sanitario regionale in modo ampiamente discrezionale dalla Giunta<sup>3</sup>.

A questa "quota sanitaria" (stabilita "a monte", mentre i LEA la prevedono "a valle" con riferimento alla spesa da ripartire in percentuale per le singole prestazioni) andranno ad aggiungersi: le risorse provenienti dal "*Fondo Nazionale per le non autosufficienze*" (delle quali sono titolari i Comuni che sono tenuti ad utilizzarle per far fronte alle spese non poste a carico del servizio sanitario); *risorse regionali di parte sociale già destinate ai servizi per la non autosufficienza*; *risorse statali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della bozza di legge*; *eventuali risorse provenienti da enti pubblici e privati*.

---

<sup>3</sup> Si veda lo schema allegato.

Le risorse suddette, assegnate annualmente con legge di bilancio, sono ripartite dalla Giunta regionale alle Asl che le gestiscono con contabilità separata e con vincolo di destinazione.<sup>4</sup> Come si può ben intuire il controllo delle risorse e la programmazione viene posto saldamente in capo alle Asl che operano secondo le indicazioni della Giunta e che, grazie all'abrogazione del comma 6 dell'articolo 35 della legge regionale 1/2004, potranno legittimamente venire decurtate rispetto all'anno di finanziamento precedente.

Nell'impianto normativo proposto dalla Regione il ruolo dei Sindaci, come garanti della tutela della salute dei propri cittadini, viene di fatto annullato visto che i Comuni vengono sostanzialmente espropriati della titolarità ad esercitare le proprie funzioni in materia di servizi sociali alla persona ed alla comunità (dei quali i servizi socio-sanitari sono parte integrante) venendo inoltre privati della possibilità di gestire la quasi totalità delle risorse finanziarie finalizzate all'esercizio delle funzioni stesse. Nell'ipotesi del testo in esame è previsto infatti che nel Fondo sociosanitario siano collocate le risorse del fondo sanitario che non corrispondono al fabbisogno (con il conseguente mantenimento delle liste d'attesa illegittime); a queste vengono aggiunte risorse oggi di competenza dei Comuni.

Con l'approvazione del Piano per la cronicità e con l'istituzione del Fondo, si scaricherà sulla maggioranza dei malati e dei loro familiari il peso degli oneri delle cure socio-sanitarie, senza le quali il malato cronico e la persona con disabilità non autosufficienti non possono sopravvivere.

Avremo centinaia di migliaia di nuovi poveri a causa della negazione delle cure sanitarie. E' questo l'obiettivo della Regione Piemonte?

### **Osservazioni nel merito della proposta di legge della Giunta regionale del Piemonte**

*Nel merito della proposta di legge della Giunta regionale del Piemonte si osservano gravi violazioni delle norme costituzionali; mancato rispetto della gerarchia delle fonti del diritto; confusione tra competenze socio-sanitarie (a carico Asl) e competenze esclusive del settore assistenziale (a carico Comuni singoli o associati) per citarne le principali. Si vedano le argomentazioni di seguito riportate.*

L'iniziativa della Giunta della Regione Piemonte viola palesemente la Costituzione. Infatti l'articolo 117 della legge delle leggi stabilisce, al secondo comma, che «*lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] m) determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*». Nel disegno di legge in oggetto è previsto all'articolo 1 che la realizzazione del «*sistema integrato socio sanitario*» è attuato anche con riferimento al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 concernente i Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie. In realtà le disposizioni previste nel testo riguardano solamente gli utenti del Piemonte mentre, trattandosi di

---

<sup>4</sup>Le risorse sono assegnate al “*Dipartimento Socio-Sanitario (Diss)*” che è “*un articolazione organizzativa e di programmazione del Distretto sanitario*”, che “*non assume personalità giuridica*” ed il cui “*funzionamento è garantito attraverso un Comitato di Dipartimento composto dal Direttore del Distretto Sanitario, dal Direttore del Distretto di Coesione sociale e dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Dipartimento Socio-Sanitario*” (Assemblea che assume le funzioni poste in capo al Comitato dei Sindaci di Distretto di cui all'articolo 8 della legge regionale n.18/2007).

prestazioni rientranti nei Lea, come stabilisce la Costituzione, devono essere identiche per tutti i cittadini italiani<sup>5</sup>.

La proposta di legge in oggetto viola inoltre sia l'articolo 32 della Costituzione («*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...]»*), sia l'articolo 38, primo comma: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*».

Il testo non considera che le prestazioni sanitarie devono obbligatoriamente essere assicurate a tutti i cittadini italiani, oltre che agli stranieri che ne abbiano le esigenze, mentre gli interventi dell'assistenza sociale sono limitati agli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere. È pertanto palesemente contraria alla Costituzione la norma dell'articolo 1 della proposta di legge in oggetto secondo cui «*la Regione promuove il sistema di protezione sociale e di cura delle persone con fragilità sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni*».

In netto contrasto con la Costituzione è anche l'articolo 3 della proposta di legge in oggetto per quanto concerne l'istituzione del “Fondo regionale socio-sanitario” (articolo 2) perché nell'ambito sanitario crea evidenti disparità di trattamento tra gli infermi che sono curati con le risorse del Fondo sanitario e quelle che lo sono sulla base delle norme del Fondo socio-sanitario. Infatti, per quanto concerne il Fondo sanitario, deve obbligatoriamente essere rispettata la sentenza n. 509/2000 in base alla quale, per quanto concerne «*il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute*» non possono essere costituite «*situazioni prive di tutela*»<sup>6</sup>. In netto contrasto con questo fondamentale principio costituzionale l'articolo 7 della proposta in oggetto stabilisce quanto segue: «*Annualmente la legge di bilancio regionale quantifica con appositi articoli la dotazione finanziaria necessaria alla copertura degli oneri del funzionamento del sistema integrato regionale dei servizi socio sanitari*», senza prevedere norme volte a garantire gli eventuali finanziamenti aggiuntivi necessari per assicurare le prestazioni, comprese quelle indifferibili.

Il comma 3 dell'articolo 8 della proposta in oggetto stabilisce che «*l'accesso alle prestazioni e agli interventi previsti dalla presente legge sono subordinati alla valutazione multidimensionale dei bisogni e alla predisposizione di un progetto individuale secondo le modalità, procedure e strumenti di valutazione multidimensionale omogenei per l'intera Regione*. Ne consegue che viene assurdamente e crudelmente negata l'assoluta indifferibilità delle

---

<sup>5</sup> Si segnala che il 15 ottobre 2018 è stato depositato al Consiglio di Stato un ricorso volto ad ottenere l'annullamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 per numerosi e importanti motivi, il più rilevante dei quali riguarda la constatazione che detto decreto, avente natura amministrativa, non può modificare in nessuna parte le norme relative ai precedenti Lea che hanno valore di legge ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002. Appena definito il testo del ricorso, i cui contenuti sono estremamente importanti, verrà reso disponibile sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

<sup>6</sup> Nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale ha evidenziato che «secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l’altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto**».

prestazioni, condizione che caratterizza tutte le persone non autosufficienti, come ha evidenziato anche l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 <sup>7</sup>.

La sopracitata devastante norma della proposta di legge della Giunta della Regione Piemonte viola anche le disposizioni dell'articolo 1 della legge 833/1978 in base alla quale il Servizio sanitario nazionale deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* sanitario. Inoltre, come ha evidenziato il Consiglio di Stato nella sentenza n. 339/2015 *«la qualifica di anziano non autosufficiente (...) non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile»*, affermazione a nostro avviso valida per tutti gli infermi non autosufficienti. Pertanto la sopra citata norma del comma 3 dell'articolo 8 della proposta in oggetto viola altresì le disposizioni della legge n. 67/2006 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni", nonché quelle della legge della Regione Piemonte n. 5/2016 "Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale", il cui articolo 3 stabilisce che *«la Regione agisce prioritariamente ai sensi del comma 1 nei seguenti ambiti di intervento: a) salute, prestazioni sanitarie e politiche sociali»*, mentre l'articolo 6 della stessa legge prevede quanto segue: *«Nell'ambito delle proprie competenze in materia di salute, prestazioni sanitarie e politiche sociali, la Regione: a) integra il divieto di discriminazione e il principio di parità di trattamento [...] nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociali e del sistema integrato di interventi»*.

L'articolo 8 della proposta in oggetto subordina illegittimamente l'erogazione delle prestazioni alla valutazione multidimensionale, negando l'evidenza della loro indifferibilità per tutte le persone non autosufficienti, in contrasto con quanto stabilisce il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 all'articolo 4, comma 3 che *«per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti»*, disposizioni che non subordinano l'accesso alle prestazioni previsto dalla proposta in oggetto senza alcun riferimento alle vigenti norme di legge. Al riguardo si ricorda che in base all'articolo 41 della legge 132/1968 le norme relative all'ordinamento interno degli ospedali devono disciplinare *«l'ammissione e dimissione degli infermi ispirandosi al principio della obbligatorietà del ricovero nel caso ne sia accertata la necessità e della possibilità di ricorso da parte dell'infermo»*.

L'articolo 7 della proposta in oggetto, nel previsto fondo regionale socio-sanitario (cfr. il precedente punto 4), non solo stabilisce a priori il fabbisogno finanziario per le prestazioni socio sanitarie, ma prevede altresì che illegittimamente vi confluiscano le *«risorse provenienti dal Fondo nazionale per le non autosufficienze»* che, in base all'articolo 1, commi 1264 e 1265 della legge 296/2006 devono obbligatoriamente essere assegnati esclusivamente ai Comuni.

L'articolo 5 stabilisce che le funzioni assegnate ai Distretti di coesione sociale devono essere gestiti *«obbligatoriamente in forma associata»* norma che non può applicarsi ai Comuni di Torino e di Novara.

Estremamente allarmanti sono le norme dell'articolo 6 della proposta in oggetto, poiché sottrae le attuali competenze dei Sindaci. Infatti è previsto che *«il Dipartimento socio sanitario (Diss) ha carattere funzionale, è un'articolazione organizzativa e di programmazione del Distretto*

---

<sup>7</sup> Il testo integrale del documento è riportato sul numero 191, 2015 di "Prospettive assistenziali".

sanitario e non assume personalità giuridica. Il funzionamento è garantito attraverso un Comitato di dipartimento composto dal Direttore del Distretto sanitario, dal Direttore dei Distretti di coesione sociale e dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di Dipartimento socio-sanitario». Da notare l'estrema importanza dei compiti assegnati al sopra citato Comitato di dipartimento. Infatti «adotta annualmente entro 60 giorni dall'assegnazione del Fondo, con decisione unanime, un atto di programmazione con il quale prevede gli interventi e decide l'allocazione delle risorse, vincolate e condivise, nei diversi ambiti di prestazioni di cui al successivo articolo 8. Le risorse così allocate sono gestite dalle Asl con contabilità separata».

Si consideri che, in base all'articolo 8, il Fondo finanzia tutte le prestazioni socio-sanitarie ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, compresi gli interventi finora di competenza del settore dell'assistenza sociale.

### **Osservazioni sul disegno di legge regionale "Sistema integrato regionale dei servizi socio-sanitari" in relazione alle disposizioni già contenute nella legge 18/2007 e nella legge regionale 1/2004**

Non si comprende quale necessità vi sia di approvare una nuova legge che avrebbe per oggetto il "sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali" già organizzato dalla legge regionale 1/2004.

1) L'articolo 20 della sopracitata legge prevede, infatti, quanto segue: "1. In attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, commi 6 e 8 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni, ed al fine di rispondere ai bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, il benessere delle persone, la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, di concerto con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 108 della l.r. 44/2000, inserito dall'articolo 10 della l.r. 5/2001, con propria deliberazione, sulla base di quanto disposto dalla normativa nazionale in materia, fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione socio-sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento. 2. L'accordo di programma di cui all'articolo 17 regola le attività socio-sanitarie integrate, realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale. 3. Le attività sono realizzate con modalità operative condivise tra dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione delle e l'efficacia degli interventi, viene nominato il responsabile del procedimento. 4. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione".

2) Senza dover ricorrere ad una nuova legge regionale si può provvedere all'istituzione del "Distretto della Coesione sociale, quale Ambito Territoriale di programmazione" con le modalità previste dal Capo II della legge regionale 1/2004<sup>8</sup> e dalla lettura delle norme nazionali – peraltro

---

<sup>8</sup>L'articolo 8 (Ambiti territoriali ottimali), in esso contenuto, così recita "1. Al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, la Regione individua gli ambiti territoriali dei distretti sanitari o di multipli degli stessi quale ambito territoriale ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. 2. Gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sono definiti tramite forme di

cite nella bozza di disegno di legge a fondamento dello stesso – si evince che non è affatto necessaria una nuova legge regionale per la realizzazione di un sistema integrato che già esiste ma che, alla Regione Piemonte, basterebbe procedere – per apportare i correttivi che risultassero necessari – con le modalità previste dall'articolo 19 (*Articolazione distrettuale delle ASL e delle attività socio-sanitarie*) della vigente legge 18/2007 citata nell'articolo 1 della bozza regionale<sup>9</sup>.

3) A tale proposito, è opportuno ricordare che le funzioni che i Comuni sono chiamati ad esercitare in materia di programmazione delle attività distrettuali attraverso il Comitato dei Sindaci sono tutelate da una legge nazionale che la Regione è tenuta a rispettare<sup>10</sup>.

E' quindi allarmante che la bozza di disegno di legge regionale non rispetti le prerogative dei comuni in materia di programmazione socio-sanitaria e assegni l'adozione degli atti di programmazione (che la vigente legge regionale 18/2007 prevede siano approvati dalla direzione ASL d'intesa con Comitato dei sindaci per le attività socio-sanitarie) al Comitato di Dipartimento Socio-Sanitario. Dipartimento che, secondo l'articolo 6 del disegno di legge *“ha carattere funzionale, è un'articolazione organizzativa e di programmazione del Distretto sanitario e non*

---

*concertazione tra la Regione e gli enti locali con le medesime modalità previste per la predisposizione del piano regionale di cui all'articolo 16 e in raccordo con le ASL. 3. Gli ambiti territoriali ottimali sono definiti sulla base delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche delle singole zone e delle peculiarità delle zone medesime, fermo restando il principio generale della coincidenza con gli ambiti territoriali sottesi ai distretti sanitari esistenti”.*

<sup>9</sup> L'articolo 1, comma 3, della legge 18/2007 precisa quanto segue: *“la definizione degli ambiti territoriali distrettuali spetta al direttore generale (dell'ASL), sulla base dei criteri di cui al comma 1 e delle finalità indicate al comma 2, d'intesa con la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7. In caso di mancato accordo la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato”.*

Naturalmente occorre che la Giunta tenga in debito conto anche il disposto del successivo articolo 22 (*Articolazione territoriale degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali*) che precisa: *“1. La coincidenza fra gli ambiti territoriali dei distretti di cui all'articolo 19 e quelli degli enti gestori dei servizi socio assistenziali costituisce la forma idonea per la gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie e rappresenta l'obiettivo di piano da raggiungere. 2. La Regione promuove ed incentiva, anche finanziariamente, il raggiungimento di tale coincidenza, a seguito di presentazione, da parte del Comitato dei Sindaci di cui all'articolo 8, di apposita proposta (...)”.*

<sup>10</sup> L'articolo 3-*quater* del d.lgs 502/1992 stabilisce infatti che *“1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale (...) 2. Il distretto assicura i servizi di assistenza sanitaria primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinq*ues, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali (...). 3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio dell'intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative: a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinq*ues; b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*sept*ies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza; c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale. 4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione (in Piemonte, come si è detto, con la legge 18/2007) concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali (...)”.*

*assume personalità giuridica” ed il cui funzionamento è appunto “garantito attraverso un Comitato di Dipartimento composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore del Distretto della Coesione sociale e dal Presidente dell’Assemblea dei Sindaci del Dipartimento Socio-sanitario” .*

*Come già sopra ricordato è questo organismo, privo di titolarità giuridica, che – con buona pace del Comitato dei Sindaci di distretto, rinominato “Assemblea dei Sindaci di Dipartimento Socio-Sanitario” – “adotta annualmente entro 60 giorni dall’assegnazione del Fondo, con decisione unanime, un Atto di programmazione con il quale prevede gli interventi e decide l’allocazione delle risorse, vincolate e condivise, nei diversi ambiti delle prestazioni di cui al successivo art.8. Le risorse così allocate sono gestite dalla ASL con contabilità separata. Nel caso di mancato accordo sul contenuto dell’Atto di programmazione, l’atto è adottato dalla Giunta regionale entro 60 giorni dal termine previsto per l’adozione dell’Atto di cui al comma1”.*

L'articolo 6 (Funzioni dei comuni) della legge regionale 1/2004 afferma invece che i Comuni concorrono alla programmazione regionale anche mediante l'elaborazione di proposte per la definizione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (peraltro mai approvato dalla nostra regione) e rivestono la competenza a programmare e a realizzare il sistema locale dei servizi a rete, stabilendone le forme di organizzazione e di coordinamento, i criteri gestionali e le modalità operative ed erogano i relativi servizi secondo i principi individuati dalla legge quadro stessa (principi che la bozza afferma, all'articolo 1, di far propri) al fine di realizzare un sistema di interventi omogeneamente distribuiti sul territorio. Inoltre stabilisce che *“Il Sindaco è il titolare delle funzioni di tutela socio-sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini in applicazione di quanto disposto dal d.lgs, 50271992 e successive modificazioni”.*

4) Infine – sempre alla luce del vigente quadro normativo nazionale e regionale – anche il contenuto dell'articolo 5 (Il Distretto della Coesione sociale) della bozza non rispetta quanto prevede la pur ripetutamente citata legge 1/2004. Dall'espressione, formulata nel comma 3, che *“I Distretti della Coesione sociale possono mantenere la forma aggregativa di una pluralità di enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per un periodo transitorio di tre anni dall’adozione della presente legge, individuando entro 120 giorni dall’adozione della stessa, l’Ente capofila del Distretto di coesione Sociale quale unico referente giuridico nei rapporti con la Regione Piemonte”* sembrerebbe conseguire, per logica, l'imposizione implicita di un nuovo obbligo associativo tra gli enti gestori che operano nel distretto. Obbligo che, come tale, non è rinvenibile, nel d.lgs. 147 mentre l'articolo 9 (Forme gestionali) della legge 1/2004 già stabilisce che *“Le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno infantile e dell’età evolutiva nonché per adulti ed anziani con limitazione dell’autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali sono obbligatoriamente gestite in forma associata ai sensi dei commi 1,2 e 3, o dai comuni capoluogo di provincia o dalle ASL delegate.”*

Quel che entrambe le norme prevedono è invece che la Regione, che già *“individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l’efficacia e l’efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni”* preveda e metta in campo, come previsto dalla legge quadro del 2004, *“incentivi finanziari a favore dell’esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all’articolo 8”* già esaminato.