

Lo stato di attuazione della riforma del *welfare* locale nelle Regioni italiane (L. 328/2000)

di Anna Maria Candela (FORMEZ)



613

Premessa

L'attuazione del dettato della legge costituzionale n. 3 del 2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, ha aperto, solo pochi mesi dopo l'approvazione della L. 328/2000, uno scenario radicalmente nuovo per l'attuazione della riforma del *welfare* locale, richiedendo la definizione di un nuovo assetto del sistema delle competenze per la programmazione e la gestione delle politiche sociali, dopo avere riservato alle Regioni le competenze di programmazione sociale, fatte salve le competenze del Governo nazionale per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza in campo sociale e sociosanitario.

Proprio all'indomani della riforma del Titolo V della Costituzione, quando in molti temevano l'inizio di una fase di stallo che avrebbe rallentato fino ad inficiare i percorsi di costruzione di sistemi integrati di interventi e servizi sociali e sociosanitari, così come disegnati dalla L. 328/2000, si è assistito ad un rinnovato impulso nell'azione normativa e programmatica in molte Regioni italiane, che positivamente hanno interpretato le nuove competenze trasferite, elaborando percorsi di recepimento della L. 328/2000 tra loro molto diversi, nei tempi, negli approcci adottati, nelle scelte strategiche e negli strumenti di lavoro.

La diversità percepibile ad una prima osservazione dei percorsi regionali di attuazione della riforma del *welfare* locale consente di ricerca profili diversi di soggetti regionali riformatori rispetto a molteplici aspetti: il ruolo svolto dalle Regioni in fase di programmazione e di regolazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, le competenze di programmazione e di gestione delegate agli Enti locali, il ruolo attribuito alle Province, le scelte politiche assunte per la costruzione di un sistema capace veramente di garantire a tutti i cittadini l'esigibilità del diritto di accesso alle prestazioni, la crescita della dotazione di prestazioni nei diversi contesti locali, il rispetto di *standard* di dotazione e di qualità capaci di garantire equità nell'accesso alle prestazioni, la possibilità di accedere ad un sistema di interventi capaci di promuovere l'inclusione sociale di un individuo ben oltre la risposta puntuale ad uno specifico bisogno.

E proprio nella diversità delle scelte che nei sistemi regionali si vanno configurando sono insiti tutti i rischi connessi alle differenti opportunità di accesso alle prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie per le popolazioni e ad una solo parziale attuazione del complesso quadro dei principi affermato con la L. 328/2000. Su tale diversità occorre pertanto far luce perché dalla comparazione possano le stesse istituzioni regionali e locali trarre le indicazioni necessarie per costruire sistemi di *welfare* regionali equi ed efficaci.

Le competenze delle Regioni

Il nuovo testo del Titolo V della Costituzione attribuisce alle Regioni "la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato". Fra le materie riservate allo Stato (Cost., art. 117, commi 2 e 3) non si colloca quella socio-assistenziale, rispetto alla quale le Regioni hanno quindi potestà legislativa primaria, ossia non limitata dai principi fondamentali della legislazione statale, ma soltanto dal rispetto della Costituzione, dell'ordinamento comunitario europeo e dagli obblighi internazionali.

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)



614

La legge n. 328/2000 è stata coerente con il "federalismo amministrativo" disegnato dalle riforme degli anni 90, impostato su una visione che vede nello Stato l'ente chiamato a fornire l'indirizzo e il coordinamento delle politiche sociali.

La nuova prospettiva costituzionale, invece, non prevedendo più il limite dei principi fondamentali stabiliti dalla legge dello Stato, affida oggi ai legislatori regionali margini di disciplina maggiori e differenti rispetto alla materia sociale così come prevista con la legge n. 328/2000. Con l'inevitabile conseguenza che i governi regionali potranno e dovranno valutare se e quanto costruire il proprio sistema sociale facendo riferimento ad una normativa quadro nazionale della L. 328/2000, oggi non più prescrittiva. Questo avvalorava l'affermazione che le Regioni hanno oggi una responsabilità decisiva per dare attuazione alla riforma del *welfare* locale, nel senso di far compiere ai sistemi di *welfare* regionali significativi passi avanti verso la costruzione di reti integrate di servizi sociali e sociosanitari, capaci di favorire percorsi di inclusione e di attivazione di tutte le risorse delle comunità locali.

Il nuovo art. 117, al comma 2, lett. m, riserva, tuttavia, alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Si tratta evidentemente di una norma tesa a salvaguardare tali diritti e a contenere i rischi di forti disuguaglianze e disparità nella loro affermazione e tutela fra le diverse aree del paese. Le previsioni in merito ai livelli essenziali delle prestazioni della L. 328/00 (art. 2, comma 2 e art. 22, commi 2 e 4) possono mantenere quindi validità come espressione di potestà legislativa propria dello Stato. E si pone pertanto una esigenza di una loro declinazione in termini più concreti ed operabili, oltre che sostenibili su tutto il territorio nazionale, vista la forte eterogeneità dei sistemi di offerta rilevabili nelle diverse Regioni.

Alle Regioni, ribadite le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali e di verifica della loro attuazione a livello territoriale, la legge n. 328/2000 affida la determinazione, attraverso forme di concertazione con gli Enti locali, degli ambiti territoriali e degli strumenti e delle modalità per la programmazione e la gestione unitaria del sistema locale dei servizi a rete.

Insieme alla grande responsabilità, le Regioni hanno anche un ruolo decisivo nella formulazione di scelte relative alle politiche, alle strategie di intervento, agli assetti gestionali ed organizzativi, ai criteri e agli strumenti per la regolazione del mercato amministrato dei servizi, tra loro molto diverse e, come tali, interessanti da analizzare e confrontare, perché dall'analisi dei punti di forza e delle criticità possono derivare considerazioni rilevanti per lo studio di percorsi di lavoro efficaci e per la definizione delle condizioni di trasferibilità delle esperienze di successo in altri contesti regionali.

Le attribuzioni provinciali, infine, si delineano sempre più come funzioni di concorso alla programmazione regionale e di zona e di coordinamento degli interventi territoriali, oltre che di formazione professionale e di raccolta dati per l'elaborazione del sistema informativo. Le funzioni e le competenze attribuite alle Amministrazioni provinciali sono anche quelle su cui più aperto è il dibattito tra esperti del diritto ed amministratori, e su cui le soluzioni più distanti si vanno definendo sul territorio nazionali.

Viene illustrata a tal proposito in questo capitolo una scheda che riguarda le competenze che al Regione Toscana affidata alle province già con la L. 72/1997 e che sono state sostanzialmente confermate con gli atti di programmazione regionale successivi alla entrata in vigore della L. 328/2000.

Scheda n. 1 - Il ruolo delle Provincie per l'attuazione della riforma del *welfare* locale. Il caso della Toscana

- L'art. 6 della L. R. n. 72/1997 definisce nel modo che segue le competenze della Provincia:
- a) concorre alla definizione e all'attuazione dei piani zonali di assistenza sociale approvati dall'Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, al fine di coordinare gli interventi di propria competenza;
 - b) partecipa alle sedute delle Conferenze di zona per l'assistenza sociale di cui al successivo art. 12;
 - c) elabora ed attua progetti e interventi in materia di orientamento, preformazione e formazione professionale, inserimenti lavorativi rivolti a soggetti in condizione di disagio sociale;

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

- d) elabora progetti integrati nel settore sociale per problematiche riferite ad area vasta, con particolare riferimento agli strumenti di cui al Titolo IV "Politiche "sociali integrate";
- e) raccoglie ed elabora dati nell'ambito dello sviluppo e del potenziamento del sistema informativo sociale, nonché cura la realizzazione nell'ambito provinciale dell'Osservatorio sociale regionale di cui all'art. 64.
- (...)

Nel triennio 2001-2003 le Province hanno svolto e stanno svolgendo in Toscana un ruolo molto importante di supporto alle Zone sociosanitarie ed alle rispettive Segreterie Tecniche di Zona nelle fasi di programmazione e di stesura dei Piani Sociali di Zona, in particolare con le funzioni svolte dagli Osservatori Sociali Provinciali per la redazione delle Relazioni Sociali che annualmente accompagnano il Piano Sociale di Zona per l'analisi dei bisogni e della domanda sociale, oltre che per l'analisi della offerta di servizi esistente in una certa zona sociosanitaria.

Si segnala che alla fine del 2002 è stata avviata l'esperienza del Tavolo Tecnico regionale per il monitoraggio e la valutazione dei Piani di Zona e delle politiche sociali, che vede i funzionari dell'Osservatorio Sociale Regionale lavorare al fianco dei referenti degli Osservatori Sociali Provinciali e di alcune Segreterie Tecniche per la progettazione dei flussi informativi relativi all'utenza e ai progetti ed alle attività realizzate nell'ambito dei Piani di Zona, per la definizione degli strumenti di rilevazione dei dati, per la costruzione degli indicatori di attività, risultato e di monitoraggio finanziario dei Piani di Zona. Al termine della fase di progettazione è previsto che sia avviata la sperimentazione del sistema regionale di monitoraggio delle politiche sociali, con gli OSP che svolgeranno anche il ruolo di tutoraggio delle segreterie tecniche, oltre che di raccordo per i flussi di informazioni e le elaborazioni degli indicatori sociali ed economici da restituire alla Regione ed al territorio.

Le competenze dei Comuni

La legge quadro dei servizi sociali, dal punto di vista degli assetti istituzionali, delinea un impianto complessivo delle funzioni di amministrazione e di gestione dei servizi sociali coerente con il federalismo amministrativo attuato con le riforme degli anni 90. La legge n. 328/2000 conferma il ruolo di regia in materia di servizi sociali assegnato ai Comuni. Essi non solo hanno il compito di programmare i servizi, ma anche quello di promuovere le risorse nelle comunità locali. I Comuni sono i titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali e concorrono alla programmazione regionale. Data la loro diversificata situazione socio-demografica, sono chiamati ad esercitare tali funzioni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alle risorse ed al rapporto con i cittadini.

Nel campo delle funzioni di governo ai Comuni sono dunque assegnati compiti di programmazione, progettazione e di realizzazione in ambito locale; di indicazione delle priorità e dei settori di innovazione; di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture erogatrici; di definizione dei parametri per l'individuazione delle persone destinatarie con priorità degli interventi. Assume anche particolare rilievo la prevista partecipazione dei Comuni al procedimento regionale per l'individuazione degli ambiti territoriali del sistema locale della rete di servizi.

Per l'esercizio del loro ruolo di gestione amministrativa dei servizi sociali (che si colloca un po' sul confine fra funzione di governo e funzione di produzione), i Comuni possono assumere diverse forme quale la gestione diretta, quella indiretta tramite istituzione o azienda speciale, l'esercizio associato di funzioni e servizi, la gestione associata tramite convenzioni o consorzi, la gestione delegata alle ASL o quella esternalizzata tramite appalti, contratti e convenzioni. La legislazione e la programmazione regionale per ora non si è particolarmente impegnata sulle forme e sui livelli di gestione.

Per quanto riguarda le Regioni a statuto ordinario, si può segnalare che alcune leggi o piani danno una definizione delle funzioni di certi livelli istituzionali, ad esempio le Province, che si discostano leggermente dalle definizioni fornite dalla L. 328/2000. Per l'Emilia Romagna le Province "partecipano alla programmazione regionale, promuovono l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali, con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione e della pianificazione territoriale" e "coordinano e partecipano alla definizione dei Piani di Zona ed all'attuazione degli stessi e defi-



SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)



616

niscono i Programmi provinciali". All'opposto la Puglia, nella L.R. 13/2002 "individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali" non riconosce alcun ruolo alle amministrazioni provinciali, salvo riprendere nel disegno di legge in discussione in questa fase al Consiglio Regionale un ruolo delle Province di supporto per i Comuni nella fase di stesura dei Piani di Zona e con azioni di formazione, e di supporto per la Regione ai fini della applicazione delle direttive regionali in materia di raccolta dei dati necessari per la conoscenza dei bisogni ed il monitoraggio delle politiche sociali.

Un discorso a parte merita la determinazione degli ambiti territoriali: nell'ultimo anno sono state emanate molte leggi regionali di definizione degli ambiti ottimali per la gestione associata delle funzioni conferite ai Comuni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 33 del D.Lgs. n. 267/2000. Quasi sempre è previsto che la determinazione degli ambiti debba avvenire in modo "concertato" anche se alcune Regioni, come ad esempio la Basilicata e il Veneto, hanno precisato, in modo spesso accurato, i criteri che devono essere seguiti per realizzare tale determinazione. La Regione Emilia Romagna, a sua volta, ha rimesso alle scelte degli stessi Comuni la fissazione degli ambiti territoriali ottimali per la gestione associata delle funzioni e, solo nel caso di inerzia degli stessi, ha previsto la possibilità che subentri la Provincia competente per territorio, sentiti in ogni caso i Sindaci dei Comuni interessati. Anche il Piano regionale delle Marche stabilisce che la Regione formalizzi gli ambiti territoriali che sono individuati dalle Conferenze dei Sindaci delle Aziende USL.

I Comuni, singoli o associati, sono quindi impegnati a sviluppare e meglio qualificare la loro funzione di programmazione e governo delle politiche sociali. Il Piano di Zona è per la legge n. 328/2000 lo strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione delle politiche locali e dei vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali in una scala dimensionale adeguata. La istituzionalizzazione del Piano di Zona come strumento di pianificazione degli interventi locali in materia sociale sancisce del resto una tendenza già in atto, che aveva trovato una spinta propulsiva nella legge n. 285/1997, che per prima ha introdotto su tutto il territorio nazionale modalità di progettazione interistituzionale improntate alla sussidiarietà.

Il Piano di Zona assume valore, innanzitutto, per i suoi contenuti: linee ed indirizzi di politica sociale, bisogni prioritari e coerenti strategie di intervento, risorse disponibili, soggetti istituzionali e sociali interessati, risultati attesi, *standard* di funzionamento e di efficacia, responsabilità gestionali, forme e modalità di controllo, di verifica, di valutazione.

Sia nella fase di programmazione afferente alla stesura dei Piani di Zona che nella fase di attuazione degli stessi con la realizzazione dei servizi, sono numerosi i punti di criticità in cui i Comuni si trovano a dover sperimentare sul campo procedure di semplificazione, ruoli di regia per tavoli di concertazione, compiti articolati di progettazione e di regolamentazione dei servizi, modalità di sviluppo dei rapporti con i soggetti del terzo settore, azioni di comunicazione sociale, azioni di riorganizzazione interna dei servizi sociali, spesso non in condizioni ottimali per quanto attiene alla chiarezza degli indirizzi nazionali o regionali, alla disponibilità delle risorse umane e dei profili professionali necessari per farlo, alla disponibilità degli strumenti per garantire una reale partecipazione di diversi soggetti alle attività.

Tra le criticità per le quali in diversi contesti regionali i Comuni hanno più spesso e con risultati non univoci messo alla prova le proprie capacità organizzative, di ascolto e di coinvolgimento, di indirizzo, di coordinamento e di gestione amministrativa sono le seguenti:

- il passaggio da una gestione municipale dei servizi sociali alla gestione unitaria dei Piani di Zona, con tutte le questioni afferenti agli assetti economico-gestionali, organizzativi, alla scelta della forma giuridica;
- l'integrazione tra diverse politiche di intervento in campo sociale per predisporre risposte personalizzate, efficaci ed integrate al cittadino e alla sua famiglia, che sono portatori di bisogni diversi ma tra loro strettamente correlati e che necessitano di una risposta unica a fronte di un contatto semplificato ("porta unica di accesso alle prestazioni");
- l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza in campo socio-assistenziale ed in campo sociosanitario, con quanto ciò comporta in termini di definizione dei criteri per la compartecipazione finanziaria, dei percorsi di accesso ai servizi per la garanzia dei diritti collettivi fondamentali affermati dalla L. 328/2000 (universalità, equità, pari opportunità, sussidiarietà), di definizione degli *standard* e dei criteri di qualità, di definizione di *mix* di presta-

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

- zioni capaci di incidere positivamente sulla riduzione della spesa sociale e sociosanitaria e sulla efficacia della "cura" prestata;
- il raccordo tra programmazione finanziaria dei Piani di Zona e gestione economica degli stessi con i bilanci comunali ed i vincoli espressi in termini di patto di stabilità interno anche dalla stessa legge finanziaria per il 2003;
 - la costruzione di percorsi di inclusione sociale e di attivazione sorretta di tutte le risorse di cui una comunità locale dispone, anche rivisitando strumenti quali il reddito minimo di inserimento per cogliere l'occasione di razionalizzare tutte le forme di assistenza economica già riconosciute in favore di un reddito di cittadinanza che non faccia solo fronte alle temporanee o perduranti situazioni di difficoltà economica, ma sia in grado di accompagnare l'individuo e la sua famiglia in un percorso di fuoriuscita da una situazione di marginalità sociale, culturale ed economica;
 - la riqualificazione del sistema di offerta, sia attraverso la definizione di rapporti nuovi con i soggetti erogatori dei servizi e gestori delle strutture sociali, sia attraverso la definizione di *standard*, strumenti e criteri di qualità mediante i quali introdurre l'accreditamento quale strumento per la erogazione dei servizi, preservando il diritto di scelta degli utenti e i livelli di qualità che al soggetto pubblico si richiede di garantire;
 - la progettazione ed implementazione di strumenti innovativi per l'analisi della domanda sociale e la rilevazione dei bisogni sociali, oltre che per il monitoraggio dell'offerta e delle attività realizzate;
 - la progettazione e realizzazione di servizi innovativi (pronto intervento sociale, centri di prima accoglienza, segretariato sociale e *welfare* d'accesso, assistenza domiciliare) che già la L. 328/2000 individua come essenziali e che necessitano, in tutte le fasi della loro produzione, della coprogettazione con il Terzo Settore, il cui ruolo deve essere valorizzato proprio attraverso il rapporto con le istituzioni pubbliche.

Viene illustrata con riferimento alle competenze dei Comuni ed all'intenso processo di cambiamento che è in atto per le modalità di organizzazione e gestione dei servizi, una scheda che riguarda una esperienza di successo sulla gestione unitaria dei servizi sociali, realizzata da un gruppo di comuni della Provincia di Avellino nel corso del 2002.



617

Scheda n. 2 - Le competenze di gestione dei servizi sociali per i Comuni. Esperienze di gestione unitaria. Il caso dell'ambito territoriale di Lioni (AV)

L'Ambito Territoriale A2 quale Associazione di 25 Comuni Irpini con Comune capofila Lioni (AV) ha scelto per la gestione del proprio Piano di Zona e di tutte le politiche sociali su quel territorio di costituire un consorzio tra Comuni, per dare piena attuazione alla riforma del *welfare* locale costruendo, grazie all'integrazione ed alla gestione associata dei servizi offerti sul territorio, un sistema di *welfare* capace di garantire una gamma più completa di servizi ed un miglioramento della capacità del sistema di attori locali di rispondere adeguatamente alle esigenze della popolazione locale.

A tale obiettivo prioritario sono collegati molti altri obiettivi di rilievo quali: la costruzione di un sistema di *governance* del *welfare* locale, lo sfruttamento delle ampie economie di scala che derivano dalla gestione associata, il perseguimento dell'integrazione socio-sanitaria.

Si tratta del primo caso di Consorzio costituito per dare attuazione al dettato della L. 328/2000 che indica prioritariamente nella gestione unitaria la modalità di gestione delle politiche sociali di ambito: il Consorzio rappresenta anche una delle forme più strutturate e complesse di forma di gestione tra Comuni, più di quanto non sia per la Convenzione tra Comuni o piuttosto per la delega di più Comuni all'ASL, alla Comunità Montana o ad altro ente gestore.

Il principale elemento di innovazione va ravvisato proprio nella scelta di dotarsi di uno strumento giuridico autonomo (il consorzio) per la gestione associata ed unitaria dei servizi previsti nel piano di zona; scelta resa possibile dalla sperimentazione di percorsi e modalità di lavoro nuovi che rappresentano un sicuro elemento di innovazione nel contesto territoriale in oggetto.

La capacità e la motivazione dell'ufficio di piano e del comune capofila di proseguire nella costruzione di un sistema associato di servizi socio sanitari, innovando concretamente rispetto all'organizzazione dei servizi storicamente presenti su questo territorio, costituiscono un innegabile punto di forza del contesto complessivamente considerato.

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)



618

Il soggetto che ha supporto tecnicamente la costituzione del Consorzio e l'avvio delle attività dello stesso è l'Ufficio di Piano, costituito inizialmente per la stesura e l'attuazione del primo Piano di Zona, da parte dei Comuni che avevano siglato l'accordo di programma.

Ai fini della presentazione del secondo Piano di Zona è proprio il soggetto Consorzio che subentrerà ai singoli comuni nella definizione degli accordi con l'ASL e nella gestione dei rapporti con la Regione, introducendo così significativi elementi di semplificazione per la gestione dei servizi, la rendicontazione e l'utilizzo delle risorse assegnate, e generando notevoli economie di scala anche nella organizzazione ed erogazione dei servizi, ripagando così in parte i costi più elevati di funzionamento di un Consorzio rispetto ad altre forme di gestione.

Lo stato di attuazione della legge quadro di riforma del welfare locale

Tutte le Regioni, sia quelle che già prima della legge quadro avevano un sistema di servizi in qualche modo anticipatore della riforma, sia quelle che ancora oggi stentano a raccogliere le indicazioni di metodo che la riforma suggerisce, hanno dovuto confrontarsi con la sfida al cambiamento che la legge 328 ha lanciato.

Certo non tutte le Regioni hanno assunto l'impostazione o hanno risposto agli stimoli della legge 328, ma il suo apporto alla maturazione culturale è stato essenziale per far crescere la consapevolezza del ruolo centrale dei servizi sociali per la collettività.

Nonostante il loro continuo richiamo alla potestà legislativa regionale in materia sociale, le Regioni stanno procedendo con molta lentezza nell'esercizio dell'attività regolamentare che pure hanno fortemente rivendicato. In effetti tra tutti i provvedimenti ritenuti essenziali per dare una svolta significativa, e per regolare e orientare il sistema di *welfare* dal punto di vista organizzativo-gestionale, sono pochi i casi in cui tali atti sono stati assunti. Si pensi, a titolo di esempio, alle leggi in tema di accreditamento, alla normativa sulle IPAB, alle regole per la esternalizzazione dei servizi, alle modalità per promuovere la gestione unitaria dei servizi da parte dei Comuni, ai criteri per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni.

Quasi tutte le Regioni hanno però provveduto a definire, almeno in termini e con una sola parziale attuazione, le proprie linee di politica sociale, approvando una legge di riordino del sistema dei servizi sociali o piani regionali sociali. E se alcuni di questi piani precedono la L. 328/2000 (come nel caso della Sardegna, dell'Umbria e della Basilicata), essi per lo più non si discostano dagli orientamenti di questa perché sono stati predisposti in un momento in cui i fondamenti della riforma erano conosciuti e particolarmente dibattuti.

Si illustra nella Tavola che segue lo stato della programmazione sociale regionale e del recepimento organico della L. 328/2000 con una legge di riordino.

REGIONI	PIANI REGIONALI e LEGGI DI RECEPIMENTO DELLA RIFORMA	LINEE GUIDA PDZ
ABRUZZO	DGR 69-8/2002 "Piano Sociale Regionale 2002/2004"	
BASILICATA	DCR 1280/99 "Piano Regionale socio-assistenziale 2000/2002"	
CALABRIA	DGR 212/2000 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" Disegno di legge in Consiglio Regionale	
CAMPANIA		DGR 1826/2001 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali"

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

EMILIA R.	DGR 2621/2001 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali" (approvata la L. R. a marzo 2003)	DGR 329/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei piani sociali di zona 2002/2003"
FRIULI V.G.	DGR 1891/2002 "Programma per la prima attuazione della legge 328/00" DGR 2834/2002 "Relazione programmatica per il 2002 nel settore politiche soc."	
LAZIO	DCR 591/1999 "Piano socio-assistenziale 1999/2001" DGR del 29/10/2002 "Piano socio-assistenziale 2002-2004"	DCR 860/2001 (allegato) "Linee guida ai Comuni l'esercizio delle funzioni sociali"
LIGURIA	DCR 65/2001 "Piano triennale dei servizi sociali 2002/2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei piani di zona"	
LOMBARDIA	DGR VII/0462/2002 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004" LR 1/2003 per la disciplina delle IPAB	Circolare 7/2002 "Linee guida per la predisposizione e l'attuazione dei Piani di Zona"
MARCHE	DCR 306/2000 "Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002"	DGR 1670/2001 "Linee guida per l'attuazione del Piano Regionale". Contengono le linee guida per i Piani di Zona
MOLISE	Bozza I Piano Sociale	
PIEMONTE	DDL 407/2001 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali" approvato nel maggio 2002	
PUGLIA	Disegno di legge di riordino in Consiglio Regionale; LR 13/2002 "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socio-assistenziali"	
SARDEGNA	DCR 29/07/1998 "Piano socio-assistenziale per il triennio 1999/2001" LR 7/2002 (legge finanziaria): proroga del Piano al 31/12/2002 Bozza di delibera "Adeguamento della LR 4/88 e predisposizione del Piano regionale socio-assistenziale 2003-2005 alla luce delle indicazioni della L 328/00"	
SICILIA	DCR novembre 2002 "Piano regolatore sociale della Regione Siciliana"	



SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)



TOSCANA	DCR 118/2001 "Piano integrato sociale per il 2001. Agenda per l'approvazione dei piani di zona 2001" DCR 122/02 "Piano integrato sociale 2002-2004" DCR 60/2002 "Linee guida per la formazione del piano integrato sociale regionale 2002/04"	
TRENTINO A.A.		
UMBRIA	DCR 759/1999 "Piano sociale Regionale 2000/2002"	DGR 649/2000 "Indicazioni per la definizione dei piani di zona" DGR 248/2002 "Approvazione dell'atto di indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa"
VALE D'A.	LR 18/2001 "Piano Socio-sanitario regionale 2002/2004"	
VENETO	DDL 3/2002 "Testo organico per le politiche sociali" LR 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali" PDL 278/2002 "Disposizioni per la trasformazione delle IPAB"	DGR 775/2001 Termine presentazione 30/06/02 per la presentazione dei Piani di Zona

Leggi di recepimento della L. 328/2000

Non sono molte le Regioni che hanno scelto la strada del recepimento della L. 328/2000 con una nuova legge di riordino dei servizi sociali, ma anche quelle che si sono orientate in tal senso hanno nella quali generalità dei casi preferito avviare il processo di programmazione sociale regionale e locale con linee guida per procedere successivamente alla redazione più meditata ed aperta ai tempi lunghi della concertazione di una legge di riordino o addirittura ad un Testo Unico.

Procedendo nella individuazione delle differenti tipologie è possibile individuare i seguenti casi per i quali vengono riportati anche a titolo esemplificativo e non esaustivo le Regioni che hanno fatto le corrispondenti scelte:

- adozione di singoli atti legislativi o atti amministrativi, quali delibere di Giunta Regionale e direttive di settore per il recepimento di specifici aspetti proposti dalla L. 328/2000 (ad esempio il recepimento del D.M. 308/2001 sulle autorizzazioni delle strutture, delibere per l'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza, delibere per regolare il rapporto tra Terzo Settore e soggetti pubblici): è il caso di regioni come l'Abruzzo, la Campania, e tutte le Regioni che hanno dato disposizioni per l'avvio della programmazione sociale di zona con linee guida e delibere di indirizzo;
- adozione di atti legislativi per il recepimento della L. 328/2000 in modo organico: è l'orientamento di molte Regioni, che però hanno proceduto in modo diverso. Infatti stanno lavorando su una legge quadro regionale di riordino dei servizi sociali il Veneto, la Toscana, la Liguria, l'Emilia Romagna, la Campania, la Calabria, la Puglia, tra le altre. Ma mentre alcune regioni non si sono fermate in attesa della legge, bensì hanno definito con linee guida le modalità di stesura dei Piani di Zona ed hanno provveduto ad erogare le risorse (Campania, Emilia Romagna, Toscana) ai Comuni, altre regioni come la Puglia e la Calabria hanno di fatto bloccato lo sviluppo del settore dei servizi sociali, non distribuendo le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali destinate ai Comuni, se non per le parti finalizzate relative ad esempio alla L. 285/1997 oppure a specifiche iniziative sulla disabilità, fino a quando la

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

legge di settore disciplinerà i principi a cui uniformare il Piano Sociale Regionale e di conseguenza dare le linee per la stesura dei Piani di Zona. Si rammenta che l'Emilia Romagna ha concluso proprio nei primi giorni di marzo del 2003 l'iter di approvazione della legge regionale di riordino del settore dei servizi sociali;

non adozione di alcun atto specifico, se non delibere di proroga della validità di Piani Sociali Regionali preesistenti, che solo in alcuni casi sono rispondenti ai principi della L. 328/2000, se non addirittura precursori della stessa legge: sono i casi dell'Umbria, della Basilicata e della Sardegna. Nel caso della Sardegna, tuttavia è in corso di definizione anche una legge di settore, i cui ritardi, accompagnati alla non perfetta rispondenza del vecchio Piano Sociale Regionale determinano effetti di stallo nella crescita del sistema di *welfare* sardo.

Sono molte di più le Regioni che con Delibera di Consiglio Regionale hanno adottato Piani Sociali Regionali, rinunciando alla legge organica di settore o in attesa di essa: tra i nuovi Piani Sociali Regionali successivi alla L. 328/2000 vale la pena di citare la Toscana, l'Abruzzo, la Liguria, la Lombardia, la Sicilia, le linee guida assai corpose della Campania e della Emilia Romagna.

Sul fronte opposto si deve sottolineare che non hanno mai assunto un atto di programmazione sociale regionale complessivo regioni come il Molise, la Puglia e la Calabria, ma anche la Campania, che tuttavia da tre anni sta ormai lavorando con le linee guida.

La progettazione integrata dei servizi attraverso i Piani di Zona rappresenta in ogni caso un elemento centrale della legge 328. Ad oggi quasi la metà delle regioni ha previsto la realizzazione dei Piani di Zona da parte dei Comuni, anche se quasi tutti hanno erogato le risorse della prima annualità del Fondo Nazionale Politiche Sociali. In forte ritardo sono le Regioni Sicilia, Sardegna; in sette Regioni è stato completato, o quasi, l'iter di presentazione, in due Regioni si è già proceduto alla valutazione dei Piani.

Appare opportuno approfondire lo stato di attuazione della riforma del *welfare* locale rispetto ad alcune delle questioni più rilevanti poste dalla L. 328/2000.

Definizione dei criteri per i finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore

Molte Regioni hanno definito tali criteri; in alcuni casi si utilizzano le precedenti modalità di assegnazione pro capite. Alcune Regioni non hanno ancora provveduto a ripartire i fondi nazionali tra i Comuni, procedendo solo in alcuni casi all'utilizzo diretto delle risorse indistinte, mantenendo, invece, bloccate le risorse finalizzate, cioè quelle la cui spesa è vincolata per aree prioritarie di intervento. Vi sono, inoltre, alcune Regioni – come la Sardegna, il Molise, il Lazio, l'Abruzzo – che hanno proceduto a ripartire le risorse tra i Comuni, e ad erogarle, in assenza di linee guida o altri atti di programmazione regionale capaci di orientare le modalità di utilizzo delle stesse risorse da parte dei Comuni.

Pianificazione dei livelli essenziali di prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi

Le Regioni sono molto indietro; al momento solo il Lazio, con un provvedimento assai recente, ha emanato provvedimenti regolatori della materia. Ci si aspetta che il gruppo di lavoro sui LIVEAS ora costituito da Stato e Regioni sia in grado di consegnare i livelli assistenziali per la fine dell'anno. A livello locale, con i Piani di Zona, si sono talora prese in considerazione le indicazioni della legge 328 sui livelli essenziali in essa previsti rispetto, soprattutto, all'introduzione del servizio sociale professionale e del pronto intervento. Gli altri servizi indicati come essenziali, per lo più, esistono sul territorio, pur se rarefatti, e con la programmazione integrata ci si è generalmente orientati ad estenderli anche ai comuni piccoli. Alcune Regioni, come l'Abruzzo e la Basilicata si limitano con i rispettivi Piani Sociali Regionali ad individuare alcune attività e alcuni servizi da considerare essenziali, pur in assenza di standard e di altre specifiche per il dimensionamento e la distribuzione di tali servizi "essenziali" sul territorio.

Le Regioni stanno gradatamente assumendo i LEA, introdotti con normativa nazionale, per quanto riguarda i servizi sanitari e sociosanitari integrati, con non poche difficoltà nella determi-



SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

nazione dei criteri di compartecipazione finanziaria laddove si prescinde dalla necessità di avviare pratiche di programmazione realmente integrata e di rivalutazione dei casi per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni.

Inserimento delle IPAB nella rete dei servizi attraverso una loro ridefinizione giuridica

Completivamente le Regioni stentano ad adeguarsi ai principi del D.Lgs. 207/2001 che ha disciplinato la trasformazione delle IPAB in "Aziende pubbliche di servizi alla persona" o in "associazioni o fondazioni di diritto privato". La normativa nazionale offre sufficienti indirizzi per la successiva regolamentazione regionale, ma la presenza di una molteplicità di situazioni organizzative diverse, la delicatezza della materia, che coinvolge istituzioni con decenni di storia, la importanza economica del settore, hanno sino ad ora frenato le regioni nella emanazione dei provvedimenti regolativi. È da rilevare che l'impostazione della legge n. 328/2000 non è stata unanimemente accolta favorevolmente da parte delle IPAB, soprattutto per alcune ambiguità di fondo che non sono state del tutto risolte: questo pone alle regioni qualche difficoltà aggiuntiva che può spiegare i ritardi nella emanazione della normativa regionale.

Nessuna Regione ha ancora introdotto una nuova regolazione specifica in tema di riordino delle IPAB, tranne la Lombardia che ha adottato la L.R. n. 1/2003 proprio per disciplinare le IPAB; nella maggior parte dei casi sono state avviate riflessioni, e solo alcune Regioni, tra queste il Veneto e l'Emilia Romagna, hanno provveduto ad emanare un progetto di legge in via di approvazione.

In Veneto il DDL 241/2000 "Testo organico per i servizi sociali nel Veneto", ha affrontato il riordino delle IPAB rimandando a successivi provvedimenti l'attuazione concreta del nuovo ordinamento. Il PDL n. 278 "Disposizioni per la trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", segue l'impianto del dlgs 207/2001 prevedendo che le IPAB debbano obbligatoriamente assumere la qualifica giuridica di enti morali di diritto privato o di Aziende di servizi alla persona. Nella stessa direzione, affermando cioè la libertà di scelta tra le due possibili alternative si è mossa la Regione Lombardia. Diverso il modello dell'Emilia Romagna che, discostandosi da quello veneto e lombardo, prevede la facoltà di acquisizione della personalità giuridica privata solo per quelle IPAB che abbiano già una effettiva e sostanziale natura privatistica che siano cioè titolari dei requisiti di cui al D.P.C.M. 16/02/90.

A differenza del Veneto, che rimanda al D.P.R. 361/2000, la Lombardia regola anche le procedure da attuare per la trasformazione delle vecchie IPAB, prevedendo inoltre il mantenimento dell'assetto istituzionale dell'organo amministrativo per quelle istituzioni che intendono acquistare la personalità giuridica privata. La Regione Lombardia inoltre, diversamente dall'Emilia Romagna che dichiara di voler mantenere lo status quo normativo, disciplina compiutamente i soggetti competenti alla nomina dei Consigli di amministrazione delle ASP (due amministratori tra cui il Presidente nominati dalla Giunta Regionale, tre amministratori dal Comune e due dai fondatori o dai loro discendenti per le IPAB appartenenti alla seconda classe).

Si deve sottolineare la previsione esplicita, da parte della L.R. n. 13/2000 della Puglia delle IPAB quali soggetti gestori dei servizi previsti dai Piani di Zona, per conto dei Comuni, in particolare dei piccoli Comuni.

Riorganizzazione della rete di relazione con i soggetti del privato sociale

La definizione delle regole per la produzione dei servizi sociali si articola secondo tre principali direttive: la regolamentazione della produzione dei servizi da parte degli enti pubblici; la regolazione delle relazioni tra enti pubblici acquirenti e privato sociale erogatore; la definizione delle regole per la produzione di servizi sociali da parte di soggetti privati.

Le Regioni avrebbero dovuto regolamentare le relazioni contrattuali tra ente pubblico e soggetti *no profit* ma, con l'eccezione della regione Campania, non l'hanno fatto. Le norme di riferimento sono generalmente precedenti alla legge 328 e sono piuttosto generiche. La valorizzazione del volontariato non ha trovato ancora una regolamentazione da parte delle Regioni, che, peraltro, potrebbe trovare una prospettiva positiva nella introduzione dei criteri e delle procedure per l'accredimento dei soggetti del Terzo Settore, impegnati nella erogazione di servizi così come nella gestione di strutture sociali.



SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

Con il passaggio dalla produzione diretta dei servizi da parte dell'Ente locale al governo complessivo di un sistema di offerta che comprende una molteplicità di soggetti erogatori, del resto, l'Ente locale deve poter contare su un'ampia gamma di soluzioni organizzative tra loro collegate ed integrate; questo significa poter contare su un sistema di regole certo e coerente predisposto a livello regionale. La difficoltà più grande, tuttavia, è definire a livello regionale il tipo di *welfare* che si intende promuovere, poiché da questa scelta di fondo deriveranno tutte le logiche organizzative e gestionali che legge 328 rimanda alle Regioni. Puntare sulla privatizzazione dei servizi, sulla compressione dei loro costi, comporta logiche di intervento diverse rispetto al puntare sul controllo pubblico in materia sociale, e questo sia che si affronti il tema dell'accreditamento sia che si definisca la forma giuridica delle IPAB. Non stupisce, in questo senso, il ritardo delle regioni in materia di governo dei servizi.



623

Autorizzazione al funzionamento

La legge 328 parla di definizione dei requisiti minimi per la autorizzazione al funzionamento: in molte Regioni questo istituto è ormai ampiamente consolidato, in altre ancora non esiste e non è prevista la sua introduzione.

Il D.M. 308/2001 relativo all'autorizzazione di strutture residenziali e semi-residenziali non ha dato luogo nella maggior parte delle Regioni ad alcun atto normativo e programmatico specifico. Va comunque sottolineato come in alcuni contesti siano in corso, ed in certi casi in fase avanzata, i lavori di tavoli e commissioni volti a realizzare una regolazione in tal senso. In particolare sono due le Regioni, Abruzzo e Liguria, che hanno già avviato e realizzato disposizioni in merito a questa tematica, mentre alcune altre si sono attivate tramite gruppi di lavoro per normare la tematica delle autorizzazioni secondo le indicazioni fornite dal D.M. 308/2001, fra cui la Campania, il Lazio, le Marche, l'Umbria, il Veneto e la Provincia di Bolzano. Nelle restanti regioni non si sono avute né normative specifiche né sono stati approntati tavoli su tale tematica.

Definizione dei requisiti minimi di qualità dei servizi

Le Regioni non hanno definito tali requisiti dei servizi.

In Toscana il PISR 2001 ha visto la conclusione della prima sperimentazione relativa alla Carta per la Cittadinanza sociale che ha portato le tre zone coinvolte (Mugello, Alta Val di Cecina, Livornese) alla costruzione ognuna di una propria carta.

Il percorso metodologico della sperimentazione si è sviluppato e definito in quattro fasi operative:

1. il Patto per la Cittadinanza sociale: fase in cui sono stati individuati e condivisi i principi di riferimento e la strategia per la realizzazione del *welfare* locale;
2. il Profilo della Comunità: fase in cui si è delineata la mappa delle opportunità sociali disponibili adottando il punto di vista di coloro che sono potenziali utilizzatori di tali opportunità;
3. la Tutela e la Partecipazione: fase in cui si sono cercati i percorsi adeguati al raggiungimento della qualità dei servizi e capaci di garantire l'esigibilità dei diritti. Percorsi che hanno permesso allo stesso tempo la partecipazione dei soggetti della comunità alla progettazione e alla valutazione del sistema di servizi
4. la Carta per la Cittadinanza: fase conclusiva del progetto sperimentale nella quale è stata prevista l'adozione della carta, la sua condivisione e comunicazione e la predisposizione di programmi e di strumenti per l'aggiornamento.

Attualmente altre dodici zone sociosanitarie stanno concludendo il percorso progettuale che porterà alla costruzione della Carta.

Il PISR 2002-2004 si pone l'obiettivo di proseguire la diffusione delle metodologie e delle esperienze della "Carta per la Cittadinanza Sociale" in tutte le zone socio-sanitarie nell'arco del triennio, attraverso un sistematico coinvolgimento degli operatori degli Enti locali, dei soggetti del Terzo settore, delle parti sociali.

Anche la Regione Abruzzo ha avviato un programma di informazione sociale che prevede l'attuazione di alcune forme specifiche di comunicazione e la realizzazione di un modello di Car-

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)



624

ta per la cittadinanza che è stato sperimentato in quattro ambiti pilota e che verrà a breve reso disponibile anche per tutti gli altri ambiti.

Se Toscana e Abruzzo hanno già avviato la sperimentazione della Carta dei Servizi, altri Piani regionali ne sottolineano l'importanza.

Il Piano Socio-Sanitario della Lombardia, nell'ottica di consolidare la rete URP e UPT e di promuovere la Carta dei Servizi, sottolinea come l'informazione e la comunicazione rappresentino una risorsa strategica decisiva nel processo di erogazione dei servizi sociosanitari a condizione che vengano coinvolti, ai diversi livelli di elaborazione, tutti gli attori impegnati nei servizi, riconoscendo loro una duplice funzione sociale in quanto "sensori" privilegiati di bisogni e "produttori" solidali di risorse.

Così il Piano Sociale della Liguria, che dopo aver sottolineato come "il processo di costruzione delle carte dei servizi è di particolare rilevanza, in quanto costituisce una preziosa occasione di coinvolgimento degli operatori dei servizi, della società civile e degli organismi rappresentativi della stessa", ritiene opportuna l'adozione di una carta intercomunale per le associazioni di distretto o comunque una "carta dei servizi sociali di zona".

Infine, il Piano della Sicilia dà notevole importanza al processo di costruzione delle carte dei servizi sociali in quanto costituisce non solo una opportunità per il coinvolgimento della collettività, ma un'occasione di verifica all'interno delle amministrazioni, dello stato dei servizi sociali e delle possibilità di miglioramento.

Definizione dei criteri per la concessione dei titoli all'acquisto dei servizi

I titoli all'acquisto dei servizi hanno rappresentato un elemento notevolmente dibattuto in occasione della definizione dei Piani di Zona. Le Regioni non utilizzano tutte la stessa terminologia per indicare questi diversi strumenti: voucher, buoni servizio, assegni di cura. Ciò accresce le difficoltà quando si debbano interpretare e confrontare le diverse scelte regionali che, di fatto, offrono chiavi di lettura diverse rispetto al modo di essere il soggetto pubblico anche "regolatore del mercato amministrato dei servizi", in cui il cittadino/utente non può essere lasciato solo nella valutazione dei propri bisogni né nella individuazione della risposta più adeguata all'interno del sistema di offerta. L'orientamento condiviso è, di fatto, l'utilizzo di questi strumenti per aumentare l'autonomia di scelta dell'utente e allo stesso tempo conseguire una diminuzione della spesa sociale. Questo spiega come sia prevalente il ricorso alle provvidenze economiche erogate alle famiglie che trovano una risposta al loro interno al bisogno di assistenza, mentre i titoli per l'acquisto di servizi professionalizzati hanno incontrato un favore più dottrinario che pratico. La Lombardia e la Liguria sono più avanti in questo processo di cambiamento; esistono alcune sperimentazioni, anche importanti, ma nel complesso del paese i titoli all'acquisto di servizi sono più dibattuti che utilizzati.

Ulteriore indirizzo condiviso nelle diverse Regioni è l'introduzione di un sistema di tariffazione per le prestazioni sociali riferito alla situazione economica delle famiglie: in questo senso è molto vivo, negli Enti locali, il dibattito sull'utilizzo dell'ISEE nei servizi sociali. L'idea introdotta dalla legge n. 328/2000 per cui l'assistenza non deve essere considerata come una serie di servizi destinati solo a fasce marginali della popolazione, ma come una serie di aiuti dedicati a tutte le famiglie che ne sentano il bisogno, ha comportato un deciso orientamento, soprattutto nei Piani sociali regionali, verso l'estensione della possibilità di accesso ai servizi anche ad utenti in grado di partecipare al costo delle prestazioni.

Integrazione socio-sanitaria

In tema di integrazione sociosanitaria le Regioni si sono sempre mosse con obiettivi e modalità diversificate, anche in relazione ai rapporti tra i due Assessorati competenti, oltre che in relazione alla entità dei disavanzi determinati dalla spesa sanitaria, modalità che tuttora permangono e seguono anche le evoluzioni in atto, con particolari accentuazioni. Ci soffermiamo sui due casi che presentano situazioni polarizzate, quello toscano e quello lombardo.

Interessante è il caso della Toscana dove il Piano sanitario regionale 2002-2004 introduce la sperimentazione della c.d. "società della salute", un'istituzione alla quale partecipano sia i Comu-

ni che l'Azienda Usl, nella finalità di ricoinvolgere anche il Comune nella gestione dei servizi sanitari. Il Comune non assume solo funzioni di programmazione e controllo, ma "compartecipa" ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e diviene, a tutti gli effetti, "cogestore" dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

Rispetto all'assetto istituzionale, al governo della Società della Salute partecipano quindi i diversi attori del sistema territoriale, in primo luogo ASL e Comune (la rappresentanza comunale è composta da Sindaci o loro delegati).

Altri attori del sistema sociosanitario territoriale (volontariato, terzo settore, IPAB) possono essere chiamati a partecipare alle Società della Salute, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo della sperimentazione. Possono inoltre collaborare, tramite rapporti convenzionali, produttori privati presenti nell'ambito di competenza.

Le Società della Salute definiscono i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi fra le Aziende unità sanitarie locali ed i Comuni a livello di zona-distretto, con il coordinamento e il controllo direzionale della Regione; gli accordi sono bilaterali, pur rispettando regole comuni stabilite dalla Regione.

L'organo di governo della Società della Salute nomina, con modalità da definire nell'ambito delle linee di indirizzo, un direttore tecnico che, nell'arco del mandato, assume il ruolo di *manager* della Società della Salute e di responsabile della zona-distretto, con autonomia e responsabilità gestionale. Egli si può avvalere di un organismo di direzione.

Le Società della Salute sono finanziate dalle Aziende unità sanitarie locali con la parte della quota capitaria del fondo sanitario, corrispondente ai servizi definiti nel loro contratto di erogazione, e dai Comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali che si impegnano ad erogare. Finanziamenti da eventuali "sponsor" privati possono esser acquisiti, purché non si producano conflitti di interesse.

Molti aspetti tuttavia risultano ancora poco chiari per la realizzazione delle Società della Salute, ivi compresi i rapporti con le preesistenti Segreterie Tecniche zonali, i rapporti tra soggetti pubblici e privati, il rischio di depauperare le ASL della gestione della sanità territoriale così come il rischio di vedere il peso delle attività sociali schiacciato dal peso delle attività sociosanitarie, laddove non si realizzi una programmazione realmente integrata e partecipata.

Diversa l'impostazione istituzionale dell'integrazione sociosanitaria della Regione Lombardia: il Piano lombardo, oltre ad essere l'unico propriamente sociosanitario, scbbene intervenga in maniera più incisiva sui servizi sociosanitari rispetto a quelli sociali, ha infatti una sua originalità nell'impostazione e nei contenuti in tema di *governance*.

Nell'ottica della progressiva devoluzione di competenze dallo Stato alle Regioni in materia sanitaria e sociale, il Piano sottolinea in primo luogo che il ruolo della Regione dovrà sempre più essere quello di regolatore del sistema e sempre meno quello di gestore e di proprietario della rete delle strutture ospedaliere pubbliche.

In quest'ottica anche le ASL dovranno assumere pienamente il ruolo di soggetti pubblici di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni, esternalizzando la gestione delle attività sociosanitarie, sviluppando un ruolo di garanti del cittadino.

Il ruolo della ASL dovrà consentire non solo un coinvolgimento nella programmazione delle attività e dei servizi degli Enti Locali, ma anche una loro più continua e diretta partecipazione alle decisioni in merito alle risposte ai bisogni espressi dalle comunità locali e da un loro possibile coinvolgimento nell'azienda accompagnato da una corrispondente responsabilizzazione economica.

In realtà il Piano lombardo sembra ridurre il ruolo del Comune nella programmazione sociale e sociosanitaria, i cui contenuti a livello distrettuale dovrebbero essere definiti e approvati "di intesa" tra ASL e Comuni dell'Ambito.

Il Piano fa infatti riferimento alle due reti che costituiscono il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali "auspicato per l'intero paese dalla legge quadro nazionale" individuando in quella dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria di competenza delle ASL e in quella dei servizi sociali di completa ed esclusiva competenza progettuale e gestionale dei Comuni, la cui espressione è il Piano di zona.

È sull'integrazione tra le due reti di servizi sociali e dei servizi ad elevata integrazione che "si gioca buona parte del rapporto tra regione ed Enti locali", rinviando il compito a successivi atti che la Regione ha in parte emanato, a partire dalla delibera regionale di riparto delle risorse

SERVIZI ALLA PERSONA (WELFARE LOCALE)

indistinte che ha individuato l'ASL quale soggetto cui affluiscono tali risorse per essere poi trasmesse ai Comuni associati una volta formalizzato l'accordo di programma.

Il ruolo delle ASL emerge in modo ancora più chiaro nella circolare 7 del 29/04/2002 che specifica la procedura per il raggiungimento dell'"intesa" tra ambito distrettuale e ASL in merito al Piano di Zona. Esso, dopo essere stato elaborato dall'ambito, va infatti presentato dai Comuni all'ASL che manifesta l'intesa con atto deliberativo, a seguito del quale viene sottoscritto e approvato l'accordo di programma ed erogati i finanziamenti all'organismo di gestione. L'ASL effettua inoltre la verifica e il monitoraggio dell'attuazione dei Piani di Zona.

Infine la circolare regionale 7/2002 pone ai Comuni vincoli in merito all'utilizzo delle risorse che verranno ad essi trasferite, definendo precise modalità di finalizzazione del fondo (fino al 70% delle risorse disponibili utilizzate per distribuire buoni e voucher ai cittadini portatori di bisogni sociali e sociosanitari).

La Regione quindi affida all'ASL compiti che vengono a caratterizzare il rapporto di queste con i Comuni non in termini di *partnership* ma di sovraordinazione: accettazione, monitoraggio, controllo dei Piani di Zona.



626