

Dalla Legge 328/00 a oggi (3ª parte)

Paolo Ferrario
Docente di Politica sociale

5. Integrazione socio-sanitaria e distribuzione della spesa fra Comuni e ASL ¹

Il problema dei confini amministrativi tra i settori sociale, sanitario e sociosanitario è cruciale per il funzionamento dei servizi alle persone. I bisogni e la domanda si presentano tendenzialmente in modo unitario, mentre le risposte dipendono dalla distribuzione delle competenze fra gli enti. Quando nei territori si affrontano i problemi della progettazione dei servizi, vengono subito alla luce una serie di nodi critici tra cui: l'estensione e diversificazione dei bisogni, la sempre maggiore complessità del sistema d'offerta e degli interventi, la crescita di unità di offerta molto differenziate fra loro e diversamente finanziate, le difficoltà amministrative ed organizzative a connettere le funzioni di gestione con quelle di programmazione.

Le politiche istituzionali ed organizzative che si è soliti riassumere nelle parole "integrazione socio-sanitaria" hanno alla loro base la situazione strutturale e strategica appena delineata. L'azione dell'"integrare" rimanda ad un'idea di completezza e compattezza delle risposte di servizio che presenta varie criticità dovute soprattutto al fatto che diventa sempre più difficile far stare insieme enti ed organizzazioni che operano con strumenti di regolazione molto specifici. Negli anni '70 si era manifestata un'idea di integrazione riassumibile nel modello "unico ente gestore dei servizi alla persona". Basti ricordare che le "vecchie" unità sanitarie locali erano amministrate dai Comuni e che a questi ultimi dovevano essere anche ricondotte le competenze delle Ipab (istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) ed anche di alcuni nazionali.

L'attuale quadro istituzionale presenta una configurazione del tutto diversa: elevatissimo pluralismo dell'offerta e conseguente necessità di ricondurre tutte le strategie settoriali delle singole componenti del sistema ad obiettivi comuni. Gli "accordi di programma" ² ed i "Piani di zona" rispondono a questa esigenza ³. Oggi, infatti, le politiche dell'integrazione vanno associate a vari processi fra loro intrecciati:

- l'*estensione* organizzativa e professionale degli enti che producono servizi
- la *regolazione* dei vari settori di cui si compone il sistema (sanità, servizi sociali, servizi pubblici, servizi del terzi settore, servizi privati)
- le *connessioni* fra gli enti e le loro relazioni con i vari portatori di interessi.

In prospettiva storica le politiche legislative dell'integrazione socio-sanitaria possono essere distinte nelle seguenti fasi: 1. distinzione dei flussi di spesa (sanitaria, sociale e socio-sanitaria); 2. elaborazione di indirizzi programmatici per favorire l'integrazione; 3. ulteriori distinzioni fra flussi di spesa (sanitaria a rilevanza sociale, sociale a rilevanza sanitaria, sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria); 4. indirizzi per la distribuzione della spesa sanitaria e sociale; 5. prima regolamentazione dei "Livelli essenziali di assistenza sanitaria".

E' da riferire agli anni '80 una *prima azione normativa di separazione della spesa* in base ai seguenti principi ⁴:

- le prestazioni socio-assistenziali sono a carico dei Comuni, ma possono anche essere gestite dalle (allora) Unità sanitarie locali: la formula organizzativa della gestione delegata dei servizi sociali alle Asl si basa su questo principio economico-finanziario ⁵
- le attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Il processo di netta distinzione istituzionale, organizzativa e funzionale fra sistema sanitario e sistema dei servizi sociali ha le sue radici in quel periodo ed in quella regolamentazione. Tutte le attività amministrative successive si sono rigorosamente svolte nel quadro di quei vincoli.

Un altro momento chiave successivo è individuabile nella identificazione programmatica dei *tre livelli dell'integrazione socio-sanitaria* ⁶:

- *istituzionale*, intesa come "necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (azienda sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire obiettivi di salute"
- *gestionale*, riferita alle strutture ed ai processi operativi e che si manifesta in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono"
- *professionale*, riferita all'esercizio dei compiti tecnico-operativi dei professionisti che agiscono nel mondo dei servizi e che è "correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate ad orientare il lavoro professionale".

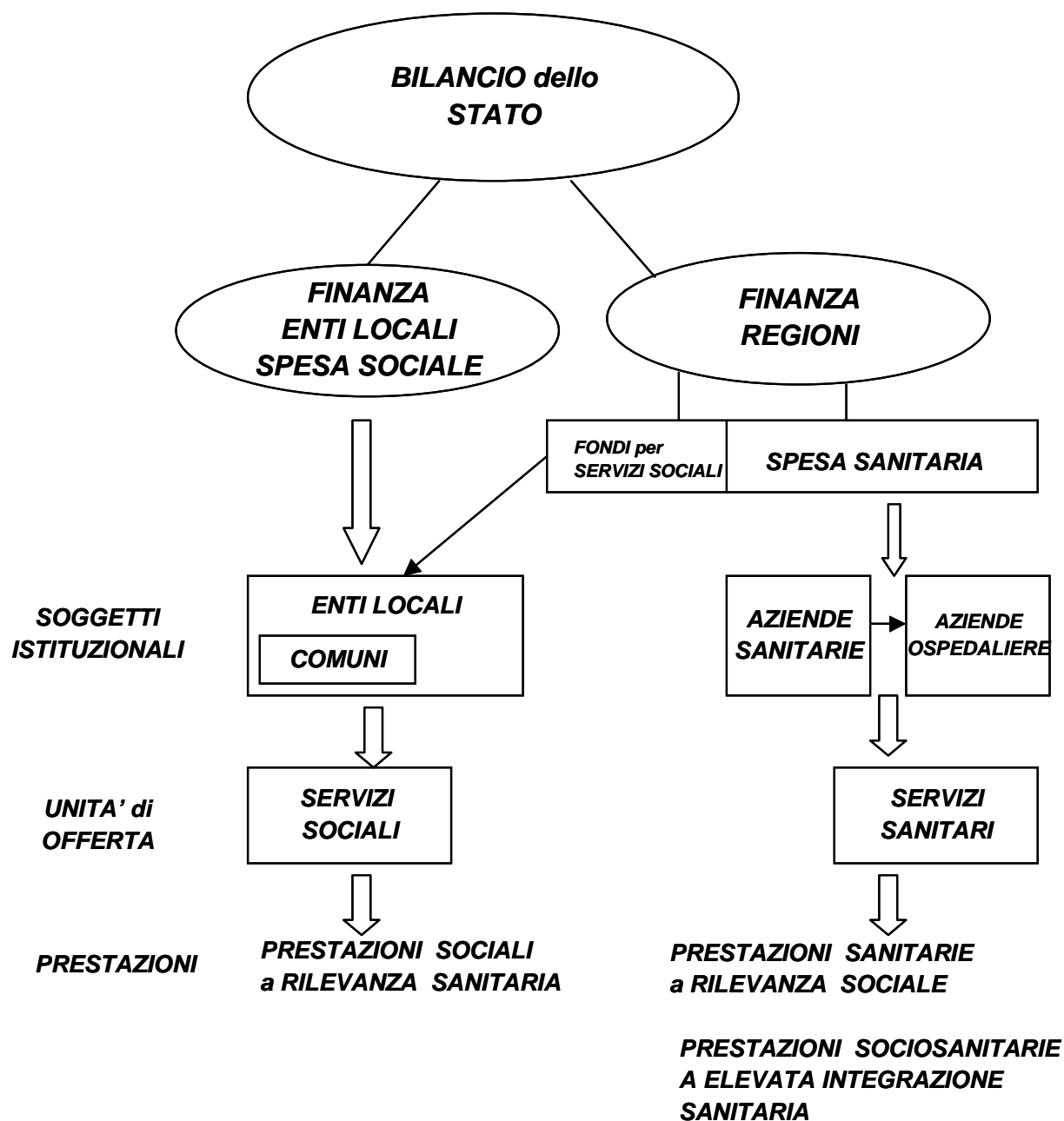
5.1 L'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria

Questo processo di articolazione istituzionale, determinato fortemente dalle politiche di regolazione della spesa, diventa ancora più chiaro nell'ulteriore fase della separazione dei flussi finanziari, quando si consolida ulteriormente l'identificazione amministrativa delle diverse prestazioni di competenza del sistema sanitario e di quello dei servizi sociali.

Nelle riforme amministrative della sanità vengono analiticamente distinte le seguenti tipologie di servizi ⁷:

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*: finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute
- *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria che attengono alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenti da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Con il Grafico 1 si fornisce una rappresentazione visiva della distribuzione dei flussi di finanziamento dei servizi socio-sanitari.

Grafico 1 *La distribuzione della spesa socio-sanitaria*

Nel quadro di queste regole istituzionali le risorse finanziarie disponibili per i servizi sono riconducibili a queste fonti:

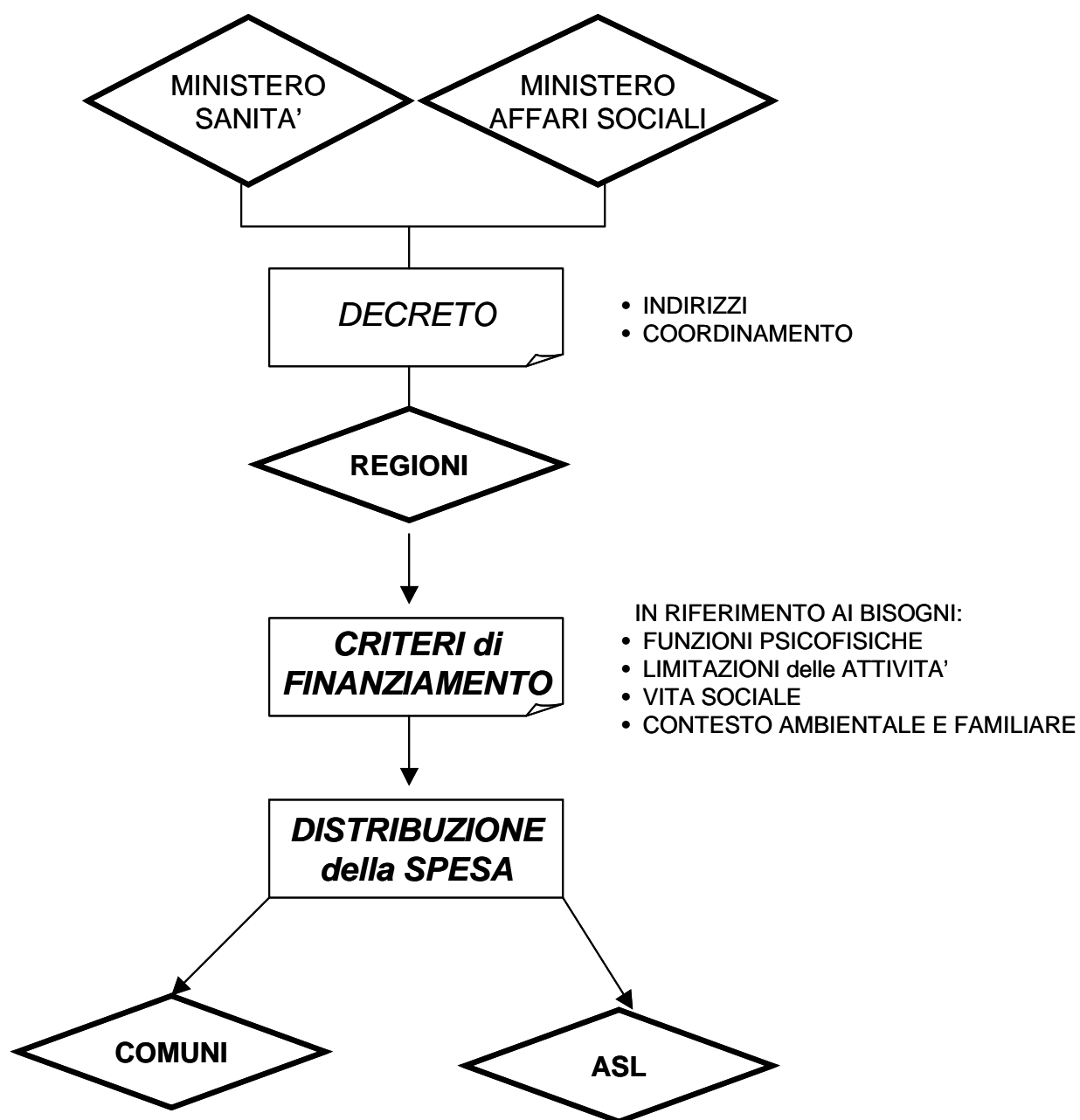
- *fondi regionali*, costituiti da:
 - fondi sociali: composti dalle risorse autonome delle regioni e dalle risorse trasferite ad esse dallo stato
 - fondi socio-sanitari regionali: quote dei fondi sanitari destinati ai servizi socio-sanitari integrati
 - fondi sanitari trasferiti alle Asl
- *risorse comunali*
- *rette e tariffe* a carico degli utenti.

I Comuni finanziano i propri servizi sociali con i fondi regionali, che ricevono direttamente o tramite le Asl, con le proprie risorse e con le tariffe pagate dagli utenti. Quindi le loro politiche finanziarie dipendono in modo significativo anche dall'entità e dalla distribuzione della spesa regionale.

La più recente fase di sviluppo di queste politiche di distribuzione della spesa è da riferire all' *atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*⁸. Questa azione amministrativa tende a favorire le connessioni fra servizi sanitari e servizi sociali, anche se questo avviene in una obiettiva situazione di tensione fra i due sistemi, come sopra si è accennato.

Il Grafico 2 presenta una immagine del significato economico ed operativo del decreto.

Grafico 2 *Atto di indirizzo sul finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie*



In termini più analitici si possono indicare i seguenti punti chiave del decreto:

- *tipologia della domanda socio-sanitaria*: persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali
- *criteri per la definizione delle prestazioni socio-sanitarie*:
 - *natura del bisogno* (funzioni psico-fisiche; attività del soggetto e sue limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori ambientali e familiari che incidono nella risposta al bisogno)
 - *complessità dell'intervento assistenziale* (fattori professionali e di altra natura impiegati e loro articolazione nel progetto personalizzato)
 - *intensità e durata dell'intervento assistenziale*, distinguendo:
 - la *fase intensiva* (impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari)
 - la *fase estensiva* (minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo)
 - la *fase di lungo assistenza* (per mantenere l'autonomia funzionale possibile e rallentare il suo deterioramento, nonché per favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi)

Nella ripartizione delle risorse dei loro fondi sanitari le regioni italiane terranno conto dei suddetti criteri di finanziamento. La Tabella 2 espone in sintesi questo complicato tentativo di individuare le responsabilità del sistema delle Asl e di quello dei Comuni.

Tabella 2. *Prestazioni socio-sanitarie: distribuzione della spesa in rapporto alle aree problematiche di bisogno*

Area problematica	a carico del Servizio sanitario nazionale	a carico dei Comuni	distribuita fra Asl e comuni
Famiglia e minori	<ul style="list-style-type: none"> – assistenza nei Consultori familiari – assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza – prestazioni a minori e famiglie per le adozioni e gli affidi – prevenzione, assistenza e recupero psicoterapico dei minori vittime di abusi 	<ul style="list-style-type: none"> – supporto sociale ed educativo alle famiglie; supporto educativo domiciliare ai minori; indagini sociali sulle famiglie – accoglienza in comunità educative o familiari 	

Disabili	<ul style="list-style-type: none"> – prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica – assistenza in fase intensiva e prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva per recupero funzionale e sociale per soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali – accoglienza in strutture terapeutiche per minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico 	<ul style="list-style-type: none"> – assistenza sociale, scolastica ed educativa; inserimento sociale e lavorativo 	<ul style="list-style-type: none"> – assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate (70 % alle Asl, 30 % ai comuni e compartecipazione al costo da parte degli utenti) – assistenza ai disabili gravi privi di sostegno familiare in servizi di residenza permanente ((40 % al Asl, 60 % ai comuni e compartecipazione al costo da parte degli utenti)
Anziani e persone non Autosufficienti con patologie croniche	<ul style="list-style-type: none"> – assistenza in fase intensiva e prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva – prestazioni a domicilio di medicina generale, specialistica e di assistenza infermieristica e di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> – aiuto domestico e familiare 	<ul style="list-style-type: none"> – attività di lungo assistenza semiresidenziale e residenziali (50 % al Asl a copertura dei costi sanitari e di parte dei costi tutelari; 50 % ai Comuni per l'assistenza tutelare e alberghiera e compartecipazione al costo da parte degli utenti
Dipendenze da droga, alcool e farmaci	<ul style="list-style-type: none"> – prestazioni terapeutico riabilitative; trattamenti specialistici; periodo di disassuefazione in comunità terapeutica 	<ul style="list-style-type: none"> – reinserimento sociale e lavorativo 	
Patologie psichiatriche	<ul style="list-style-type: none"> – prestazioni terapeutiche e riabilitative ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali 		<ul style="list-style-type: none"> – accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento lavorativo. Ripartizione della spesa secondo quote fissate dalle regioni, prevedendo quote minime di concorso fra il 30 e 70 % e compartecipazione al costo da parte degli utenti
Patologie da HIV	<ul style="list-style-type: none"> – cura e trattamenti farmacologici particolari – fase intensiva ed 	<ul style="list-style-type: none"> – eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo 	<ul style="list-style-type: none"> – ripartizione della spesa fra Asl e Comuni, in misura

	estensiva delle cure residenziali		non inferiore al 30 % per ognuno, nella fase di lungoassistenza
Pazienti terminali	– prestazioni e trattamenti palliativi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali		

In questo decreto è apprezzabile il tentativo di attribuire il costo di alcune funzioni socio-sanitarie al bilancio sanitario. Tuttavia la tendenza emergente è quella della accentuata specializzazione funzionale: al sistema sanitario le cure in fase “intensiva”; alle istituzioni socio-sanitarie le cure riabilitative e a decorso cronico; ai servizi sociali comunali le azioni di inserimento sociale ed un crescente concorso ai costi di esercizio delle funzioni.

5.2 I Livelli essenziali di assistenza

La più recente fase di sviluppo delle politiche dell'integrazione socio-sanitaria è individuabile nella identificazione dei *livelli essenziali delle prestazioni (LEA)*. Con tale terminologia si intendono le prestazioni, definite nei loro aspetti quantitativi e qualitativi, che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. Questo principio regolatore delle politiche di governo del sistema dei servizi è entrato a far parte del nostro sistema giuridico in seguito a queste azioni di politica legislativa:

- sistema sanitario: individuazione dei *livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria assicurati dal Servizio sanitario nazionale*, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale ⁹. Rappresentano lo standard minimo di prestazioni che sono un diritto di tutti i cittadini e la loro definizione risente fortemente della transizione verso un sistema sanitario basato sulle responsabilità condivise tra Stato e Regioni
- sistema dei servizi sociali: individuazione degli *interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali* erogabili sotto forma di beni e servizi. Questi livelli di offerta devono essere sviluppati “ferme restando le competenze del Servizio Sanitario Nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria” ¹⁰
- riforma costituzionale del 2001 dove stabilisce il principio che rimangono allo Stato le competenze per i “*livelli essenziali delle prestazioni* concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” ¹¹

Il tema di fondo di questa regolazione legislativa ed amministrativa è abbastanza chiaro: si tratta di distribuire le responsabilità di spesa fra i vari livelli del nostro ordinamento istituzionale. Ma anche le conseguenze sono piuttosto chiare: più livelli di prestazione saranno finanziati dal Fondo sanitario, meno oneri deriveranno al sistema dei Comuni, che

dovrebbero rivalersi sugli utenti per coprire il costo dei servizi. Viceversa meno attività saranno riconosciute dal sistema sanitario, più oneri ricadranno sui Comuni e quindi sui cittadini in stato di bisogno.

Nell'attuale situazione storica le politiche di integrazione socio-sanitaria consistono nell'elaborazione di azioni organizzative e professionali orientate a coordinare e connettere lo sviluppo dei servizi sociali comunali e l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria delle ASL. Osserva in proposito Tiziano Vecchiato:

serve pertanto una capacità organica di lettura dei cambiamenti in atto, per meglio riconoscere e utilizzare i risultati delle riforme, che, negli ultimi anni, hanno provocato profonde modificazioni nella legislazione, che quindi dovrebbero essere riconoscibili anche nell'assetto dei servizi, nella gestione integrata delle responsabilità, nelle soluzioni organizzative e negli approcci professionali per dare risposte più efficaci ai bisogni ¹²

Per quanto riguarda i livelli essenziali dei servizi sociali" la legislazione ¹³ propone azioni programmatiche e gestionali riassumibili nella Tabella 1.

Tabella 1. Servizi sociali: livelli assistenziali essenziali

<i>Prestazioni sociali</i>	<i>Tipologie di servizi da garantire negli ambiti territoriali</i>
<ul style="list-style-type: none"> – misure di contrasto della povertà e sostegno del reddito – misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio dei totalmente dipendenti – interventi di sostegno ai minori in situazioni di disagio tramite sostegni ai nuclei familiari ed inserimento presso famiglie e strutture comunitarie di accoglienza – sostegno alle responsabilità familiari – sostegno alle donne in difficoltà – integrazione delle persone disabili – interventi per le persone anziane e disabili orientate a: permanenza al domicilio; inserimento presso famiglie e strutture comunitarie; accoglienza e socializzazione in strutture residenziali e semiresidenziali – contrasto delle dipendenze (droghe, alcool, farmaci) – promozione di iniziative di auto aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> – servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari – servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari – assistenza domiciliare – strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali – centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

Nel settore sanitario ha preso avvio la definizione dei *Livelli essenziali di assistenza sanitaria* (sintetizzati nella nuova sigla LEAS)¹⁴. Si tratta di un atto normativo molto complesso e con varie conseguenze nello sviluppo dei servizi sanitari e socio-sanitari. Le regole di funzionamento possono essere così sintetizzate:

- individuazione dei *criteri per la esclusione o limitazione delle prestazioni* da erogare: a) non rispondenza a necessità assistenziali essenziali e tutelate dal Servizio sanitario nazionale; b) efficacia non scientificamente dimostrabile e loro appropriatezza (utilizzazione rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate); c) economicità (prestazioni che rispetto ad altre forme di intervento, per le stesse esigenze e a parità di risultato, sono più costose)
- individuazione dei *LEAS assicurati dal Servizio sanitario nazionale* attraverso le risorse del Fondo sanitario e la partecipazione alla spese da parte degli utenti. Queste prestazioni sono classificate in nelle seguenti tre aree operative: 1. *ambienti di vita e di lavoro*; 2. *assistenza distrettuale* (ulteriormente articolata in: sanitaria di base, emergenza sanitaria, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, territoriale residenziale e semiresidenziale; termale); *assistenza ospedaliera*. Inoltre nell'ambito delle tre macroaree precedenti è inclusa l'assistenza specifica a particolari categorie di cittadini: invalidi, affetti da malattie rare, affetti da fibrosi cistica, neuropatici cronici in dialisi, diabetici, hanseniani, residenti italiani autorizzati alle cure all'estero
- identificazione dei servizi e delle *prestazioni totalmente escluse dai LEAS* e quindi non più erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale. E' una scelta che ha creato disagi soprattutto fra utenti bisognosi di riabilitazione, in quanto rientrano in questa categoria alcune prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (fra cui: idromassoterapia, massoterapie distrettuali riflessogene, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, laserterapia antalgica, mesoterapia, ecc.)
- prestazioni *parzialmente escluse dai LEAS*, ma erogabili a carico dei Servizi sanitari regionali solo per specifiche indicazioni cliniche. Fra queste vanno ricordate le prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale la cui erogazione è subordinata a specifici presupposti (patologie, definite, età, intervalli di tempo fra le prestazioni) o a specifiche modalità (durata delle prestazioni, non associazione con altre prestazioni, ecc.)

Per quanto riguarda le politiche dell'integrazione sociosanitaria il Decreto individua le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ovvero "le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale". L' area operativa dell' integrazione sociosanitaria viene distinta in "macro-livelli", a loro volta distinti in "micro-livelli di assistenza": assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; assistenza territoriale semi-residenziale; assistenza territoriale residenziale; assistenza penitenziaria.

Il quadro normativo rimane quello del precedente Atto di indirizzo, tuttavia si accentua ancora il processo di coinvolgimento dei comuni nelle responsabilità di costo in alcune tipologie di servizio:

- prestazioni di aiuto infermieristico e assistenziale tutelare alla persona: 50 %
- prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi: 30 %
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale: 60 %
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi: 30 %
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare: 60 %
- prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo: 50 %

In conclusione sembra di poter individuare una tendenza a regolare attraverso la politica sanitaria anche quella dei servizi sociali. Sulla legge n. 328/2000 si sono concentrate giustamente molte aspettative che rischiano di essere contraddette da questi orientamenti. L'accentuato carico finanziario sui comuni (e quindi indirettamente sugli utenti tenuti al concorso al costo dei servizi) accentuerà le difficoltà di comunicazione inter-istituzionale con le Asl. Inoltre, le regioni spinte dalla necessità di far fronte alle proprie accresciute responsabilità sui servizi sanitari regionali potrebbero essere portate a ridurre i loro trasferimenti finanziari per lo sviluppo dei servizi sociali comunali. E' molto probabile che le quote di costo attribuite ai Comuni vengano caricate sui fondi regionali. Ma l'effetto sarebbe, appunto, una tendenziale riduzione delle manovre di spesa regionali in favore dei servizi sociali. I Comuni si troverebbero così a dover agire solo con mezzi propri alla realizzazione della riforma.

Sarebbe davvero preoccupante se invece di agire per le politiche per l'integrazione si arrivasse ad alternative "politiche della frammentazione" per cui ad occuparsi di sanità e di servizi socio-sanitari fossero le regioni e le loro Asl e, dall'altra parte, ad occuparsi di servizi sociali fossero i comuni con le loro frammentazioni territoriali non sostenuta da coerenti incentivi alle forme associative.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, coordinato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, art. 3 – septies (in Suppl. n. 132/L alla GU n. 165 del 16 luglio 1999)

Legge 8 novembre 2000 n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, art. 22

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie* (in GU n. 129, 6/6/2001)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza* (in Suppl. G.U. n. 33 del 8.2.2002). Il Decreto ha recepito l'intesa tra governo, regioni e province autonome del 22 novembre 2001 (in Suppl. n. 14 alla GU n. 19 del 23/1/2002)

Decreto del Ministero della salute 12 dicembre 2001, *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria* (in suppl. alla GU n. 34 del 9 febbraio 2002)

¹ I precedenti articoli sono stati pubblicati in Prospettive sociali e sanitarie n. 3 e 6 2002

² Decreto Legislativo n. 267/2000, art. 34

³ Si veda il primo di questa serie di articoli pubblicato in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 3, 2002

⁴ Legge n. 730/1983 art. 30; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8.8.1985. Sull'argomento si rimanda a: Ferrario P., *Spesa socio-sanitaria ed integrazione dei servizi: alcuni casi regionali*, in: Prospettive Sociali e Sanitarie n. 3/4, 1987; De Gani L., *Lo stato della normativa legislativa e programmatica in materia di integrazione socio-sanitaria: possibili linee di sviluppo*, in: Politiche sociali e servizi n. 1, 1999, Università Cattolica di Milano, pp. 47-58. Per una ricostruzione più recente, si veda: Corcione A., *L'integrazione tra sociale e sanitario: possibilità e vincoli*, in: *Lo stato sociale in Italia: rapporto annuale Iridiss-Cnr 2000/2001*, a cura di Calza Bini P., Donzelli Editore, Roma, 2001, pp. 321-367

⁵ Decreto Legislativo n. 502/1992 con le modifiche apportate dal DLGS n. 229/1999, art. 3, comma 3

⁶ Decreto del Presidente della Repubblica 23.7.1998, approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

⁷ Decreto Legislativo n. 502/1992 con le modifiche apportate dal DLGS n. 229/1999 art. 3-septies

⁸ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14.2.2001

⁹ Decreto Legislativo n. 502/1992, art. 1 comma 3

¹⁰ Legge n. 328/2000 art. 22

¹¹ Art. 117 della Costituzione della Repubblica, come modificato dalla Legge costituzionale n. 3 2001

¹² Vecchiato Tiziano, *L'integrazione socio-sanitaria nella Legge n. 328/2000*, in: Studi Zancan, Politiche e servizi alle persone, n. 2, 2001, pp. 116-117

¹³ Legge n. 328/2000 art. 22, comma 2 e comma 4

¹⁴ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29.1.2001. Successivamente il Decreto del Ministero della salute 12.12.2001 ha stabilito gli indicatori ed i parametri di riferimento per la verifica e il monitoraggio nelle regioni dei LEAS. Sull'argomento si veda: Ragaini Fabio, *Dalla riforma Ter ai Livelli essenziali di assistenza*, in Appunti sulle politiche sociali n. 3, 2002, del Gruppo solidarietà di Moie di Maiolati (An)