



appendice normativa a

**IL DIZIONARIO PER IL LAVORO DI CURA  
*LE PAROLE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO***

**Elementi di normativa socio sanitaria utili all'azione  
professionale dell'oss**

a cura di Giovanni Garena

sociologo, formatore, professore a contratto Università del Piemonte Orientale e IUSTO (Istituto Universitario Salesiano di Torino)

# DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

## CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 22 febbraio 2001.

**Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.**

## LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Visto l'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede che Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possano concludere in questa Conferenza accordi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto l'art. 3-octies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, che dispone che, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata, di cui all'art. 8 del richiamato decreto legislativo n. 281 del 1997, i profili professionali dell'area socio-sanitaria;

Visto il comma 5 del richiamato art. 3-octies che prevede che le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, siano individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita questa Conferenza e siano definiti i relativi ordinamenti didattici;

Visto il decreto del 18 febbraio 2000 del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale con il quale, in conformità ai criteri stabiliti dalla Conferenza unificata (rep. atti n. ....), è stata individuata la figura, il profilo professionale e l'ordinamento didattico dei corsi di formazione dell'operatore socio-sanitario;

Considerato che la Corte dei conti, con ordinanza n. 3/2000, nella adunanza del 21 settembre 2000, ha deliberato di sospendere ogni pronuncia e di rimettere gli atti alla Corte costituzionale, ritenuta la non manifesta infondatezza e la rilevanza, ai fini del decidere, di questioni di legittimità costituzionale in relazione all'art. 3-octies, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

Vista la proposta di accordo trasmessa con nota del 15 febbraio 2001 dal Ministero della sanità che, in pari data, è stata inviata alle regioni e province autonome, con il quale si propone in attesa della decisione della Corte costituzionale, che la figura dell'operatore socio-sanitario e il relativo ordinamento siano individuati tramite un accordo tra i Ministri della sanità e della solidarietà sociale e le regioni e province autonome;

Vista la nota del 15 febbraio con la quale la regione Veneto, a nome del coordinamento tecnico interregionale dell'area sanità e servizi sociali, ha avanzato alcune richieste di emendamento alla proposta di accordo, precisando che in caso di accoglimento delle stesse, da parte delle regioni, si intendeva reso il parere a livello tecnico;

Vista la nota del 16 febbraio 2001 con la quale il Ministero della sanità, a cui sono state inoltrate le suddette richieste emendative avanzate dalle regioni, ha comunicato di non avere rilievi da formulare in merito;

Acquisito l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce

il seguente accordo, nei termini sottoindicati tra il Ministro per la sanità, il Ministro per la solidarietà sociale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

Ritenuto non più differibile la istituzione di una specifica figura di operatore socio-sanitario che svolga attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario, ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente;

Considerata la conseguente necessità di attivare immediatamente i relativi corsi di formazione;

Ritenuto che, in attesa della decisione della Corte costituzionale, la disciplina sulla figura di detto operatore e sul relativo ordinamento possa essere adottata tramite un accordo fra i Ministri della sanità e della solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Ritenuto, in attesa della decisione della Corte costituzionale sulle questioni di legittimità costituzionale sollevate dalla Corte dei conti con ordinanza n. 3/2000 in merito al decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della solidarietà sociale 18 febbraio 2000, concernente la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e la definizione dell'ordinamento didattico, necessario ed urgente attivare i corsi di formazione di operatore socio-sanitario, restando impregiudicate le ulteriori autonome determinazioni delle amministrazioni interessate a seguito ed in conformità della sentenza della Corte costituzionale;

Convengono quanto segue:

in attesa della decisione della Corte costituzionale sulla legittimità costituzionale dell'art. 3-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, e con salvezza delle ulteriori autonome determinazioni dello Stato e delle regioni a seguito ed in conformità alla sentenza della Corte costituzionale, la figura, il profilo professionale ed il relativo

ordinamento didattico dell'operatore socio-sanitario sono, provvisoriamente, disciplinati in conformità ai contenuti degli articoli da 1 a 13 del decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, 18 febbraio 2000, e relativi allegati, con la precisazione che il contenuto dell'art. 12 va modificato al comma 3 e comma 4, nel testo che qui di seguito si riproduce:

Art. 1.

*Figura e profilo*

1. E' individuata la figura dell'operatore socio-sanitario.
2. L'operatore socio-sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:
  - a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
  - b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

Art. 2.

*La formazione*

1. La formazione dell'operatore socio-sanitario è di competenza delle regioni e province autonome, che provvedono alla organizzazione dei corsi e delle relative attività didattiche, nel rispetto delle disposizioni del presente decreto.
2. Le regioni e le province autonome, sulla base del proprio fabbisogno annualmente determinato, accreditano le aziende UU.SS.LL. e ospedaliere e le istituzioni pubbliche e private, che rispondono ai requisiti minimi specificati dal Ministero della sanità e dal dipartimento degli affari sociali con apposite linee guida, alla effettuazione dei corsi di formazione.

Art. 3.

*Contesti operativi*

1. L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

Art. 4.

*Contesto relazionale*

1. L'operatore socio-sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Art. 5.

*Attività*

1. Le attività dell'operatore socio-sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:
  - a) assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
  - b) intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
  - c) supporto gestionale, organizzativo e formativo.
2. Le attività di cui al comma 1 sono riassunte nell'allegata tabella A che forma parte integrante del presente decreto.

Art. 6.

*Competenze*

1. Le competenze dell'operatore di assistenza sono contenute nell'allegata tabella B che forma parte integrante del presente decreto.

Art. 7.

*Requisiti di accesso*

1. Per l'accesso ai corsi di formazione dell'operatore socio-sanitario è richiesto il diploma di scuola dell'obbligo ed il compimento del diciassettesimo anno di età alla data di iscrizione al corso.

Art. 8.

*Organizzazione didattica*

1. La didattica è strutturata per moduli e per aree disciplinari. Ogni corso comprende i seguenti moduli didattici:
  - a) un modulo di base;
  - b) un modulo professionalizzante.
2. I corsi di formazione per operatore socio-sanitario avranno durata annuale, per un numero di ore non inferiore a 1000, articolate secondo i seguenti moduli didattici:

**modulo di base:** tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 200.  
**Motivazione-orientamento e conoscenze di base:**  
modulo professionalizzante: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 250;  
esercitazioni/stages, numero minimo di ore 100;  
tirocínio, numero minimo di ore 450.
3. Le regioni e province autonome, attesa l'ampia possibilità di utilizzo dell'operatore socio-sanitario, possono prevedere, per un più congruo inserimento nei servizi, moduli didattici riferiti a tematiche specifiche sia mirate all'utenza (ospedalizzata, anziana, portatrice di handicap, psichiatrica, con dipendenze patologiche ecc..) sia alla struttura di riferimento (residenza assistita, domicilio, casa di riposo, comunità, ecc.).

4. Oltre al corso di qualificazione di base sono previsti moduli di formazione integrativa, per un massimo di 200 ore di cui 100 di tirocinio; i moduli sono mirati a specifiche utenze e specifici contesti operativi, quali utenti anziani, portatori di handicap, utenti psichiatrici, malati terminali, contesto residenziale, ospedaliero, casa alloggio, RSA, centro diurno, domicilio, ecc.  
Modulo tematico: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 50.  
Tematiche professionali: tipo di formazione esercitazioni/stages, numero minimo di ore 50.  
Specifiche: tipo di formazione tirocinio, numero minimo di ore 100.

Art. 9.

*Moduli didattici integrativi post-base*

1. Sono previste misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale.

Art. 10.

*Materie di insegnamento*

1. Le materie di insegnamento, relative ai moduli didattici di cui all'art. 8, sono articolate nelle seguenti aree disciplinari:  
area socio culturale, istituzionale e legislativa;  
area psicologica e sociale;  
area igienico sanitaria;  
area tecnico operativa.
2. Le materie di insegnamento sono riassunte nell'allegata tabella C, che forma parte integrante del presente decreto.

Art. 11.

*Tirocinio*

1. Tutti i corsi comprendono un tirocinio guidato, presso le strutture ed i servizi nel cui ambito la figura professionale dell'operatore socio-sanitario è prevista.

Art. 12.

*Esame finale e rilascio dell'attestato*

1. La frequenza ai corsi è obbligatoria e non possono essere ammessi alle prove di valutazione finale coloro che abbiano superato il tetto massimo di assenze indicato dalla regione o provincia autonoma nel provvedimento istitutivo dei corsi, e comunque non superiore al 10% delle ore complessive.
2. Al termine del corso gli allievi sono sottoposti ad una prova teorica e ad una prova pratica da parte di una apposita commissione d'esame, la cui composizione è individuata dal citato provvedimento regionale e della quale fa parte un esperto designato dall'assessorato regionale alla sanità ed uno dall'assessorato regionale alle politiche sociali.
3. In caso di assenze superiori al 10% delle ore complessive, il corso si considera interrotto e la sua eventuale ripresa nel corso successivo avverrà secondo modalità stabilite dalla struttura didattica.
4. All'allievo che supera le prove, è rilasciato dalle regioni e provincie autonome un attestato di qualifica valido su tutto il territorio nazionale, nelle strutture, attività e servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali.

Art. 13.

*Titoli pregressi*

1. Spetta alle regioni e provincie autonome, nel contesto del proprio sistema della formazione, quantificare il credito formativo da attribuirsi a titoli e servizi pregressi, in relazione all'acquisizione dell'attestato di qualifica relativo alla figura professionale di operatore socio-sanitario, prevedendo misure compensative in tutti i casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente, per la parte sanitaria o per quella sociale, rispetto a quella prevista dal presente decreto.

Roma, 22 febbraio 2001

*Il presidente: Loiero*

-----  
ALLEGATO A

ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

- 1) Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero:  
assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;  
realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;  
collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;  
realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;  
coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;  
aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;  
cura la pulizia e l'igiene ambientale.

- 2) Intervento igienico sanitario e di carattere sociale:  
osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente;  
collabora alla attuazione degli interventi assistenziali;  
valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre;  
collabora alla attuazione di sistemi di verifica degli interventi;  
riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione e relazioni appropriati in relazione alle condizioni operative;  
mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.
- 3) Supporto gestionale, organizzativo e formativo:  
utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio;  
collabora alla verifica della qualità del servizio;  
concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;  
collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;  
collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici.

ALLEGATO B

## COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO

### COMPETENZE TECNICHE

In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro. E' in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc.). E' in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:

- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;
- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
- quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

E' in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti.

Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto è in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso;
- effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi;
- provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barellacarozzella;
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento;
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio;
- svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche;
- accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi

### COMPETENZE RELATIVE ALLE CONOSCENZE RICHIESTE

Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse.

Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati.

Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale ecc.

E' in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche.

Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente.

Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione.  
Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari.  
Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

#### COMPETENZE RELAZIONALI

Sa lavorare in equipe. Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo.  
E' in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente. Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori.  
Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale.  
E' in grado di partecipare all'accoglimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul servizio e sulle risorse.  
E' in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità.  
Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi.

ALLEGATO C

#### OBIETTIVI DI MODULO E MATERIE DI INSEGNAMENTO

Obiettivi di modulo Primo modulo (200 ore di teoria):

acquisire elementi di base utili per individuare i bisogni delle persone e le più comuni problematiche relazionali;  
distinguere i sistemi organizzativi socio-assistenziali e la rete dei servizi;  
conoscere i fondamenti dell'etica, i concetti generali che stanno alla base della sicurezza e della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, nonché i principi che regolano il rapporto di dipendenza del lavoratore (doveri, responsabilità, diritti...);  
conoscere i concetti di base dell'igiene e i criteri attraverso i quali mantenere la salubrità dell'ambiente.

Secondo modulo (250 ore di teoria, 100 esercitazioni, 450 tirocinio):

riconoscere e classificare i bisogni ed interpretare le problematiche assistenziali derivanti in relazione alle principali caratteristiche del bambino, della persona anziana, della persona con problemi psichiatrici, con handicaps, ecc. o in situazioni di pericolo;  
identificare tutti gli elementi necessari alla pianificazione dell'assistenza, collaborando con le figure professionali preposte;  
riconoscere le principali alterazioni delle funzioni vitali al fine di attivare altre competenze e/o utilizzare tecniche comuni di primo intervento;  
applicare le conoscenze acquisite per: mantenimento di un ambiente terapeutico adeguato - cura della persona - mantenimento delle capacità residue - recupero funzionale;  
conoscere ed applicare le diverse metodologie operative presenti nelle sedi di tirocinio;  
conoscere i principali aspetti psico-sociali dell'individuo e del gruppo al fine di sviluppare abilità comunicative adeguate alle diverse situazioni relazionali degli utenti e degli operatori nonché conoscere le caratteristiche, le finalità e le prestazioni di assistenza sociale allo scopo di concorrere, per quanto di competenza, al mantenimento dell'autonomia e dell'integrazione sociale dell'utente.

Modulo facoltativo: tematica professionale specifica: (50 ore teoria, 50 esercitazioni, 100 tirocinio):

approfondire le competenze acquisite con speciale riferimento ad una particolare tipologia di utenza o ad uno specifico ambiente assistenziale.

#### PRINCIPALI MATERIE DI INSEGNAMENTO AREA SOCIO CULTURALE, ISTITUZIONALE E LEGISLATIVA:

*Area socio culturale, istituzionale e legislativa:*

Elementi di legislazione nazionale e regionale a contenuto socio-assistenziale e previdenziale.

Elementi di legislazione sanitaria e organizzazione dei servizi (normativa specifica O.S.S.).

Elementi di etica e deontologia.

Elementi di diritto del lavoro e il rapporto di dipendenza.

*Area psicologica e sociale:*

Elementi di psicologia e sociologia.

Aspetti psico-relazionali ed interventi assistenziali in rapporto alle specificità dell'utenza.

Area igienico-sanitaria ed area tecnico-operativa:

Elementi di igiene.

Disposizioni generali in materia di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Igiene dell'ambiente e comfort alberghiero.

Interventi assistenziali rivolti alla persona in rapporto a particolari situazioni di vita e tipologia di utenza.

Metodologia del lavoro sociale e sanitario.

Assistenza sociale.



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME

**Repertorio Atti n. 1604 del 16 gennaio 2003**

**CONFERENZA STATO REGIONI  
SEDUTA DEL 16 GENNAIO 2003**

Oggetto: Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore socio-sanitario di cui all'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n.1.

**La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano**

**VISTO** gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**VISTO** in particolare l'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229, che definisce le prestazioni socio sanitarie e tra queste individua quelle ad alta integrazione sanitaria;

**VISTO** l'Accordo sancito il 22 febbraio 2001 (repertorio atti n 1161) in sede di Conferenza Stato – Regioni tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio – sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione;

**VISTO** il comma 8, dell'articolo 1, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2002, n.1, che conferma le disposizioni di cui al sopra esplicitato Accordo e che prevede la stessa procedura per disciplinare la formazione complementare in assistenza sanitaria, consentendo all'Operatore socio – sanitario di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

**VISTA** la proposta trasmessa dal Ministro della Salute, d'intesa con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, con nota del 2 ottobre 2002;

**TENUTO CONTO** che, a seguito delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione, per quanto concerne gli ambiti di competenza dello Stato e Regioni, il provvedimento inerisce alla materia "professioni" e, per gli aspetti sanitari, alla "tutela della salute", entrambe ricadenti nella potestà concorrente delle Regioni;

**CONSIDERATO** che il 15 ottobre 2002, in sede tecnica, sono state concordate alcune proposte di modifica al testo dell'accordo in oggetto e che, con nota del 16 ottobre 2002, il Ministero della salute ha trasmesso il testo dell'accordo nella stesura definitiva con le modifiche concordate;

**CONSIDERATO** che nel corso della seduta di questa Conferenza del 24 ottobre 2002, il rappresentante del Ministero della salute ha chiesto il rinvio dell'esame dell'accordo in oggetto per approfondimenti;

**CONSIDERATO** che il Ministero della salute, con nota del 21 novembre 2002, ha trasmesso nuovamente il testo dell'accordo, che è stato esaminato in sede tecnica il 9 dicembre 2002, i rappresentanti regionali hanno formulato alcune proposte di modifica, sulle quali i rappresentanti del Ministero della salute hanno convenuto;

**CONSIDERATO** che il Ministero della salute, con nota dell'11 dicembre 2002, ha trasmesso il testo dell'accordo in oggetto nella stesura definitiva, con il concerto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

**CONSIDERATO** che, nel corso della seduta di questa Conferenza del 19 dicembre 2002 l'esame dell'argomento in oggetto è stato rinviato;

**ACQUISITO** l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

**Sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano**

Avente ad oggetto la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore socio – sanitario al fine di consentire allo stesso di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la supervisione della stessa;

**-Punto 1 ( Formazione complementare )**

**1.1** Per far fronte alle crescenti esigenze di assistenza sanitaria nelle strutture sanitarie e socio – sanitarie, pubbliche e private, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono provvedere alla organizzazione di moduli di formazione complementare di assistenza sanitaria, per un numero di ore non inferiore a 300, di cui la metà di tirocinio, riservati agli operatori socio sanitari in possesso dell'attestato di qualifica di cui all'articolo 12 dell'Accordo intervenuto il 22 febbraio 2001 (repertorio atti n 1161) in sede di Conferenza Stato – Regioni tra il Ministro della Salute, tra il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio – sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione, o di un titolo riconosciuto equipollente ai sensi dell'articolo 13 dello stesso Accordo.



**1.2** Gli operatori socio-sanitari che hanno seguito con profitto il modulo di formazione complementare di cui al comma 1 ed hanno superato l'esame teorico-pratico finale, ricevono uno specifico attestato di "Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria" che consente all'operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali, indicate nell'allegato A), parte integrante del presente accordo, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

**Punto 2( Materie di insegnamento e tirocinio )**

**2.1** I moduli di formazione, teorica e pratica, devono essere strutturati in modo da garantire il raggiungimento delle competenze professionali per l'esercizio delle attività e dei compiti indicati nell'allegato A), che è parte integrante del presente atto. Il modulo si svolge nelle strutture di ricovero e cura e nei servizi sanitari. La direzione del modulo è affidata ad un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per le professioni sanitarie infermieristiche e per la professione sanitaria ostetrica.

Il Segretario  
f.to Carpino

Il Presidente  
f.to La Loggia

## **ALLEGATO A**

### **Elenco delle principali attività previste per l'Operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria**

L'Operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria, oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione, è in grado di eseguire:

- la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione ;
- la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;
- i bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni ;
- la rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali ( frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura ) del paziente ;
- la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico ;
- le medicazioni semplici e bendaggi ;
- i clisteri ;
- la mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee ;
- la respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno ;
- la cura e il lavaggio e preparazione del materiale per la sterilizzazione ;
- l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona ;
- la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici ;
- la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati ;
- il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici ;
- la somministrazione dei pasti e delle diete ;
- la sorveglianza delle fleboclisi , conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

## ELEMENTI DI NORMATIVA SOCIO SANITARIA

<b>SOMMARIO</b>		<b>pag</b>
<b>1. elementi generali sulle politiche sociali</b>		<b>3</b>
<b>2. vocabolario degli strumenti normativi</b>		<b>8</b>
<b>3. le fonti della legislazione sociale</b>		<b>10</b>
<b>4. la legislazione sociale, i soggetti pubblici preposti all'assistenza sociale e le relative attribuzioni: competenze dello stato, delle regioni, dei comuni</b>		<b>11</b>
<b>5. il terzo settore</b>		<b>16</b>
<b>6. il principio di sussidiarietà</b>		<b>18</b>
<b>7. strumenti del sistema integrato di interventi e servizi sociali</b>		<b>20</b>
<b>8. i passaggi essenziali di legislazione sociale</b>		<b>22</b>
8.1 = beneficenza e assistenza fino alla costituzione repubblicana		<b>22</b>
8.2 = gli anni settanta (l'avvio del decentramento amministrativo e le riforme che iniziano ad attuare la costituzione per tendere ad un sistema di "sicurezza sociale")		<b>24</b>
8.3 = gli anni ottanta: lo sviluppo del "modello territoriale" nell'intervento socio-sanitario		<b>26</b>
8.4 = gli anni novanta: la crisi dell'integrazione organica dei servizi e degli interventi nell'ambito del "modello pubblico" e la diversificazione istituzionale, con l'introduzione del "modello pluralistico"		<b>27</b>
8.5 = dall'anno 2000 ad oggi: verso il federalismo, il "sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali", piani di zona, carte dei servizi e bilancio sociale, il piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-23, il "patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"		<b>34</b>
8.6 atti specifici della regione Piemonte.		<b>76</b>
<b>9. autorizzazione - accreditamento - certificazione delle strutture pubbliche e private</b>		<b>99</b>
<b>10. normativa specifica riguardante la non autosufficienza</b>		<b>101</b>
<b>11. gli strumenti di protezione giuridica</b>		<b>103</b>
<b>12. la carta dei servizi</b>		<b>104</b>

## 1. ELEMENTI GENERALI SULLE POLITICHE SOCIALI

Le politiche sociali sono un insieme di azioni che intendono rispondere a problemi e raggiungere obiettivi di natura “sociale” che hanno a che fare con il benessere dei cittadini. Le politiche sociali, in particolare, sono rivolte al soddisfacimento di bisogni e alla copertura di rischi che riguardano o possono riguardare le persone.

Bisogno: carenza, mancanza, deficit che può essere di salute, di disponibilità di reddito, di una abitazione, della autosufficienza, di una rete familiare adeguata...

Rischio: possibilità che si materializzino situazioni sfavorevoli (perdita di lavoro, malattia, invalidità, solitudine)

Le politiche sociali, quindi, mirano alla tutela e alla promozione del benessere dei cittadini e a garantire loro migliori condizioni di vita.

Le politiche sociali realizzano la tutela e la promozione del benessere dei cittadini assicurando loro i diritti sociali.

I diritti sociali sono quella particolare categoria dei diritti che riguardano non l'esercizio della libertà o delle prerogative dei singoli (diritti civili) e neppure la possibilità di partecipare alla vita politica e all'esercizio della democrazia (diritti politici) ma attengono alla tutela del benessere delle persone e alla loro protezione dalle situazioni di rischio. I diritti sociali si sostanziano nel principio di cittadinanza sociale.

Le politiche sociali sono un ambito delle politiche pubbliche.

Che cosa significa “politiche pubbliche”. Può significare che sono poste in essere completamente da attori pubblici o istituzionali (lo stato o le sue articolazioni territoriali) ma anche che rispondono ad una esigenza generalizzata e diffusa di tutela e garanzia che interessa tutti i cittadini, di cui le istituzioni pubbliche devono farsi garanti.

Le politiche sociali, in particolare, sono rivolte al soddisfacimento di bisogni e alla copertura di rischi che riguardano o possono riguardare le persone. Queste condizioni di bisogno o rischio:

-possono essere risolte all'interno della famiglia (cura dei familiari deboli, sostegno agli anziani, mantenimento economico delle giovani generazioni)

-possono trovare risposta nel mercato (sia come luogo di acquisto di prodotti come polizze contro rischio servizi di cura, sia come sistema- il mercato del lavoro -che assicura la protezione sociale dei lavoratori)

-possono venir risolte con l'aiuto di “realità intermedie”(terzo settore).

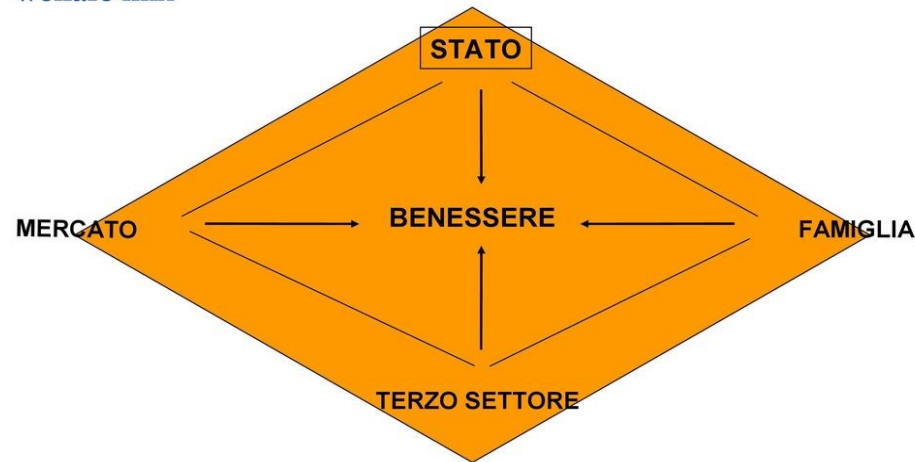
Ma lo Stato è comunque il soggetto che in ultima istanza deve farsi carico dei problemi dei propri cittadini in ragione del principio della cittadinanza sociale quando

- alle situazioni di bisogno e di rischio che le persone si trovano a incontrare nel corso della vita rispondono unicamente lo Stato si parla di welfare state

- il soddisfacimento dei bisogni e la copertura dei rischi avviene- come di solito avviene- facendo ricorso a diverse realtà sociali si parla di welfare mix.

Diamante del welfare: rappresentazione grafica della compresenza di attori che complessivamente rispondono alle esigenze di benessere dei cittadini. Il diamante del welfare rappresenta l'immagine del welfare mix (attori che si possono combinare variamente nella realizzazione del welfare)

Le risposte al bisogno: il diamante del welfare state. Le relazioni tra i vertici definiscono quello che viene definito regime di welfare o welfare mix



Come vedremo più in dettaglio nei capitoli successivi, le linee d'indirizzo dei servizi sociali nascono sia dalla Costituzione Italiana articoli 3, 32,38 che dalla stagione delle grandi riforme degli anni 70/80 che iniziavano a considerare le prestazioni assistenziali e sanitarie a carattere universale.

Con l'approvazione della Carta Costituzionale (entrata in vigore nel 1948), viene espressamente sancito il diritto dei cittadini alle prestazioni sanitarie, previdenziali ed assistenziali, secondo i principi di uguaglianza (art.3) e di solidarietà (art.2), attraverso l'intervento pubblico compensativo delle disuguaglianze sociali.

Le politiche sanitarie sono garantite dall'art. 32 della Costituzione:

Le politiche socio assistenziali fanno riferimento all'art. 38 della Costituzione:

Le politiche socio-assistenziali comprendono le norme sull'assistenza sociale, ossia gli interventi diretti a coloro che siano contemporaneamente inabili al lavoro, e in condizioni di disagio, esclusione sociale, povertà. Gli interventi possono essere continuativi o "una tantum", sono discrezionali e condizionati dall'accertamento del bisogno. Sono finanziati dallo Stato, dalla Regione, dagli EE.LL. e dagli stessi utenti, in base a fasce di reddito.

Queste politiche, secondo il dettato costituzionale, devono svilupparsi nell'ottica della sicurezza sociale o, come si dice ora, del "welfare state", o stato sociale. Dopo circa 20 anni dall'entrata in vigore della Costituzione Italiana si inizia ad attuare il principio costituzionale di uguaglianza fra i cittadini e l'obbligo della società a provvedervi, attraverso la redistribuzione del reddito pubblico e l'istituzione di servizi sociali diretti alla generalità dei cittadini. Dai servizi centralizzati e "chiusi" fondati sulla competenza statale si transita ai servizi aperti e territoriali fondati sulla centralità dei Comuni, e agli interventi basati sui bisogni anziché sulle categorie di utenti. Infatti, a partire da quegli anni si inizia a parlare di decentramento e si presta attenzione alla dimensione territoriale dei servizi al fine di garantire una maggior "vicinanza" con i cittadini.

A partire dal 1972, con la realizzazione delle Regioni, prende avvio un processo di riforme istituzionali consistenti nel decentramento delle funzioni dello Stato, che viene portato a compimento nel 1977 con il D.P.R. 616/77 che ha come fulcro principale:

- l'individuazione del Comune quale soggetto privilegiato per l'erogazione delle prestazioni: si transita dai servizi "chiusi" (ricovero in Istituto), ai servizi "aperti" (prestazioni domiciliari e territoriali); restano purtroppo ancora in capo alle Province le competenze per i minori nati fuori dal matrimonio e per i disabili sensoriali;
- l'attribuzione alla Regione dei compiti di programmazione e coordinamento degli interventi. In tale ambito si collocano: l'istituzione dei Consigli di Circostrizione come organismi di decentramento comunale (L. 278/76);
- la soppressione degli Enti Nazionali, degli Uffici Centrali e periferici dello Stato, delle IPAB (DPR 616 e 617 del 1977), ad eccezione di quelle educativo-religiose (si calcola che siano circa 50.000 gli Enti soppressi operanti nel campo dell'assistenza);
- il trasferimento delle competenze, dei beni e del personale degli Enti soppressi ai Comuni (DPR 616 e 617 del 1977), riconosciuti come unità di governo politico, gestionale ed economico e massima espressione democratica degli interessi locali dei cittadini.
- Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)\*, con la L. 833/78, che costituisce la prima grande riforma sanitaria, la quale introduce:
  - il trasferimento delle competenze sanitarie ai Comuni, attraverso la creazione delle Unità Sanitarie locali (USL), quali strutture operative dei Comuni stessi, decentrate o associate in ambiti territoriali omogenei, senza personalità giuridica, a loro volta articolate in o distretti socio-sanitari, quali articolazioni tecnico-funzionali delle USL per l'erogazione delle prestazioni di base o di primo livello;
  - il coordinamento fra servizi sanitari ed altri servizi sociali (assistenza, distretti scolastici, ecc);
  - la priorità della prevenzione rispetto alla cura; o la priorità dei servizi domiciliari e territoriali rispetto a quelli ospedalieri; o l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale, finanziato con il sistema della fiscalizzazione e non più contributivo (principio di solidarietà), collegato alla programmazione (nazionale, regionale, locale), che viene ripartito annualmente fra le Regioni, le quali a loro volta ripartiscono la loro quota alle USL;
  - la trasformazione degli ospedali da Enti autonomi in strutture dell'USL, quindi prive di personalità giuridica;
  - il metodo della programmazione, attraverso il Piano sanitario nazionale, regionale e locale;
  - il diritto alle prestazioni sanitarie: in termini globali (prevenzione, cura, riabilitazione),

Questi importanti provvedimenti rovesciano radicalmente il sistema precedente, attraverso il decentramento delle funzioni statali ed il trasferimento delle competenze in materia di sanità e assistenza alle Regioni e agli Enti locali.

Si realizza in questo modo una completa rottura con il passato, attraverso il passaggio definitivo dai servizi sociali e sanitari organizzati per categorie a quelli organizzati sui bisogni espressi dalla popolazione.

Soprattutto grande rilievo assume in questo periodo il modello gestionale scaturito dal DPR 616/77 e dalla L. 833/78, caratterizzato da:

- un sistema organizzativo locale decentrato, organico e democratico, controllabile dai cittadini e aperto alla loro partecipazione; o
- massima integrazione fra servizi sanitari e socio-assistenziali, che tiene in considerazione l'unicità della persona e quindi la presa in carico dei suoi problemi nella loro globalità, con superamento della logica degli Enti e delle "categorie di sventura";
- incentivazione alla gestione unitaria dei servizi sanitari e sociali attraverso un unico organo di governo locale (USSL), come strumento del Comune, quale esclusivo titolare delle competenze;
- centralità dei servizi territoriali di base o di primo livello (distretti), rispetto agli istituti e agli ospedali, laddove si realizza non solo l'integrazione delle prestazioni, ma anche l'integrazione degli operatori confluenti da servizi diversi (sanitari e socio-assistenziali);
- centralità della prevenzione e dell'educazione sanitaria, che trova fondamento scientifico nella dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, nel settembre 1978, laddove si stabiliva che "...la salute è uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, e non solo assenza di malattia....ed esige l'intervento di molti altri settori sociali ed economici, in aggiunta a quello sanitario"; o
- ottica programmatica degli interventi, con poteri affidati alla Regione nell'ambito dei piani regionali di sviluppo e dei piani socio-sanitari.

**L'attuale sistema di assistenza sanitaria presente nel nostro Paese è fondato sulla legge n° 833/1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale. Esso è basato sui principi dell'universalità e della solidarietà, che hanno significato per il nostro Paese una grande conquista di civiltà.**

Nello stesso periodo si inizia a parlare d'integrazione socio sanitaria. Per servizi socio-sanitari s'intende l'insieme delle prestazioni sociali e sanitarie destinate a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che necessitano di prestazioni sanitarie e protezione sociale.

Sono così definite quelle attività che individuano una partecipazione integrata di interventi ed operatori sia sanitari che socio-assistenziali, ed una compartecipazione della spesa fra **sanità e assistenza** di alcuni servizi **rivolti a persone non autosufficienti**.

La fase di acuzie e post acuzie è a totale carico della sanità . La fase di lungo assistenza è ripartita al 50% tra sanità e cittadino/comune.

Nel 2000 viene emanata la Legge 328/2000 intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che è la legge per l'assistenza, finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscano un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà.

Con la nuova disciplina dei servizi sociali introdotta dalla Legge 328 si apporta al sistema delle politiche sociali un'innovazione di grande portata, che ha suscitato consensi e polemiche.

I sostenitori della legge sottolineano il cambiamento del profilo del welfare italiano, che non è più "...soltanto previdenza e sanità, ma anche il welfare delle famiglie e della inclusione: i servizi sociali devono essere aperti a tutti includendo gli inabili e gli indigenti, attraverso un percorso che elimina l'esclusione sociale

Scopo principale della legge è, oltre, la semplice assistenza del singolo è anche il sostegno della persona all'interno del proprio nucleo familiare.

La qualità della vita, la prevenzione, la riduzione e l'eliminazione delle disabilità, il disagio personale e familiare e il diritto alle prestazioni sono gli obiettivi della Legge 328. Per la prima volta, altresì, viene istituito un fondo nazionale per le politiche e gli interventi sociali, aggregando e ampliando i finanziamenti settoriali esistenti e destinandoli alla programmazione regionale e degli enti.

La filosofia di fondo del nuovo sistema consiste nella necessità di non scindere interventi di prevenzione da quelli di riparazione

«Nella società di oggi, a differenza che nel passato, non si può più dividere la popolazione tra una maggioranza di persone 'normali' ed una minoranza di persone che versano in situazioni di difficoltà e che possono essere identificabili in precise categorie. Oggi la vita delle persone è meno lineare e prevedibile. Tutti i cittadini possono incontrare nel corso della vita alcune difficoltà, che possono anche ripetersi, e che richiedono assistenza, orientamento, sostegno» Ministro Livia Turco

Dal titolo si può osservare che si tratta di una legge quadro, pertanto la relativa applicazione è delegata all'emanazione di decreti da parte del governo, ministeri, regioni, ecc

*"...per servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".*

La legge prevede:

⌚ un **piano nazionale** triennale deliberato dal Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la solidarietà sociale d'intesa con enti ed associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali. Tale piano deve contenere le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni; le priorità di intervento sulle fasce più deboli; le modalità di integrazione tra settore sociale, sanitario, scolastico e professionale; gli indicatori di verifica dell'integrazione; gli interventi particolari verso disabili, anziani non autosufficienti e famiglie.

⌚ un **piano regionale** che entro 120 gg. dall'adozione di quello nazionale adatti gli interventi alle risorse disponibili e preveda gli strumenti per l'integrazione socio - sanitaria ed il coordinamento con il settore dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;

⌚ un **piano di zona** elaborato dai Comuni associati che costituisce lo strumento privilegiato per realizzare l'integrazione dei servizi attraverso l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e degli interventi, l'integrazione con le risorse comunitarie e la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi. La legge di riforma cerca di dare risposte ai bisogni individuando priorità, risorse, soggetti istituzionali e comunitari, strumenti di verifica e di controllo. Si crea un sistema altamente complesso che coinvolge diversi attori e si prepara ad intervenire con strumenti non più rigidi e prestazioni predefinite, bensì con strumenti di natura relazionale. L'obiettivo della legge era stato quello di adottare un assetto programmatico e gestionale flessibile ed in grado di far fronte a problematiche e bisogni sociali che si caratterizzano per la loro continua trasformazione.

Il **piano di zona** è lo strumento principale, per la programmazione locale dei servizi alla persona, previsto dalla legge per elaborare strategie comuni, pur nel rispetto delle reciproche differenze (art. 19 L. 328/00) nato per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di servizi ed interventi ed inteso come strumento di governo del sistema locale dei servizi e degli interventi territoriali. Per la costruzione e definizione del Piano di Zona non si può prescindere dalla necessità di collegamento e integrazione con altre agenzie operative sul territorio (scuole, servizi dell'ASL, associazioni, cooperative, organizzazioni sindacali, ecc...)

Il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali viene identificato nel **bisogno**. A ciascun cittadino è riconosciuto il **diritto** di esigere le prestazioni sociali di livello essenziale di cui all'art. 18 della **Legge Regione Piemonte n 1 del 2004** che applica la Legge quadro 328/2000.

Hanno diritto a fruire delle prestazioni e dei servizi i cittadini residenti, i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea ed i loro familiari, gli stranieri individuati ai sensi dell'art. 41 del T.U. 286/98, i minori stranieri non accompagnati, gli stranieri con permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale, i rifugiati e i richiedenti asilo e gli apolidi.

I soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e/o psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali e i minori (specie se in condizione di disagio familiare), accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.



## VOCABOLARIO DEGLI STRUMENTI NORMATIVI



**COSTITUZIONE delle Repubblica** = E' la legge fondamentale dello Stato. La Costituzione detta le regole ed i principi fondamentali sui quali si basa la nostra Repubblica, e cioè quei principi che devono reggere i rapporti fra cittadini e fra cittadini e lo Stato, nonché i rapporti politici ed economici. Alla Costituzione devono conformarsi tutte le altre norme previste dalle fonti di grado inferiore; se queste ultime risultano in contrasto, vengono dichiarate illegittime dalla Corte Costituzionale ed eliminate dall'ordinamento giuridico.

La costituzione Italiana, come evidente dall'immagine piramidale, è posta anche al di sopra dei regolamenti Comunitari in quanto è lei stessa a rendere attuative le disposizioni della comunità europea secondo quanto previsto dagli articoli Artt. 11, 117 e 120 Cost.. La partecipazione dell'Italia al processo di costruzione dell'Unione europea è storicamente avvenuta sulla base dell'articolo 11 della Costituzione, successivamente rafforzato a seguito della riforma costituzionale intervenuta nel 2001, dall'art. 117, primo comma, che stabilisce ora che sia la legislazione statale sia quella regionale devono svolgersi nel rispetto, tra l'altro, dei vincoli comunitari.

### Le **NORME DI PRIMO LIVELLO**

- Legge costituzionale e una Legge di revisione costituzionale. Si tratta di leggi che incidono sul testo della Carta Costituzionale e che, a differenza delle leggi ordinarie, devono essere approvate dal Parlamento con un particolare procedimento indicato all'art. 138 della stessa Costituzione
- Legge. E' un provvedimento adottato dal Parlamento, con l'approvazione sia della Camera dei Deputati sia del Senato, e promulgato dal Presidente della Repubblica.
- Legge delega. E' un provvedimento che definisce le materie e prescrive i principi a cui il Governo deve attenersi nell'emanare un determinato decreto legislativo.
- D.P.R. - Decreto del Presidente della Repubblica

- D.Lgs. - Decreto Legislativo. E' un provvedimento avente forza di Legge, adottato dal Governo con deliberazione del Consiglio dei Ministri ed emanato dal Presidente della Repubblica sulla base di una Legge di delegazione (Legge delega).
- D.L. - Decreto Legge (emanato dal Governo -temporaneo: decade dopo 60 gg se non convertito in Legge - emanato solo per questioni a carattere di urgenza). E' un provvedimento adottato dal Governo ed emanato dal Presidente della Repubblica in casi straordinari di necessità e urgenza; deve essere convertito in Legge (Legge di conversione) entro sessanta giorni.

#### **Le NORME DI SECONDO LIVELLO**

- D.M. - Decreto Ministeriale (Emanato dai Vari Ministeri)
- D.P.C.M. - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- D.C.I. - Delibera Comitato Interministeriale

I decreti ministeriali (compreso l'ormai conosciutissimo D.P.C.M.) sono atti amministrativi emanati dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Formalmente sono atti di secondo di grado, poiché nella gerarchia giuridico-istituzionale sono di rango inferiore rispetto alla legge.

**TESTO UNICO:** è una raccolta delle norme che disciplinano una determinata materia. E' approvato con decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.).

#### **Le NORME DI TERZO LIVELLO**

- Circolari (vengono emanate dagli organi amministrativi, al fine di precisare i criteri applicativi per la corretta attuazione dei principi legislativi)
- Interpretazioni
- Ordinanze

#### **ALTRI PROVVEDIMENTI NORMATIVI**

- Decreti legge d'urgenza (art 77 cost): emanati dal Governo in casi straordinari di necessità e d'urgenza; hanno valore di legge, ma devono essere convertiti in legge dal Parlamento entro 60 gg dalla loro pubblicazione;
- Decreti legislativi delegati (art 76 cost): emanati dal Governo in base ad una legge delega votata in parlamento; hanno valore di legge ordinaria.
- Ricordiamo che ci sono anche:

**LE LEGGI REGIONALI:** caratterizzate dal principio della competenza: la l.3/2001 attribuisce alle Regioni competenze in tutti le materie non riservate alla legislazione dello Stato. Sono provvedimenti approvati dal Consiglio regionale e promulgati dal Presidente della Regione

**I REGOLAMENTI:** sono provvedimenti di carattere normativo che disciplinano specifiche materie nei limiti stabiliti dalla Legge. Il regolamento governativo è approvato con decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.). Il regolamento ministeriale è approvato dal competente Ministro, con Decreto Ministeriale (D.M.).

**GLI USI NORMATIVI:** definiti anche consuetudine che nasce da un comportamento sociale ripetuto nel tempo sino a che è sentito come obbligatorio e giuridicamente vincolante per tutti.

### 3 LE FONTI DELLA LEGISLAZIONE SOCIALE

LA LEGISLAZIONE SOCIALE prevede NORME di tipo

1. preventivo: tendono ad evitare il verificarsi di eventi dannosi per i lavoratori. In specifico: disposizioni relative alla formazione, allo svolgimento e all'estinzione del rapporto di lavoro; norme sull'igiene e la sicurezza dell'ambiente di lavoro
2. socioassistenziale: garantiscono al lavoratore alcune prestazioni indipendentemente dal verificarsi di eventi dannosi per tutelare, dunque, i suoi bisogni attuali e generali
3. socioprevidenziale: realizzano la tutela del lavoratore nel caso in cui, malgrado le norme preventive, si verifichino eventi dannosi.

LE FONTI DELLA LEGISLAZIONE SOCIALE

1. statuali: la Costituzione che, oltre ai principi generali, dedica al lavoro e alla legislazione sociale l'intero Titolo III della Parte I; le leggi ordinarie, e gli altri atti con forza di legge, ex artt. 76 e 77 Cost., quali i decreti legislativi e i decreti legge, i regolamenti di attuazione o esecuzione degli atti suddetti, emanati dal Governo, o dai Ministri con proprio decreto, o da altre Autorità ove previsto
2. regionali: la competenza delle Regioni ordinarie, nel corso degli anni, è andata lentamente ad ampliarsi.
3. contrattuali: concorrono a determinarne la concreta regolamentazione delle condizioni di lavoro
4. internazionali e sovranazionali: trattati internazionali (considerati fonti indirette in quanto devono essere ratificati con legge dello Stato per entrare a far parte dell'ordinamento giuridico italiano ed essere quindi efficaci e vincolanti). Tra i più importanti:
  - la Carta internazionale del lavoro (Versailles, 1919) aggiornata dalla Dichiarazione di Filadelfia del 1944;
  - la Carta sociale europea da parte dei paesi membri del Consiglio d'Europa con i criteri minimi applicativi nel Codice europeo di sicurezza sociale (Torino, 1964);
  - convenzioni dell'OIL (Organizzazione internazionale del lavoro);
  - Trattato di Lisbona (2007)

## 4 LA LEGISLAZIONE SOCIALE, I SOGGETTI PUBBLICI PREPOSTI ALL'ASSISTENZA SOCIALE E LE RELATIVE ATTRIBUZIONI: COMPETENZE DELLO STATO, DELLE REGIONI, DEI COMUNI

Il quadro generale di riferimento è da ricondurre ai segg articoli della Costituzione (come modificati dalla Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione")

**Art. 114** = La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione. Roma è la capitale della Repubblica. La legge dello Stato disciplina il suo ordinamento.

**Art. 117** La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

- a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;
- b) immigrazione;
- c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
- d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
- e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;
- f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
- g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
- h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
- i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
- l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
- m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- n) norme generali sull'istruzione;
- o) previdenza sociale;
- p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;
- q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;
- r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;
- s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema

tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni. Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.

**Art. 118** = Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze. La legge statale disciplina forme di coordinamento fra Stato e Regioni nelle materie di cui alle lettere b) e h) del secondo comma dell'articolo 117, e disciplina inoltre forme di intesa e coordinamento nella materia della tutela dei beni culturali.

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

### **Competenze dello Stato in ambito di politica sociale**

Determina i principi e gli obiettivi della politica sociale e i criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale (artt. 129 D.Lgs. 112/ 1998 e L. 328/2000).

Inoltre, lo Stato definisce i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali (art. 117 Cost.), a garanzia della solidarietà e unità nazionale; in tal senso, è compito dello Stato determinare gli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita.

Allo Stato sono attribuite le seguenti funzioni (art.129 D.Lgs.112/1998 e artt. 9 L. 328/2000):

- determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale e dei criteri generali per la programmazione degli interventi di integrazione sociale e per la ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- determinazione degli standard dei servizi sociali essenziali per adeguati livelli delle condizioni di vita;
- compiti di assistenza tecnica, su richiesta dagli enti locali e territoriali, nonché compiti di raccordo in materia di informazione e circolazione dei dati concernenti le politiche sociali;
- rapporti con gli organismi internazionali e dell'Unione Europea operanti nei settori delle politiche sociali;
- fissazione dei requisiti dei profili professionali degli operatori sociali e, più in generale degli standard organizzativi dei soggetti pubblici e privati e degli altri organismi che operano nell'ambito delle attività sociali;

- riconoscimento dello status di rifugiato e gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi, degli stranieri richiedenti asilo e dei rifugiati;
- interventi in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e le misure di protezione degli appartenenti alle Forze armate e di polizia o a Corpi militarmente organizzati e loro familiari;
- revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile
- individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della Giustizia, all'interno del settore penale;
- fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e previsione di requisiti specifici per le Comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;
- determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;
- esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle Regioni;
- ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali
- intervento in favore di determinati Comuni, Province, Città-Metropolitane e Regioni per promuoverne «lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale» e «per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona». A tal fine è istituito uno speciale fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale (e quindi di autofinanziamento) cui possono anche essere destinate risorse aggiuntive;
- sostituzione agli organi delle Regioni, delle Città Metropolitane, delle Province e dei Comuni, quando ciò sia necessario per garantire il livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, fermo restando che tale potere sostitutivo deve essere esercitato nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione
- svolgimento dell'attività di coordinamento e di applicazione della normativa relativa alle prestazioni assistenziali erogate dagli enti previdenziali, con particolare riferimento alla pensione ed all'assegno sociale e trattamenti di invalidità
- gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali, del Fondo nazionale per le non autosufficienza, del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e degli altri fondi di finanziamento delle politiche sociali
- svolgimento delle attività di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse trasferite
- determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e dei connessi costi e fabbisogni standard nell'area delle politiche sociali
- promozione delle politiche di contrasto alla povertà, alla esclusione sociale ed alla grave emarginazione. Svolgimento di attività di indirizzo e vigilanza, d'intesa con il MEF, in ordine all'attuazione del programma «carta acquisti» e attuazione del programma «Promozione dell'inclusione sociale» ,
- coordinamento dei programmi nazionali finanziati dal Fondo sociale europeo in materia di inclusione sociale e dal Fondo di aiuti europei agli indigenti
- assistenza tecnica in materia di fondi strutturali per progetti relativi allo sviluppo di servizi sociali alla persona e alla Comunità
- cura dell'attuazione della disciplina in materia di indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)
- svolgimento dell'attività di indirizzo, di coordinamento e di iniziative integrate per l'inserimento ed il reinserimento nel lavoro e l'inclusione attiva delle persone con disabilità e delle persone con bisogni complessi e cura dell'attuazione della L. 68/1999, recante norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità
- promozione e monitoraggio delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza nonché per la tutela dei minori e per il contrasto al lavoro minorile, della promozione delle azioni di prevenzione e quelle alternative all'istituzionalizzazione dei minori ed allo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- promozione e monitoraggio delle politiche in favore delle persone non autosufficienti e coordinamento delle politiche per l'inclusione sociale, la tutela e la promozione dei diritti e delle opportunità delle persone con disabilità
- cura dell'attuazione del Casellario dell'assistenza e della definizione dei flussi informativi del Sistema informativo dei servizi sociali
- monitoraggio della spesa sociale e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle politiche sociali
- svolgimento di attività di studio, ricerca e indagine in materia di politiche sociali

- cura delle relazioni con organismi internazionali per le materie di propria competenza

### **Competenze delle Regioni in ambito di politica sociale**

La L. Cost. 3/2001, pur confermando l'impianto ispiratore della L. 328/ 2000 affidando allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), ha attribuito, in via esclusiva, alle Regioni la competenza legislativa in materia di politiche sociali.

In campo socio-assistenziale, le Regioni hanno una competenza generale, essendo ad esse attribuite le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, nonché di verifica della loro attuazione a livello locale e di integrazione degli interventi stessi.

Le Regioni, inoltre, disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti relativamente alle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici per la tutela degli interessi degli utenti stessi.

Alle Regioni spetta, in particolare, l'esercizio delle seguenti funzioni (art. 8 L. 328/2000):

- determinazione, tramite forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;
- promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;
- promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;
- definizione dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o privata e istituzione di registri dei soggetti autorizzati;
- definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;
- definizione dei criteri per la concessione dei titoli per l'acquisto dei servizi sociali da parte dei Comuni;
- definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni;
- predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
- esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti degli enti locali inadempienti;
- ripartire le risorse assegnate dallo Stato e di finanziare con autonomi stanziamenti, a carico del proprio bilancio, specifici- interventi sociali.

### **Competenze dei Comuni in ambito di politica sociale**

I Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale (D.P.R. 616/1977 e D.Lgs. 112/1998). In particolare spetta ai Comuni l'esercizio delle seguenti attività (art. 6, L. 328/2000):

- programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicando delle priorità e dei "settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali;
- erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche e delle attività assistenziali;
- autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali;
- partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali;
- definizione dei parametri di valutazione delle condizioni necessarie per l'accesso alle prestazioni e ai servizi.

I Comuni provvedono a:

- promuovere risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita Comunitaria;
- coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla Regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende USL-ASL per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;
- adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia, l'efficienza e il risultato delle prestazioni;
- effettuare forme di consultazione dei soggetti interessati per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;
- garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.



## 5 IL Terzo Settore

Le organizzazioni che compongono il terzo settore si distinguono sia dal settore pubblico (primo settore), in quanto, pur erogando servizi di natura collettiva, hanno natura giuridica privata, sia dall'economia di mercato (secondo settore), per l'assenza della scopo di lucro dell'attività esercitata.

Fonti di riconoscimento da parte del sistema pubblico verso il terzo settore:

- l'istituto del 5 per mille, attraverso il quale ogni cittadino all'atto dell'annuale dichiarazione dei redditi, può destinare il 5 x mille dell'IRPEF (imposta sul reddito delle persone fisiche) per il sostentamento dell'attività svolta da una serie di soggetti operanti nel terzo settore
- il Jobs Act (L. 183/2014) interviene per valorizzare le sinergie non solo con operatori pubblici e privati, ma anche con quelli del terzo settore, attraverso lo scambio di informazioni sul profilo curriculare dei soggetti inoccupati o disoccupati. Il D.Lgs. 14-9-2015, n. 150, in attuazione del Jobs Act attribuisce all'ISFOL (Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori) la funzione di studio, ricerca, monitoraggio e valutazione in materia di terzo settore (art. 10, co. 2, lett. c).

Particolarmente importante è l'attività svolta nell'ambito del sociale dalle organizzazioni di volontariato che svolgono un'attività esclusivamente per fini di solidarietà, senza cioè fini di lucro neanche indiretto, avvalendosi in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, spontanee e gratuite dei propri aderenti (L. 266/1991-).

Operano nel terzo settore anche le organizzazioni non governative (ONG) che, in base alla L. 26-2-1987, n. 49, si identificano in una qualsiasi organizzazione che opera nel campo della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e che, a tal fine, deve ottenere il riconoscimento dell'idoneità dal Ministero degli Esteri.

Organismi che operano in tema di cooperazione:

- il Comitato interministeriale per la cooperazione allo sviluppo (CICS), con il compito di assicurare la programmazione ed il coordinamento di tutte le attività di «cooperazione pubblica allo sviluppo (CPS)», nonché la coerenza delle politiche nazionali con i fini della cooperazione allo sviluppo (art. 15 L. 125/2014);
- il Consiglio nazionale per la cooperazione allo sviluppo, composto dai principali soggetti pubblici e privati, profit e non profit, allo scopo di esprimere pareri sulle materie attinenti la cooperazione allo sviluppo ed in particolare sulla coerenza delle scelte politiche, sulle strategie, sulle linee di indirizzo, sulla programmazione, sulle forme di intervento, sulla loro efficacia, sulla valutazione (art. 16 L. 125/2014, D.M. 28-11-2014).

Partecipano spesso a progetti in ambito sociale anche le cooperative sociali che hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della Comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini (L. 381/ 1991)

Il Terzo settore è stato riordinato con L. 6 giugno 2016, n 106, *“Delega al Governo per la Riforma del Terzo Settore, dell'Impresa Sociale e per la disciplina del Servizio Civile Universale”*. La legge delega è un testo ampio che disegna una riforma complessiva di tutto ciò che è riconducibile al Terzo settore: associazionismo, volontariato, impresa sociale, cooperative sociali. Un comparto che conta al 2011 (secondo i dati Istat) 300mila organizzazioni non profit che impiegano 681mila addetti e 271mila lavoratori esterni. Si calcola che produca complessivamente 64 miliardi di fatturato pari 4,3% del Pil.

La riforma mette sostanzialmente ordine nella normativa finora vigente, semplificando e puntando su trasparenza e un sistema di controllo rafforzato. Inoltre integra la disciplina del servizio civile universale. Trattandosi di una legge delega, definisce i principi fondamentali attorno ai quali dovranno articolarsi i decreti delegati che porteranno alla creazione di una sorta di testo unico del Terzo settore. In sintesi declina:

la definizione di Terzo settore: si intende il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale che, in attuazione del principio di sussidiarietà promuovono e realizzano attività di interesse generale mediante forme di azione volontarie e gratuite o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi. Non fanno parte del Terzo settore le formazioni, le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali di categoria economica.

La legge delega istituisce:

1. il Servizio Civile Universale non obbligatorio ma per giovani tra i 18 e 24

2. i Centri di Servizio per il Volontariato. Essi possono essere promossi e gestiti da tutte le realtà del Terzo settore, con esclusione degli enti gestiti in forma societaria, ma deve comunque essere garantita la maggioranza alle associazioni di volontariato e garantito il libero ingresso nella compagine sociale di nuove associazioni (il principio della “porta aperta”) a garanzia di un necessario continuo ricambio. I centri di servizio forniranno supporto tecnico, formativo e informativo, promuoveranno e rafforzeranno la presenza e il ruolo dei volontari nei diversi enti del Terzo settore
3. il Consiglio Nazionale del Terzo Settore. Si tratta di un organismo di consultazione a livello nazionale degli enti del Terzo settore, la cui composizione dovrà, fra l'altro, valorizzare le reti associative di secondo livello e al quale non sono però indirizzate risorse umane e finanziarie
4. il Fondo per il Terzo settore, destinato alle attività di interesse generale promosse da organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione 17,3 milioni di euro nel 2016 e di 20 milioni di euro a decorrere dal 2017
5. la Fondazione Italia Sociale, ente di diritto privato con finalità pubbliche, che avrà il compito di sostenere, attrarre e organizzare iniziative filantropiche e strumenti innovativi di finanza sociale.

## 6 IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA'

Il principio di sussidiarietà comporta che se un ente inferiore è capace di svolgere bene un compito, l'ente superiore non deve intervenire, ma può eventualmente sostenerne l'azione.

L'art 118 della Costituzione prevede che "Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza....Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà."

Questo articolo sostanzialmente considera come la complessità delle società moderne è tale per cui né le amministrazioni pubbliche, né le formazioni sociali, né tantomeno i singoli cittadini possono pensare di risolverne da soli i problemi. LA SUSSIDIARIETA' prevede circolarità continua. Le forze sociali integrano, in piena autonomia, la politica delle istituzioni sul piano attuativo e, attraverso la concertazione, partecipano alla definizione dell'azione programmatica. Così ciascun intervento diviene così sussidiario all'altro.

Il principio di sussidiarietà si sviluppa in due sensi: verticale e orizzontale.

In senso verticale, in quanto le competenze per lo svolgimento di determinate azioni sono attribuite ai livelli più vicini ai cittadini; livelli che sono quindi più consapevoli dei bisogni della cittadinanza.

In senso orizzontale si fonda sul principio che Stato, Regioni, Città Metropolitane, Province e Comuni devono favorire l'iniziativa dei cittadini, singoli o riuniti in associazioni; il cittadino collabora con le istituzioni per la definizione degli interventi di tipo collettivo/sociale. Le istituzioni pubbliche possono intervenire inoltre con incentivi economici e detrazioni fiscali.

Il principio di sussidiarietà può quindi essere visto sotto un duplice aspetto:

= in senso verticale: la ripartizione gerarchica delle competenze deve essere spostata verso gli enti più vicini al cittadino e, quindi, più vicini ai bisogni del territorio;

= in senso orizzontale: il cittadino, sia come singolo sia attraverso i corpi intermedi, deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidano sulle realtà sociali a lui più vicine.

La crescente richiesta di partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle azioni che riguardano la cura di interessi aventi rilevanza sociale, presenti nella nostra realtà come in quella di molti altri paesi europei, ha dunque oggi la sua legittimazione nella nostra legge fondamentale. Quest'ultima prevede, dopo la riforma del Titolo V, anche il dovere da parte delle amministrazioni pubbliche di favorire tale partecipazione nella consapevolezza delle conseguenze positive che ne possono derivare per le persone e per la collettività in termini di benessere spirituale e materiale.

In effetti l'applicazione di questo principio ha un elevato potenziale di modernizzazione delle amministrazioni pubbliche in quanto la partecipazione attiva dei cittadini alla vita collettiva può concorrere a migliorare la capacità delle istituzioni di dare risposte più efficaci ai bisogni delle persone e alle soddisfazioni dei diritti sociali che la Costituzione ci riconosce e garantisce.

Da un lato alcune amministrazioni pubbliche hanno già intrapreso iniziative volte a favorire la sussidiarietà orizzontale e dall'altro la società civile si è mossa nella stessa direzione con azioni concrete sostenute peraltro da una parallela attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, di ricerca e di documentazione e, più in generale, di approfondimento scientifico del fenomeno.

I cittadini attivi, applicando il principio di sussidiarietà (art. 118 ultimo comma della Costituzione), si prendono cura dei beni comuni. Entrambi, volontari e cittadini attivi, sono "disinteressati", in quanto entrambi esercitano una nuova forma di libertà, solidale e responsabile, che ha come obiettivo la realizzazione non di interessi privati, per quanto assolutamente rispettabili e legittimi, bensì dell'interesse generale.

Quando la Costituzione afferma che i poteri pubblici "favoriscono le autonome iniziative dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà", essa legittima da un lato i volontari tradizionali, che da sempre svolgono attività che si possono definire di interesse generale, e dall'altro quei soggetti che si definiscono cittadini attivi, persone responsabili e solidali che si prendono cura dei beni comuni.

I cittadini attivi, in quanto non proprietari bensì custodi dei beni comuni, esercitano nei confronti di tali beni un diritto di cura fondato non sul proprio interesse, come nel caso del diritto di proprietà, bensì sull'interesse generale. Ciò che giustifica il loro impegno è infatti solo in parte un loro interesse diretto e immediato alla produzione, cura e sviluppo dei beni comuni. C'è anche questo, certamente (e infatti questo può essere un elemento che differenzia i volontari dai cittadini attivi) ma ciò che spinge i cittadini attivi a prendersi cura dei beni comuni è la solidarietà. In sostanza, i volontari sono "disinteressati" in quanto vanno oltre i legami di sangue per prendersi cura di estranei, i cittadini attivi sono "disinteressati" in quanto vanno oltre il diritto di proprietà per prendersi cura di beni che sono di tutti. In entrambi i casi, si tratta di un'evoluzione quanto mai positiva della specie umana, che dimostra in tal modo di saper uscire dalla ristretta cerchia familiare e dall'individualismo proprietario per aprirsi al mondo.

## 7 STRUMENTI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

La programmazione degli interventi e dei servizi sociali avviene attraverso strumenti operativi, denominati Piani, da attuarsi ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale).

Il Governo deve predisporre ogni tre anni un Piano nazionale che deve indicare (art. 18 L.328/ 2000):

- le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali;
- le priorità di intervento;
- le modalità di attuazione del sistema integrato;
- i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale;
- gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani, agli anziani.

La prima esperienza applicativa della L. 328/2000 è rappresentata dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, approvato con D.P.R. 3-5-2001 e valido per il triennio 2001-2003.

La L. Cost. 3/2001, pur confermando l'impianto ispiratore della L. 328/ 2000, affidando allo Stato l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), per attenuare l'attribuzione, in via esclusiva, alle Regioni della competenza legislativa in materia di politiche sociali, tuttavia ha reso più difficile l'attuazione della L. 328/2000. In particolare, il Piano nazionale dei servizi e degli interventi sociali, allo scadere del primo triennio, nel dicembre 2003, non è stato rinnovato, né sono state adottate tutte le normative quadro previste dalla legge.

Ciascuna Regione, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale, entro 120 giorni dall'adozione di quest'ultimo, adotta il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

Con tali piani le Regioni provvedono all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro (art. 18, co. 6, L. 328/2000).

In base alle indicazioni dei Piani regionali, i Comuni associati, negli ambiti territoriali individuati dalle Regioni per la gestione unitaria del sistema, locale dei servizi sociali di rete, predispongono propri Piani, denominati «di zona» a tutela dei diritti della popolazione (art. 19, L. 328/2000).

Il Piano di zona è volto a

- favorire la formazione dei sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare la solidarietà dei cittadini, e a responsabilizzare gli stessi nella verifica dei servizi;
- definire i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune;
- prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

Il Governo stabilisce i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali e sociali e determina gli obiettivi generali ed i criteri di programmazione degli interventi di integrazione sociali.

Le risorse statali per la spesa sociale affluiscono nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali senza vincolo di destinazione

Le risorse del Fondo sono gestite autonomamente dalle Regioni in base alle esigenze della Comunità locale. Le Regioni ricorrono autofinanziamento.

Il Governo vigila sull'andamento della spesa per interventi e servizi sociali da parte delle Regioni.

Le Regioni determinano nei Piani regionali gli obiettivi da conseguire e svolgono la funzione di programmazione.

I Comuni determinano i propri obiettivi nei Piani di Zona, erogano i servizi e gestiscono le risorse finanziarie affluite dalle Regioni.

Oltre al S.I.S. (Sistema Informativo Sociale), operano sistemi informativi a livello regionale e provinciale per il monitoraggio e la diffusione dei dati concernenti i servizi sociali.

I documenti programmatici degli enti locali, Comuni, Consorzi o loro articolazioni sono disciplinati dal DECRETO LEGISLATIVO 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42. e Dlgs 126 del 2014.

Per le ASL-ASO il riferimento programmatico principale è l'ATTO AZIENDALE previsto dal DLGS 502 del 92, che ha riorganizzato il SSN istituendo le aziende sanitarie locali, articolo 3 comma 1 bis - come modificato nel 1999 dal Dlgs 229.

La programmazione negli enti locali fa riferimento al DECRETO LEGISLATIVO 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42. e Dlgs 126 del 2014.

Il sistema prevede la predisposizione di un unico documento propedeutico alla formulazione del bilancio, il

DUP, Documento Unico di Programmazione, in cui si stabilisce la pianificazione di medio periodo e nel quale sono esplicitati indirizzi che orientano la gestione dell'Ente per un numero di esercizi pari a quelli coperti dal bilancio pluriennale.

## 8 I PASSAGGI ESSENZIALI DI LEGISLAZIONE SOCIALE

### 8.1 = Beneficenza e assistenza fino alla Costituzione repubblicana

#### L. 753/1862 (*Rattazzi*)

- detta una disciplina uniforme dei vari istituti assistenziali e caritativi religiosi (Opere pie) e laici del Regno d'Italia,
- istituisce presso ogni Comune del Regno la "Congregazione di carità" con lo scopo di curare l'amministrazione dei beni destinati all'erogazione di sussidi e altri benefici per i poveri

#### L. 6972/1890 (*Crispi*)

- è la prima legge generale sull'assistenza del nuovo Stato italiano
- trasforma le Opere Pie e qualunque iniziativa avente come finalità di prestare assistenza ai poveri in "Istituzioni Pubbliche di Beneficenza"
- è stata modificata in alcuni parti da normative di settore, mentre molte altre sue parti sono sopravvissute fino alla L. 328/2000.

Le I.P.B. si occupano di

- prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità quanto di malattia
- fornire l'educazione, l'istruzione, l'avviamento professionale, per il miglioramento morale ed economico.

Si introduce il domicilio di soccorso (l'onere di prestare assistenza e soccorso ai poveri, in base al domicilio o all'appartenenza al Comune)

#### R.D. n.2841/1923

stabilisce che le I.P.B. assumano il nome di "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza".

L'inserimento del termine "assistenza" accanto a quello di "beneficenza" indica che I.P.A.B. oltre che ripara alle conseguenze dell'indigenza debbono prevenirle (è il primo fondamento del concetto di sicurezza sociale)

#### L. 847/1937

Sopprime le Congregazioni di carità e le sostituisce in ciascun comune degli Enti Comunali di Assistenza (E.C.A.) come centro dell'organizzazione assistenziale e benefica locale (godevano anche di contributo statale)

### 1924 : Dichiarazione di Ginevra sui diritti dei bambini

*Nel ventennio fascista* si categorizza l'assistenza secondo bisogni misurati con i criteri dell'ideologia dominante. Sia in Assistenza che in Sanità si istituisce una miriade di enti (circa 40.000) alcuni dei quali operanti ancor oggi. Tra questi:

1. ENA (ENTE NAZIONALE DI ASSISTENZA)
2. INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSISTENZA INFORTUNI SUL LAVORO)
3. INPS (ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE)
4. ONMI (OPERA NAZIONALE PER LA MATERNITÀ E L'INFANZIA)
5. IPIM (ISTITUTO PROVINCIALE INFANZIA E MATERNITÀ)
6. ENAOLI (ENTE NAZIONALE ASSISTENZA ORFANI LAVORATORI ITALIANI)
7. ONPI (OPERA NAZIONALE PER I PENSIONATI D'ITALIA)
8. O.N.O.G. (OPERA NAZIONALE PER GLI ORFANI DI GUERRA)

9. ENAM (ENTE NAZIONALE DI ASSISTENZA MAGISTRALE )
10. ENTE NAZIONALE ASSISTENZA LAVORATORI (ENAL)
11. OPERA NAZIONALE PER GLI INVALIDI DI GUERRA (O.N.I.G.)
12. ENTE NAZIONALE DI LAVORO PER I CIECHI
13. UNIONE ITALIANA CIECHI
14. ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDOMUTI (E.N.S.)
15. ENPMF (ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE MORALE DEL FANCIULLO)
16. ANMIL (ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI E INVALIDI DEL LAVORO)
17. INAM (ISTITUTO NAZIONALE ASSISTENZA MALATTIE)
18. INPDAP(ENTE NAZIONALE PREVIDENZA DIPENDENTI AMM.PUBBLICHE)
19. INADEL (ISTITUTO NAZIONALE ASSISTENZA DIPENDENTI ENTI LOCALI)
20. ANMIG (ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI E INVALIDI DI GUERRA)
21. ....

### La nuova concezione dell'assistenza nella Costituzione Repubblicana

Art. 2: diritti inviolabili dell'uomo e ... doveri inderogabili di solidarietà politica, economica, sociale

Art. 3: pari dignità di fronte alla legge a prescindere da...

Art. 4: diritto al lavoro

Art. 31: diritto all'assistenza per la famiglia

Art. 32: diritto alla salute

Art. 34: diritto allo studio

Art. 36: diritto alla giusta retribuzione

Art. 38: diritto all'assistenza

Art. 2 : *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”*

Art. 3 : *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese”*

Art. 4 : *“La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”*

Articolo 32 : *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Art. 38 : *“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità vecchiaia e disoccupazione*



*involontaria. Gli inabili al lavoro ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento al lavoro ed all'avviamento professionale. Ai compiti previsti da questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti dallo Stato. L'assistenza privata è libera”*

(prima della Riforma del Titolo V°)

Art.114: La Repubblica si riparte in Regioni, Province e Comuni

Art.115: Le Regioni sono costituite in enti autonomi con propri poteri e funzioni...

Art.117: La Regione emana per le seguenti materie norme legislative...: ... beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera

1959 = dichiarazione dei diritti del fanciullo (vds Insegnamento *Diritto di Famiglia e dei Minori* = Prof.ssa Fontana)

**....ma nei decenni successivi poco o nulla cambia**

- competenze frazionate tra Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero dell'Interno, Ministero del lavoro, Ministero di Grazia e Giustizia, Ministero della Sanità, Ministero della Pubblica Istruzione, altri ministeri,.....

- ruolo consistente delle Amm.ni Prov.li (assistenza degli infermi di mente, degli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, dei ciechi e dei sordomuti poveri rieducabili. Nel 1970 le Province assistevano 179.911 malati di mente, 46.353 handicappati psichici, 126.529 illegittimi, 51.555 altre persone per una spesa di L. 228 miliardi)

## **8.2 = Gli Anni Settanta (l'avvio del decentramento amministrativo e le riforme che iniziano ad attuare la Costituzione per tendere ad un sistema di “sicurezza sociale”)**

*....solo dagli anni Settanta si innestano riforme finalizzate ad attuare la Costituzione per tendere ad un sistema di "sicurezza sociale"*

- **L.281/1970**: si avvia il decentramento amministrativo con l'istituzione delle Regioni a Statuto ordinario ed i decreti delegati di attuazione degli artt.117-118 (D.P.R. 3, 4 e 9/1972 sull'assistenza scolastica, sull'assistenza sanitaria ed ospedaliera e sulla beneficenza pubblica)

- **L. 382/1975 e succ. D.P.R. 616/1977**

- trasferisce competenze direttamente ai Comuni
- prevede lo scioglimento dei circa 40.000 Enti Nazionali di Assistenza
- prevede lo scioglimento delle I.P.A.B. tranne quelle “con finalità educativo-religiosa” . Questa parte del decreto verrà poi dichiarata incostituzionale e così le I.P.A.B. ritornano alla situazione preesistente, ancora disciplinate nelle linee fondamentali dalla legge Crispi. Con due provvedimenti successivi (sentenza Corte Costituzionale 396/88 e DPCM 16/02/1990) si persegue la scelta della privatizzazione delle I.P.A.B. e la maggior parte di queste è sottratta alla sfera di azione socio-assistenziale pubblica.

- **L. 132/1968 e L. 386/1974** di trasformazione del settore ospedaliero e dell'attribuzione alle Regioni del relativo finanziamento

- **L.698/1975**, di scioglimento dell'O.N.M.I.

- **L.278/1976**, per la partecipazione dei cittadini all'amministrazione del Comune

- **L.2/1978**, di scioglimento degli E.C.A..

Leggi tematiche

- ✓ L.482/1968 sulla disciplina generale delle assunzioni obbligatorie nel pubblico e nel privato;
- ✓ L.300/1970, lo "Statuto dei lavoratori";
- ✓ L.381/1970 e L382/1970 per la tutela previdenziale per le varie tipologie di handicap (sordomuti e i ciechi civili)
- ✓ L.118/1971 per i mutilati ed invalidi civili;
- ✓ L.854/1973 circa l'erogazione dell'assegno di accompagnamento in favore dei sordomuti, dei ciechi civili e dei mutilati civili);
- ✓ L.151/1975, di riforma del diritto di famiglia;
- ✓ L.405/1975 di istituzione dei Consultori familiari
- ✓ L.685/1975 inerente l'intervento nell'ambito della tossicodipendenza;
- ✓ L.517/1977 per favorire l'inserimento di allievi handicappati nella scuola, tramite insegnanti di sostegno, servizio psicopedagogico etc...)
- ✓ L.384/1978 sull'eliminazione delle barriere architettoniche;
- ✓ L.180/1978 di riforma psichiatrica, accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. E' di fatto la legge di riforma del settore psichiatrico che confluirà nella legge di riforma sanitaria. Prevede il trasferimento delle funzioni dalle Province alle Regioni entro il 1° gennaio 1979
- ✓ L.194/1978 = Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza
- ✓ DPR n. 761 del 20/12/79, prevede l'inquadramento dell'Educatore tra le professioni della riabilitazione.<sup>1</sup>

**la riforma sanitaria - legge 23/12/1978 n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale".**

**L'individuazione delle U.S.L. e dei Distretti Sanitari Locali. Passaggi essenziali:**

- lo sviluppo del "modello territoriale" negli interventi socio-sanitari nell'ottica dell'unitarietà dei Servizi
- l'Unità socio-sanitaria locale (U.S.S.L.) cura la Prevenzione Programmazione Partecipazione
- si istituisce il SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE fondato sulla tutela della SALUTE come DIRITTO dell'individuo e INTERESSE della collettività con l'EGUAGLIANZA di tutti i cittadini, senza distinzione di condizioni individuali o sociali nel rispetto della DIGNITA' e della LIBERTA' della PERSONA umana
- nelle Unità Sanitarie Locali il potere di gestione è dei SINDACI
- il complesso dei PRESIDI, degli UFFICI e dei SERVIZI dei COMUNI, singoli o associati è organizzato in DISTRETTI SANITARI per erogare SERVIZI di PRIMO LIVELLO e di PRONTO INTERVENTO
- si stabilisce l'erogazione gratuita delle prestazioni di carattere sanitario unitariamente tramite le U.S.L
- sono ORGANI politici nell'U.S.S.L : l'ASSEMBLEA dei Comuni, composta dai sindaci dei Comuni componenti. L'Assemblea fornisce le linee e gli indirizzi politici della pianificazione e della programmazione generale; il COMITATO DI GESTIONE, composto da alcuni sindaci nominati dall'Assemblea al suo interno con i compiti di tradurre in programmazione operativa le scelte politiche generali ricevute dall'Assemblea

L'avvio della Legislazione regionale piemontese ha preceduto, in alcune parti, la L.R.833/78. Fin dalla l.r. 41/1976, detta "di zonizzazione", la Regione Piemonte divide il territorio regionale in "zone omogenee" dal punto di vista geo-demografico idonee per gestire i servizi sociali e sanitari, le future U.S.S.L.

---

1

E' il primo riconoscimento normativo della figura professionale dell'Educatore. Per un approfondimento vds G.Garena, *La formazione di base dell'educatore: linee storiche ed evolutive*, in F.Mazzucchelli (a cura di), *Il Mestiere dell'Educatore*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RI), 2010

### 8.3 = Gli Anni Ottanta: lo sviluppo del “modello territoriale” nell’intervento socio-sanitario

Gli anni 80: lo sviluppo del “MODELLO TERRITORIALE “nell’intervento socio-sanitario, nell’ottica dell’UNITA’ LOCALE DEI SERVIZI; il “sogno” del “WELFARE STATE”.

La produzione normativa della Regione Piemonte per realizzare l’organizzazione delle U.S.L.:

= l.r. 3/1980, l.r.60/1980 e in part. l.r. 20/1982: *norme per la gestione coordinata e integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari* (si sistematizza l’attuazione regionale della L.833/78 per il Piemonte). Conduce all’integrazione obbligatoria dell’assistenza e della sanità nelle U.S.S.L. e nei Distretti Socio-Sanitari. Prevede che tutte le funzioni socio-assistenziali di cui i Comuni sono titolari siano gestite dalle USL che diventano USSL (Unità Socio Sanitarie Locali). Beni e personale dei Comuni, addetti totalmente o parzialmente ai servizi S.A., sono posti a disposizione funzionale delle USSL (pur restando in capo al Comune). Introduce l’obbligatorietà della gestione associata della sanità e dell’assistenza alla quale è possibile derogare limitatamente alle seguenti prestazioni: Assistenza economica; Assistenza domiciliare; Gestione di strutture a bacino di utenza comunale. Il potere di deroga è attribuito alle USSL che decidono su proposta dei Comuni. Le USSL sono titolari della programmazione locale e della definizione degli standard anche per tali prestazioni. Vengono pertanto attuati i principi ispiratori del DPR 616 e della L.833: l’integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali e la gestione associata dei Comuni : il tutto attraverso l’U.S.S.L. (l’Unità Socio-Sanitaria Locale, con l’aggiunta della seconda “S” del “SOCIALE”) che si appoggia sulla coincidenza degli ambiti territoriali per i servizi sanitari e sociali prevista dalla L.833 (art.11). I Comuni sono tenuti ad associarsi tra di loro, per poter adeguatamente gestire i Servizi SOCIALI complessi loro affidati.

L. 184/1983 e successive modifiche del 2001 in merito al tema dell’affido e l’adozione: a ogni bambino una famiglia

**D.P.C.M. 8/8/1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali ai sensi art. 5 della L. 833/78 “ (detto “decreto Craxi”)**

- Sancisce la scissione dei finanziamenti tra sanità ed assistenza, individuando le funzioni socio-assistenziali a rilievo sanitario che possono essere imputate sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN)
- Definisce a rilievo sanitario, connesse con quelle socio assistenziali, le attività che richiedono personale e tipologie proprie dei Servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e prevalentemente alla tutela della salute del cittadino, producendo interventi a sostegno della prevenzione-cura- riabilitazione psicofisica.
- Rientrano le attività di riabilitazione e rieducazione funzionale degli handicappati, di cura e recupero psico-fisico dei malati mentali e dei tossicodipendenti, di cura degli anziani per gli stati morbosi non curabili a domicilio.

#### Leggi tematiche

L. 18/1980, Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili;

D.M. 10/2/1984 n. 1219 (Degan)“ *Identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche o di dubbia ascrizione*” definisce che “*l’Educatore Professionale cura il recupero e il reinserimento di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche. Il requisito specifico (...) di ammissione al concorso è il possesso di un corso di abilitazione di durata almeno biennale svolto in presidi del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture universitarie, cui si accede con diploma di istruzione di secondo grado*”

L.663/1986, di modifica all’ordinamento penitenziario;

D.P.R. 447 e 448/1988, rispettivamente di approvazione del codice di procedura penale e di regolamentazione del processo penale a carico di imputati minorenni;

L. 943/1986 per normare il trattamento dei lavoratori extracomunitari e contro le immigrazioni clandestine;

**D.P.R. 22/09/1988 N. 449 "Approvazione delle norme per l'adeguamento dell'ordinamento giudiziario al nuovo processo penale ed a quello a carico degli imputati minorenni".** I Servizi Sociali territoriali collaborano con i Servizi Minorili della Giustizia nella conduzione di attività di sostegno e di controllo, nel corso delle misure cautelari, nell'esecuzione della messa alla prova e nell'applicazione delle misure di sicurezza.

**L. 21/11/1988 N.508 "Norme in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti".** Viene stabilito che l'indennità di accompagnamento NON è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorative ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sanitarie sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età. Sopprime l'assegno di accompagnamento per i minori previsto dalle L.118/1978.

**D.L. 25/03/1989 N.111 "Misure urgenti per la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale".** E' un provvedimento finalizzato al contenimento della spesa sanitaria: oltre all'introduzione di nuovi tickets, prevede la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in Aziende di Servizio con propria personalità giuridica e propria autonomia organizzativa-amministrativa-patrimoniale-contabile

**1989 =** Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (CRC)

#### **Regione Piemonte:**

- L.R. **44/1984**, per il riconoscimento e la valorizzazione della funzione del volontariato;
- L.R. **48/1989**, recante norme in materia di cooperazione;
- L.R. **61/89**, inerente l'organizzazione dei servizi psichiatrici

### **8.4 = Gli Anni Novanta: la crisi dell'integrazione organica dei servizi e degli interventi nell'ambito del "modello pubblico" e la diversificazione istituzionale, con l'introduzione del "modello pluralistico"**

Crisi dell'integrazione organica dei Servizi e degli interventi nell'ambito del "modello pubblico o territoriale", inizio della diversificazione istituzionale, con l'introduzione del "modello pluralistico"

- a) la separazione tra Sanità e Assistenza, tra settore o comparto sanitario e settore o comparto socio-assistenziale
- b) prime ipotesi di welfare mix, al posto del welfare state (o del "sogno" del welfare state)

#### **LEGGE 142/90 "Ordinamento delle autonomie locali"**

Art. 1: *"La presente legge detta i principi dell'ordinamento dei Comuni e delle Province e ne determina le funzioni..."*

Art.2: Le Comunità locali, ordinate in Comuni e Province, sono autonome. Il Comune è l'ente locale che rappresenta la propria Comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo. La Provincia, ente locale intermedio tra Comune e Regione, cura gli interessi e promuove lo sviluppo della comunità provinciale. I Comuni e le Province hanno autonomia finanziaria nell'ambito delle leggi e del coordinamento della finanza pubblica. I Comuni e le Province sono titolari di funzioni proprie. Esercitano, altresì, secondo le leggi statali e regionali, le funzioni attribuite o delegate dallo Stato e dalla Regione.

Art.22 - Servizi pubblici locali. I Comuni, le Province e le Comunità montane, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali...

I Comuni e le Province possono gestire i servizi pubblici nelle seguenti forme:

- in economia, quando per le modeste dimensioni o per le caratteristiche del servizio non sia opportuno costituire una istituzione o una azienda;
- in concessione a terzi, quando sussistano ragioni tecniche, economiche o di opportunità sociale;

- a mezzo di azienda speciale, anche per la gestione di più servizi di rilevanza economica o imprenditoriale
- a mezzo di istituzione, per l'esercizio di servizi sociali senza rilevanza imprenditoriale;
- a mezzo di società per azioni ... qualora sia opportuna in relazione alla natura o all'ambito territoriale del servizio la partecipazione di più soggetti pubblici o privati .

Art.25 - Consorzi. I Comuni e le Province, per la gestione di uno o più servizi, e per l'esercizio di funzioni, possono costituire un Consorzio secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'art.23, in quanto compatibili. Al Consorzio possono partecipare altri enti pubblici, ivi comprese le Comunità montane, quando siano a ciò autorizzati, secondo le leggi alle quali sono soggetti.

A tal fine i rispettivi consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione ai sensi dell'art.24, unitamente allo statuto del consorzio.

..... l'assemblea del consorzio è composta dai rappresentanti degli enti associati nella persona del sindaco..., con responsabilità pari alla quota di partecipazione fissata dalla convenzione e dallo statuto.

L'assemblea elegge il consiglio di amministrazione e ne approva gli atti fondamentali previsti dallo statuto.

L. 28/02/1990 N.39 "*Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e regolarizzazione di cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti sul territorio dello Stato*". Contiene l'insieme delle norme essenziali per la definizione della condizione giuridica dei cittadini extracomunitari e per la regolamentazione dei flussi migratori nel nostro Paese.

### Leggi tematiche

- L. 05/06/1990 N.135 "*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*"
- **L.241/1990**, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi (verrà modificata dalla L.15/2005)
- **L. 26/06/1990 N.162** "*Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22/12/1975 recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*", riorganizzato nel D.P.R. 09/10/1990 N.309 "*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*". Vengono raccolte le norme essenziali in questa materia attraverso un complesso di 136 articoli accorpati in 12 titoli. Nell'ambito della definizione generale dell'organizzazione dello Stato per le autorizzazioni ed il controllo sulla produzione, commercializzazione, utilizzo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, per la prevenzione e la repressione delle attività illecite
- **L. 135/1990** per la lotta all'AIDS
- **L. 162/1990** e **L. 171/1993** sulla regolamentazione degli interventi contro la tossicodipendenza
- **L.19/7/1991 N.216** "*Primi interventi in favore dei minori soggetti a rischio di coinvolgimento in attività criminose*". Dispone il sostegno, tramite appositi stanziamenti finanziari, ad iniziative- anche a carattere preventivo e sperimentale - volte a tutelare e favorire la crescita, la maturazione individuale, la socializzazione delle persone in età minorile; in particolare favorisce l'attivazione di interventi (integrati tra Enti e forze sociali diverse) di aiuto alla famiglia, di Comunità di Accoglienza, di Centri d'Incontro, ecc.. Ribadisce che il collocamento di minori al di fuori della loro famiglia è disposto dal Tribunale per i Minorenni su segnalazione dei Servizi Sociali, degli Enti Locali, della Scuola, dell'Autorità di P.S..
- **L. 11/08/1991 N.266** "*Legge-quadro sul volontariato*". Si riconosce il valore e la funzione sociale dell'attività delle organizzazioni di volontariato come forme di partecipazione, solidarietà, pluralismo; si stabiliscono principi e norme per disciplinare i rapporti tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato; si ribadiscono le caratteristiche essenziali della attività volontaria nella prestazione personale, libera, spontanea, gratuita, senza fini di lucro, esclusivamente orientata alla solidarietà; si stabiliscono forme e criteri per gli eventuali rimborsi delle spese vive effettivamente sostenute per l'attività prestata nonché per le agevolazioni fiscali. Le Regioni e le Province Autonome disciplinano l'istituzione, la tenuta, l'aggiornamento di appositi registri generali delle organizzazioni di volontariato. E' istituito un Osservatorio Nazionale per il volontariato con compiti di promozione e coordinamento.

- **L. 08/11/1991 N.381 "Disciplina delle Cooperative Sociali"**. Si individuano nella promozione umana e nell'integrazione gli scopi che debbono perseguire le Cooperative Sociali nella gestione: di Servizi sociosanitari ed educativi; di attività diverse orientate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Gli Enti Pubblici possono stipulare convenzioni con questo tipo di Cooperative anche in deroga alla disciplina in materia di contratti della Pubblica Amministrazione. Viene prevista la figura del "socio volontario".
- **L.81/1993**, circa l'elezione diretta del sindaco, del presidente della provincia, del consiglio comunale e del consiglio provinciale
- **D.L. 26/04/1993 N.122 "Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa"**. Ribadisce ed aumenta pene detentive contro chi si rende responsabile della diffusione di idee fondate sulla superiorità, sull'odio razziale o etnico, nonché di comportamenti o di incitamenti di violenza o provocazione derivanti da tali idee. Vieta l'organizzazione di qualsiasi movimento riferito a tali ideologie, punisce chi pubblicamente esalta esponenti, principi, fatti o metodi del fascismo o comunque di finalità antidemocratiche.
- **D.Lgs. 77/1995**, la riforma dell'ordinamento finanziario e contabile degli enti locali
- **L. 31.12.1996, n.675**, sulla tutela della "privacy"
- **L. 59 del 15.03.1997** sulla "semplificazione amministrativa" ("riforma Bassanini"): il Governo viene delegato ad emanare decreti legislativi volti a conferire alle Regioni e agli enti locali funzioni e compiti amministrativi nel rispetto di vari principi tra cui quello di sussidiarietà (attribuzioni di compiti a Comuni e Province, cioè attribuzione delle responsabilità pubbliche alle autorità territorialmente e funzionalmente più vicine ai cittadini).
- **D.Lgs. 460/1997** sulle O.N.L.U.S.
- **D.Lgs.18 giugno 1998, n.237 "Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'articolo 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n.449"**
- **D.Lgs.25.7.1998 n.286,"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"**- Coordina la normativa precedente in materia di immigrazione con particolare riferimento alla L.6.3.1998 n.40 prevedendo l'accorpamento e l'armonizzazione delle residue disposizioni del Testo Unico di Pubblica Sicurezza (1931) e della L. n.943/1986. La L.40/1998 (Turco-Napolitano) intende regolamentare l'immigrazione, favorendo da un lato l'immigrazione regolare e scoraggiando l'immigrazione clandestina. L'immigrato regolare può così affrontare il percorso di acquisizione della cittadinanza configurato dalla legge. Tale percorso è caratterizzato da una serie di tappe verso l'acquisto dei diritti propri del cittadino *pleno iure*, inclusivo del diritto al ricongiungimento familiare, del diritto al trattamento sanitario e alla salute, e del diritto all'istruzione. Per contro, il clandestino diventa destinatario di un provvedimento di espulsione dallo Stato. Per la prima volta nella storia della Repubblica, istituisce la figura del Centro di permanenza temporanea (all'articolo 12 della legge), per tutti gli stranieri "sottoposti a provvedimenti di espulsione e o di respingimento con accompagnamento coattivo alla frontiera non immediatamente eseguibile".
- **D.P.C.M. 7 maggio 1999, n.221 "Regolamento concernente le modalità attuative e gli ambiti di applicazione dei criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni agevolate"**
- **D.M.Solidarietà Sociale 15 luglio 1999, n.306 "Regolamento recante disposizioni per gli assegni per il nucleo familiare e di maternità, a norma degli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n.448, come modificati dalla legge 17 maggio 1999, n.144"**
- **D.P.C.M. 21 luglio 1999, n.305 "Regolamento recante disposizioni per la certificazione della situazione economica dichiarata, a norma dell'articolo 4, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109"**
- **D.M.Solidarietà Sociale 29 luglio 1999 "Approvazione dei modelli-tipo di dichiarazione sostitutiva, attestazione provvisoria, certificazione, e relative istruzioni e caratteristiche informatiche, per la richiesta di prestazioni sociali agevolate di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109"**
- **Legge 3 agosto 1999, n.265 "Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli enti locali, nonché modifiche alla legge 8 giugno 1990, n.142"**

**D.lgs. 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”**, a norma dell’art.1 legge 23 ottobre 1992, n.421. Costituisce le Unità Sanitarie Locali in Aziende (le A.S.L. = Aziende Sanitarie Locali), configurate come enti strumentali regionali con personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa-patrimoniale-contabile-gestionale-tecnica. In sostanza si sancisce la separazione tra Sanità e Assistenza, tra settore o comparto sanitario e settore o comparto socio-assistenziale:

- Individua come organi di responsabilità il direttore generale ed il Collegio dei revisori.
- Il direttore generale ha tutti i poteri di gestione e di rappresentanza, è nominato dal Presidente della Giunta Regionale e scelto tra gli iscritti in un apposito elenco nazionale, è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario, dal Consiglio dei Sanitari
- Prevede la creazione delle Aziende ospedaliere (le Regioni individuano gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in Aziende ospedaliere separate dalle ASL territoriali)
- Le ASL possono assumere la gestione dei servizi socio-assistenziali per conto degli Enti locali con oneri a totale carico degli stessi e con acquisizione anticipata delle necessarie disponibilità finanziarie (art.3)
- Le Regioni devono disciplinare la riduzione delle USL prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia, devono disciplinare l’articolazione delle USL in distretti
- strumenti di programmazione: il Piano Sanitario Nazionale, che ha durata triennale e deve indicare gli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché le linee di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale; deve indicare inoltre: a) le aree prioritarie di intervento ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione; b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria; c) i progetti- obiettivo da realizzare; d) i finanziamenti ecc.
- I Piani Sanitari Regionali di durata triennale che devono essere uniformi alle linee nazionali e definire i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio.

**L. 05/02/1992 N.104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”**. Si tratta di una legge di indirizzo ed orientamento, risultato di innumerevoli mediazioni (durate per almeno un decennio) tra tendenze contrapposte. Vengono enunciati principi e criteri generali in continuo riferimento-integrazione-sostituzione di articolati di precedenti norme. In dettaglio, la legge: a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società; b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali; c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata; d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata. Detta norme su: accertamento dell’handicap; prevenzione e diagnosi precoce, cura e riabilitazione; inserimento ed integrazione sociale; servizio di aiuto personale; interventi a favore di persone con handicap in situazione di gravità; esercizio del diritto all’educazione e all’istruzione; integrazione scolastica; formazione professionale; soggetti aventi diritto al collocamento obbligatorio; rimozione di ostacoli per l’esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative; eliminazione o superamento delle barriere architettoniche; accesso alla informazione e alla comunicazione; mobilità e trasporti collettivi e trasporti individuali; esercizio del diritto di voto; partecipazione; riserva di alloggi; agevolazioni fiscali; protesi e ausili tecnici; aggravamento delle sanzioni penali per i reati di cui agli articoli 519, 520, 521, 522, 523, 527 e 628 del codice penale; compiti delle Regioni; compiti dei Comuni; competenze del Ministro per gli affari sociali e costituzione del Comitato nazionale per le politiche dell’handicap. Vengono disposte le relative coperture finanziarie.

**D.P.R. 24/12/1992 (in Gazz.Uff. 2/7/93 N.153) “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”**. Vengono individuati standard da garantire su tutto il territorio nazionale relativamente alle prestazioni igienico sanitarie, all’assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale, all’assistenza sanitaria di base, all’assistenza ospedaliera; si determinano contestualmente i rispettivi indicatori di verifica.

**D.L. 07/12/1993 N 517 "Modificazioni al D.L. 30/12/1992 N.502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della L.23/10/1992 N.421"**. Concernono alcuni articoli inerenti il ruolo delle Regioni nella determinazione di pareri obbligatori su provvedimenti governativi (ad es. sul decreto ove si determina il contenuto dei contratti dei Direttori Generali delle U.S.L.), nella scelta degli Ospedali da costituire in Azienda (possono essere ammessi anche i presidi ospedalieri sedi universitarie per le facoltà di medicina e chirurgia nonché i presidi destinati a sede di riferimento per la rete dei servizi di emergenza. Vengono specificati alcuni poteri del Direttore Generale dell'U.S.L. : in particolare, attraverso strumenti previsti per la generalità del pubblico impiego, il Direttore verifica il buon andamento dell'azione amministrativa con valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, dell'imparzialità.

**D.P.C.M. 19/05/1995, Schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" e D.P.C.M. 21/12/1995, Schema generale di riferimento per la predisposizione delle "Carte dei Servizi Pubblici del Settore Previdenziale ed Assistenziale"**. Le Amministrazioni Pubbliche operanti nel comparto previdenziale ed assistenziale orientano la loro attività verso l'ottimizzazione del servizio fornito; strumento essenziale è uno schema riferito all'enunciazione dei fattori di qualità dei servizi, della metodologia per la costruzione di standard di qualità tramite indicatori interni ed esterni alle Amministrazioni, garanzie di tutela del cittadino-cliente-utente. Entro 120 giorni dalla pubblicazione di questo decreto dovranno essere emanate specifiche Carte contenenti l'indicazione delle iniziative di carattere normativo, procedurale ed organizzativo finalizzate al miglioramento della qualità del servizio ed in particolare del rapporto con l'utente in termini di informazione, accoglienza, tutela e consapevolezza dei rispettivi diritti e doveri.

**L.28.8.1997 n.285, "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"**. Rappresenta una fondamentale innovazione nel sistema normativo nazionale in quanto collega forti elementi ideali a strumenti incisivi per rendere esigibili i diritti e le opportunità enunciati. Tra i servizi che vengono individuati come particolarmente idonei alla realizzazione dei progetti si elencano l'erogazione del minimo vitale, attività di informazione e di sostegno alle scelte di genitorialità responsabile, potenziamento delle attività domiciliari e di sostegno alla frequenza scolastica, gli affidamenti familiari (diurni o residenziali), la mediazione familiare, la prevenzione e l'assistenza nei casi di abuso, di sfruttamento, di maltrattamento, di violenza sui minori. La stessa legge prevede il rifinanziamento negli esercizi 1997, '98 e '99, della L. 216/91 per una quota complessiva di 40 mld annui. Con L.451/1997 si istituisce la Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia.

**D.Lgs.4.12.1997 n.460, "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale"**. Vengono individuate come Onlus le associazioni, i comitati, le fondazioni, le società cooperative e gli altri enti di carattere privato, con o senza personalità giuridica, i cui statuti o atti costitutivi, prevedono espressamente attività in uno o più settori riguardanti l'assistenza sociale e sanitaria, la beneficenza, l'istruzione, la formazione, lo sport dilettantistico, la tutela e valorizzazione del patrimonio artistico-storico-naturale, la tutela dei diritti civili, la ricerca scientifica. Tali organizzazioni debbono essere caratterizzate dall'esclusivo perseguimento di finalità di solidarietà sociale dirette ad arrecare benefici a persone svantaggiate e/o a componenti di collettività estere cui vengono rivolti aiuti umanitari. Nel rispetto di tali caratteristiche si costruisce una anagrafe delle Onlus cui vengono riservati, previo controllo dei requisiti, particolari agevolazioni ai fini delle imposte sui redditi. Si stabilisce in tal senso: che i proventi derivanti dall'esercizio delle diverse attività non concorrono alla formazione del reddito imponibile; particolari disposizioni in merito alle erogazioni liberali ed ai sistemi di deducibilità dei relativi oneri; sistemi di esenzione dall'obbligo di certificazione delle prestazioni riconducibili alle attività istituzionali.

**D.Lgs. n.112 del 31/3/1998 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59"**. Il Titolo IV, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA', detta norme sulla tutela della salute e sulla ripartizione delle competenze (art 115). In particolare il Capo II, Servizi sociali, riserva allo Stato

- la determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale;
- la determinazione dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale;



- la determinazione degli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita;
- la determinazione dei criteri per la ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- i rapporti con gli organismi internazionali e il coordinamento dei rapporti con gli organismi dell'Unione europea operanti nei settori delle politiche sociali e gli adempimenti previsti dagli accordi internazionali e dalla normativa dell'Unione europea;
- la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali nonché le disposizioni generali concernenti i requisiti per l'accesso e la durata dei corsi di formazione professionale;
- gli interventi di prima assistenza in favore dei profughi, limitatamente al periodo necessario alle operazioni di identificazione ed eventualmente fino alla concessione del permesso di soggiorno, nonché di ricetto ed assistenza temporanea degli stranieri da respingere o da espellere;
- la determinazione degli standard organizzativi dei soggetti pubblici e privati e degli altri organismi che operano nell'ambito delle attività sociali e che concorrono alla realizzazione della rete dei servizi sociali;
- le attribuzioni in materia di riconoscimento dello status di rifugiato ed il coordinamento degli interventi in favore degli stranieri richiedenti asilo e dei rifugiati, nonché di quelli di protezione umanitaria per gli stranieri accolti in base alle disposizioni vigenti;
- gli interventi in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; le misure di protezione degli appartenenti alle Forze armate e di polizia o a Corpi militarmente organizzati e loro familiari;
- la revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile.

Conferisce alle Regioni e agli enti locali tutte le funzioni e i compiti amministrativi nella materia dei "servizi sociali", salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato e quelli trasferiti all'INPS. Nell'ambito delle funzioni conferite sono attribuiti ai Comuni, che le esercitano anche attraverso le Comunità montane, i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle Province. In specifico le Regioni adottano, la legge di puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai Comuni ed agli enti locali e di quelle mantenute in capo alle Regioni stesse. In particolare la legge regionale conferisce ai Comuni ed agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi a: a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose; b) i giovani; c) gli anziani; d) la famiglia; e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi; f) i tossicodipendenti e alcolodipendenti; g) gli invalidi civili, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 130 del presente decreto legislativo.

Sono trasferiti alle Regioni, che provvederanno al successivo conferimento alle Province, ai Comuni ed agli altri enti locali nell'ambito delle rispettive competenze, le funzioni e i compiti relativi alla promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei "servizi sociali", con particolare riguardo a: a) la cooperazione sociale; b) le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB); c) il volontariato.

Fondo nazionale per le politiche sociali: il Fondo istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri dall'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e' denominato "Fondo nazionale per le politiche sociali". Confluiscono nel Fondo nazionale per le politiche sociali le risorse statali destinate ad interventi in materia di "servizi sociali"

All'Art. 128 definisce cosa si intende per servizi sociali = *"...tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia"*.

**D.M. Sanità n. 520 del 8 ottobre 1998 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".** Il profilo: "L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'èquipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà".

**L.215/1998 n.162 “Modifiche alla legge 5/2/1992 n.104, concernenti misure di sostegno in favore delle persone con handicap grave”**. Legge, sostanzialmente orientata a definire una gamma di interventi per gli stati di disabilità più gravi, non prevede la precisa individuazione di obblighi per le Istituzioni tali da rendere effettivamente esigibili i diritti delle persone con gravi minorazioni.

**L.31 dicembre 1998, n.476 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L’Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla L.4.5.1983, n.184, in tema di adozione di minori stranieri”**

**L.12 marzo 1999, n.68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”**

**D.Lgs.18 giugno 1999, n.229** (Decreto Bindi). Viene completato il processo di aziendalizzazione avviato nel 1992. Le USL si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e sulla carta dovranno rispettare il vincolo di bilancio. Devono perseguire nella propria attività criteri di efficacia ed economicità. Agiranno con atti di diritto privato e, per gli appalti e i contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalle norme UE, potranno seguire le norme di diritto privato (art.3)

Rimane in vigore il comma dell’art. 3 del D.lgs 502 “Le USL possono assumere la gestione dei servizi socio-assistenziali su delega enti locali con oneri a loro carico”.

In dettaglio:

- si stabilisce che per garantire continuità assistenziale l’USL è articolata in Distretti sanitari. I Distretti, afferenti ad una popolazione minima di 60 mila abitanti, sono dotati di autonomia gestionale ed economica, con contabilità separata all’interno del bilancio della unità sanitaria locale. I distretti sanitari hanno funzioni di coordinamento dell’assistenza primaria (medicina, pediatria, guardia medica). Sono chiamati a garantire l’assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata, servizi consultoriali e servizi rivolti ad anziani, disabili, tossicodipendenti, affetti da HIV, malati terminali, salute mentale
- si istituiscono i L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria)
- si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale. Si ribadisce come si intendano per prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: le attività finalizzate alla promozione della salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: le attività del sistema sociale che hanno come obiettivo supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Si prevede che venga emesso un atto di indirizzo che individua le prestazioni da ricondurre alle due tipologie individuate e i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle Asl e ai Comuni

## **8.5 = Dall'anno 2000 ad oggi: verso il federalismo, il “sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”, piani di zona, carte dei servizi e bilancio sociale, il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-23, il “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza”**

**D.M. Sanità del 27 luglio 2000**, Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di *educatore professionale*, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base

**D.Lgs. 18.08.2000, n.267**, Testo Unico degli Enti Locali (T.U.E.L)

**D.P.C.M. 15 dicembre 2000** "Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora"

**Legge 8 novembre 2000 n 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali “.** Il SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI è teso a produrre innovazione dello Stato sociale attraverso politiche sociali intese come occasione di sviluppo, nuova occupazione, nuovi consumi. Tramite strumenti quali i Patti territoriali o i Contratti d'area per lo sviluppo, il sistema dovrà valorizzare l'ambiente di vita, le risorse umane, le risorse delle Città.

Per “*interventi e servizi sociali*” si intende la predisposizione ed erogazione dei servizi, l'insieme delle prestazioni economiche che hanno come OBIETTIVO rimuovere il bisogno, superare le difficoltà, promuovere pari opportunità fra le persone e nel ciclo di vita.

Il SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI dovrà garantire le prestazioni essenziali su tutto il territorio nazionale attraverso i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS, LEPS).

Le modalità di prestazione fanno riferimento a attività di informazione e consulenza, interventi domiciliari - semiresidenziali a ciclo diurno - residenziali.

Gli ambiti di intervento riguardano : infanzia, adolescenza, responsabilità genitoriale; responsabilità familiari; anziani; disabili e soggetti con disagio psico sociale; contrasto all'alcool-dipendenza e alle tossicodipendenze; misure di contrasto alla povertà; la garanzia dei diritti degli utenti ( la Carta dei servizi sociali)

Il SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI prevede una azione sociale attiva nell'ambito dei Diritti e Doveri del cittadino: eventuale concorso al costo dei servizi in base al reddito; negoziazione dei progetti personalizzati; verifica con i beneficiari dei risultati attesi; vincolo al rispetto delle regole stabilite.

Prevede una azione sociale attiva nell'ambito della flessibilizzazione/personalizzazione delle prestazioni articolata tra:

- servizi pubblici e/o accreditati in forma diretta
- servizi privati con controllo di qualità
- servizi acquistati direttamente con buoni servizio in un mercato accreditato
- assegni economici
- detrazioni fiscali per chi si avvale di prestazioni domiciliari a pagamento
- progetti personalizzati che prevedano percorsi di integrazione sociale.

Nello specifico dei progetti individuali integrati per le persone con handicap, non autosufficienti, l'obiettivo è la piena integrazione familiare, sociale, formativa, lavorativa. Il progetto individuale si basa su: valutazione diagnostica; interventi di cura e di riabilitazione; servizi per il recupero funzionale e sociale; misure economiche per contrastare povertà, emarginazione, esclusione sociale; riordino misure economiche per adeguata rimozione delle limitazioni personali-

familiari-sociali, maggiore integrazione, valorizzare le capacità e la potenziale autonomia della persona. Tutto ciò attraverso misure quali il reddito minimo per l'invalidità totale, il reddito minimo per l'invalidità parziale, l'indennità di accompagnamento e di comunicazione, l'indennità assistenziale (per soggetti anziani non autosufficienti).

La legge quadro delega al Governo la definizione di un regime transitorio (salvaguardia dei diritti acquisiti), di condizioni reddituali individuali, della revisione commissioni di accertamento (semplificazione delle procedure).

Coordinamento interventi sociali-sanitari:

- linee guida per l'integrazione degli interventi sociali e sanitari
- definizione prestazioni ad alta integrazione sanitaria comprese nei livelli uniformi delle prestazioni sanitarie
- definizione degli ambiti territoriali e degli strumenti di base per la gestione integrata di rete adottando i criteri di omogeneità e di non duplicazione.

La funzione del sistema Pubblico:

- Regolazione (tutelare i diritti fondamentali della persona; Rete di Interventi attivi tra Pubblico, Privato, Terzo settore, Volontariato)
- Promozione dell'esercizio del Diritto di cittadinanza e dei doveri connessi (Responsabilità condivise, Valorizzazione delle risorse, Responsabilità e autorganizzazione)

Funzioni nel SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI:

- Stato: indirizzo per standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale
- Regioni: programmazione degli interventi sociali
- Province: concorso alla programmazione, Promozione della formazione
- Comuni: progettazione e realizzazione del sistema integrato, promozione risorse della collettività (auto-aiuto, reciprocità). E' prevista l'incentivazione dei Comuni che si associano nella gestione.

In sostanza la L. 328/200 stabilisce il passaggio

<i>da</i>	<i>a</i>
interventi riparativi	Protezione sociale attiva
Categorie	Soggetti e famiglie
Trasferimenti monetari	Trasferimenti monetari e servizi in rete (Formativi, Sanitari, Sociali, di avvio al lavoro)
interventi disomogenei	Standard essenziali delle prestazioni sociali definiti a livello nazionale
Prestazioni rigide e "preconfezionate "	Prestazioni flessibili e "personalizzate"
Intervento centralistico	Regia" delle Regioni e degli Enti Locali

La programmazione del *SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI* avviene attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Adottato ogni 3 anni, fissa i livelli essenziali e le priorità di intervento. In specifico:

- nuove professioni sociali e profili professionali degli operatori sociali: formazione continua, certificazione competenze tenuto conto della formazione pratica acquisita sul lavoro, integrazione formazione socio-sanitaria
- fondo per le politiche sociali

- interventi per le persone non autosufficienti, servizi per sostenere e favorire l'autonomia dei singoli e del nucleo familiare
- sistema informativo degli interventi e servizi sociali :concertato fra Stato, Regione ed Enti Locali e Autorità dell'informatica

SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI = concetti chiave legati all'enunciazione dei principi generali :

- Repubblica: coerenza con part. rif. artt. 2-3-32-38-117 Costituzione, legami alle accezioni di Stato, Comunità locale organizzata, Autonomie Locali, partecipazione
- Persona e famiglia
- Sistema integrato di Servizi
- programmazione e valutazione coordinata ed integrata
- metodo di azione "a rete"
- qualità della vita
- società sostenibile e società capace di futuro
- diritto di cittadinanza

SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI = concetti chiave legati all'enunciazione dei principi generali :

- ✓ prevenzione, eliminazione-riduzione delle condizioni di disabilità, bisogno, disagio, discriminazione (individuale e familiare)
- ✓ sussidiarietà
- ✓ cooperazione e ONLUS
- ✓ volontariato
- ✓ efficacia, efficienza, economicità
- ✓ omogeneità
- ✓ universalità
- ✓ pluralità di offerta e diritto di scelta
- ✓ promozione solidarietà sociale

La Regione Piemonte è una delle poche Regioni ad aver legiferato in materia di assistenza sociale (L.R. 1/2004), Questa legge regionale, è sostanzialmente assorbente la L. 328/2000 senza introdurre - come avrebbe potuto - diritti effettivamente esigibili (vds infra par 8.6)

D.Lgs. 30.03.2001, n.165 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*"

D.P.R. 3 maggio 2001 "*Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali*"

D.Lgs. 207/2001 sulle I.P.A.B.

**Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"**. Prevede che in materia di Assistenza Sociale vi è competenza legislativa e regolamentare esclusivamente in capo alle Regioni. Lo Stato ha potestà legislativa esclusiva per le materie elencate all'art.117, tra cui figura la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (i liveas, come vedremo, mai emanati). Non sono più citate nel testo costituzionale le funzioni socio-assistenziali: questo significa che lo Stato non può più legiferare in materia sociale, ora è compito delle Regioni farlo (lo Stato può definire i diritti, la Regione cosa si fa).

Di conseguenza, la L. 328 risulta è “cedevole” e depotenziata dal conferimento di sovranità alle leggi regionali. La tutela della salute è materia di legislazione concorrente (la Regione può legiferare in materia, ma può farlo anche lo Stato che si riserva i principi fondamentali).

E' sostanzialmente pregiudicato un impianto programmatico “a cascata” (Stato- Regioni- Comuni) che regoli il sistema sociale. Al momento non possono più essere le leggi nazionali a determinare criteri e modalità operative dei servizi sociali. Il potere regolativo dello Stato riguarda unicamente la definizione dei livelli essenziali da garantire come diritti per tutti i cittadini (liveas) che al momento non sono ancora stabiliti.

In questo quadro, le diversificazioni regionali vanificano la garanzia di tutele uniformi dei bisogni in tutto il Paese. Diversificazioni che sono peraltro ulteriormente ampliabili in conseguenza delle diverse risorse economiche dei Comuni (poiché il fondo sociale nazionale non garantisce risorse sufficienti a coprire l'intero finanziamento del sistema dei servizi sociali, il quale, come previsto dalla L.328/2000 si fonda per molta parte anche su risorse economiche proprie dei Comuni).

Poiché molti bisogni (come la non autosufficienza e la disabilità) richiedono prestazioni integrate tra servizi sanitari e socio assistenziali (operatori e risorse coordinate dei due comparti), è sostanzialmente a rischio l'integrazione tra sanità ed assistenza sociale.

**D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"** (già previsto dall'art. 3 septies del Dlgs 229/99). Prevede criteri per i raccordi tra Comuni/ASL, i riparti dei costi tra Comuni/ASL per gli interventi sui disabili e anziani non autosufficienti previsti agli art. 14 e 15, la definizione del piano di zona in rete con le Asl (art. 19) e del piano regionale (art. 18)

**L. 28 marzo 2001 n. 149 "Diritto del minore ad una famiglia"**

**D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"**. Approva i LEA (livelli essenziali di assistenza) che il SSN deve garantire su tutto il territorio italiano. Tale normativa: specifica gli interventi dovuti a carico del SSN (sono una declaratoria di ciò che le Asl devono offrire ovunque, stabiliscono diritti/doveri sanitari); introduce criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni a carico degli utenti o dei Comuni.

**Ogni Regione ha assunto atti regionali applicativi dei LEA. In Piemonte: Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2003, n. 51 - 11389 \_“D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria” . Vanno ancora assunti atti per definire l'integrazione sociosanitaria in tema di salute mentale e di dipendenze da sostanze (per ora la spesa è solo della sanità, il cittadino non compartecipa alla spesa).**

**L. 154/2001** sul concetto di responsabilità genitoriale: dalla potestà alla responsabilità. Le misure contro la violenza in famiglia

**L.30 luglio 2002 n. 189 "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo"** (Bossi-Fini) = modifica in molte parti la legge Turco-Napolitano (legge n. 40/1998, poi Testo unico n. 286/1998), sostanzialmente a svantaggio degli stranieri: visti d'ingresso, permesso di soggiorno, carta di soggiorno, espulsione, ricongiungimento familiare, accesso dello straniero ai diritti sociali, diritto di asilo. Sono accelerate e semplificate le procedure per l'espulsione dei "clandestini" le cui modalità di esecuzione divengono sempre più dure. Oltre a inasprire le pene per i trafficanti di esseri umani e a introdurre l'uso delle navi della Marina Militare per contrastare il traffico di clandestini, con la Bossi-Fini viene esteso il sistema delle espulsioni con accompagnamento alla frontiera, già previste in realtà dalla precedente Turco-Napolitano, ma trasformate, almeno secondo i termini scelti dal legislatore, in azioni immediate a carattere amministrativo. Inoltre, viene ampliata la platea di persone condotte nei centri di permanenza temporanea (Cpt), istituiti nel 1998 con lo scopo di identificare e respingere le persone prive di documenti di identità validi. Emerge la distinzione tra immigrazione regolare, irregolare e clandestina:

- sono considerati immigrati regolari, tutti i cittadini stranieri il cui ingresso e la cui permanenza nel territorio dello Stato avvengono nel rispetto delle condizioni di legge (in possesso di passaporto valido e muniti, dopo essere entrati regolarmente nel territorio, di permesso di soggiorno o di carta di soggiorno). Lo straniero

regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato gode dei diritti in materia civile attribuiti al cittadino italiano. Può, inoltre partecipare alla vita pubblica locale e gli è riconosciuta parità di trattamento con il cittadino italiano relativamente alla tutela giurisdizionale dei diritti e degli interessi legittimi;

- sono considerati immigrati irregolari : coloro che, entrati con un regolare visto d' ingresso, non hanno chiesto entro il termine previsto dalla legge (otto giorni lavorativi) il permesso di soggiorno al Questore della provincia in cui lo straniero si trova; coloro che, entrati regolarmente e muniti di regolare permesso di soggiorno alla scadenza dello stesso non ne hanno richiesto il rinnovo; coloro che, pur avendo chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno, per assenza dei requisiti prescritti, non lo hanno ottenuto. Tutti gli altri extracomunitari che entrano in Italia eludendo ogni controllo sono da considerarsi immigrati clandestini. Le condizioni di inserimento per questi ultimi sono più problematiche, anche perché, una volta giunti in Italia sono più facilmente preda di organizzazioni criminali.

E' stata più volte integrata, in particolare nel 2005 (Pisanu) e nel 2009 (Maroni) con il pacchetto sicurezza con il quale si è introdotto il reato di immigrazione clandestina, che prevede un'ammenda da 5.000 a 10.000 euro per lo straniero che entra illegalmente nel territorio dello Stato e innesca in modo automatico, caso unico in Europa, l'azione penale.

Febbraio 2003: "*Libro bianco sul welfare*", a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali"

#### **D.P.R. 23/5/2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005"**

**Legge 9 gennaio 2004, n.6 "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli ... del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali"**

**L. 15 luglio 2009, n. 94 Disposizioni in materia di sicurezza pubblica (Maroni).** Si introduce il reato di immigrazione clandestina che prevede un'ammenda da 5.000 a 10.000 euro per lo straniero che entra illegalmente nel territorio dello Stato. Il provvedimento contiene anche

- limiti ai matrimoni di interesse: per acquisire la cittadinanza italiana non sarà più sufficiente la semplice effettuazione del matrimonio, ma occorrerà che il coniuge, straniero o apolide, di cittadino italiano risieda legalmente da almeno due anni nel territorio della Repubblica (ovvero tre anni se la residenza è invece all'estero);
- nuove norme in materia di occupazione del suolo pubblico;
- misure di contrasto all'impiego di minori nell'accattonaggio;
- misure in materia di confisca dei beni di provenienza illecita;
- spazi alle c.d. ronde: possibilità per i sindaci di avvalersi della collaborazione di associazioni (formate principalmente da ex appartenenti alle forze dell'ordine) di cittadini non armati in grado di segnalare casi di disagio sociale o che rechino pregiudizio alla sicurezza (c.d. ronde cittadine);
- estensione della permanenza nei Cpt, rinominati "centri di identificazione ed espulsione"(CIE) dal D.L. 23 maggio 2008 fino ad un massimo di 180 giorni
- la riproposizione del reato di oltraggio a pubblico ufficiale

**L. 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.** Legge rilevante che riguarda anche i malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle Rsa. Purtroppo non risulta che l'organizzazione dei servizi nelle Rsa garantisca l'attuazione di questi interventi nella fase terminale della vita degli ospiti.

**L.173/2015 = Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare.** Il concetto di responsabilità genitoriale: dalla potestà alla responsabilità. Le misure contro la violenza in famiglia

**D.Lgs 14 settembre 2015, n. 151, Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183.** All'interno del decreto sulla razionalizzazione e semplificazione in materia di lavoro, si aggiorna la legge n. 68/1999 che disciplina l'avviamento al lavoro dei disabili prevedendo: la promozione di una rete integrata tra servizi sociali, sanitari ed educativi presenti sul territorio e l'INAIL finalizzata a prendere in carico i lavoratori con disabilità al fine di agevolarne l'inserimento lavorativo;

- la promozione di accordi territoriali tra organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori, cooperative sociali e associazioni dei familiari disabili, e del terzo settore, al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei soggetti portatori di handicap;
- la progettazione di forme di inserimento lavorativo che tengano conto delle barriere e della progettazione di indirizzi per i servizi competenti finalizzati a favorire l'inserimento lavorativo in un'ottica bio-psico-sociale;
- l'analisi dei posti da assegnare al personale disabile anche in ragione dei ragionevoli adattamenti che il datore di lavoro e' tenuto ad adottare;
- la promozione di un soggetto responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro il cui compito principale è finalizzato ad agevolare il proficuo inserimento al lavoro e a risolvere i problemi legati alla disabilità anche in raccordo con l'INAIL per i portatori di handicap causato da un infortunio sul lavoro;
- la individuazione di buone pratiche relative all'inserimento lavorativo.

**L. 6 giugno 2016, n. 106, "Delega al Governo per la Riforma del Terzo Settore, dell'Impresa Sociale e per la disciplina del Servizio Civile Universale".**

La legge delega è un testo ampio che disegna una riforma complessiva di tutto ciò che è riconducibile al Terzo settore: associazionismo, volontariato, impresa sociale, cooperative sociali. Un comparto che conta al 2011 (secondo i dati Istat) 300mila organizzazioni non profit che impiegano 681mila addetti e 271mila lavoratori esterni. Si calcola che produca complessivamente 64 miliardi di fatturato pari 4,3% del Pil.

La riforma mette sostanzialmente ordine nella normativa finora vigente, semplificando e puntando su trasparenza e un sistema di controllo rafforzato. Inoltre integra la disciplina del servizio civile universale. Trattandosi di una legge delega, definisce i principi fondamentali attorno ai quali dovranno articolarsi i decreti delegati che porteranno alla creazione di una sorta di testo unico del Terzo settore. In sintesi declina:

la definizione di Terzo settore: si intende il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale che, in attuazione del principio di sussidiarietà promuovono e realizzano attività di interesse generale mediante forme di azione volontarie e gratuite o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi. Non fanno parte del Terzo settore le formazioni, le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali di categoria economica.

La legge delega istituisce:

- il Servizio Civile Universale non obbligatorio ma per giovani tra i 18 e 24
- i Centri di Servizio per il Volontariato. Essi possono essere promossi e gestiti da tutte le realtà del Terzo settore, con esclusione degli enti gestiti in forma societaria, ma deve comunque essere garantita la maggioranza alle associazioni di volontariato e garantito il libero ingresso nella compagine sociale di nuove associazioni (il principio della "porta aperta") a garanzia di un necessario continuo ricambio. I centri di servizio forniranno supporto tecnico, formativo e informativo, promuoveranno e rafforzeranno la presenza e il ruolo dei volontari nei diversi enti del Terzo settore
- il Consiglio Nazionale del Terzo Settore. Si tratta di un organismo di consultazione a livello nazionale degli enti del Terzo settore, la cui composizione dovrà, fra l'altro, valorizzare le reti associative di secondo livello e al quale non sono però indirizzate risorse umane e finanziarie
- il Fondo per il Terzo settore, destinato alle attività di interesse generale promosse da organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione 17,3 milioni di euro nel 2016 e di 20 milioni di euro a decorrere dal 2017
- la Fondazione Italia Sociale, ente di diritto privato con finalità pubbliche, che avrà il compito di sostenere, attrarre e organizzare iniziative filantropiche e strumenti innovativi di finanza sociale.



## Elenco delle deleghe e dei decreti legislativi emanati

Disposizioni della legge 106/2016	Deleghe	Decreti legislativi emanati
art. 1, co. 1 e co. 2, lett. <a href="#">a)</a>	il Governo e' delegato ad adottare, entro 12 mesi dalla entrata in vigore della legge (entro il 3 luglio 2017) uno o più decreti legislativi per la revisione della disciplina del codice civile in materia di associazioni senza scopo di lucro	
art. 1, co. 1 e co. 2, lett. <a href="#">b)</a>	il Governo e' delegato ad adottare, entro 12 mesi dalla entrata in vigore della legge (entro il 3 luglio 2017) uno o più decreti legislativi per il riordino della disciplina del Terzo settore	D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 111 "Disciplina dell'istituto del cinque per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche a norma dell'articolo 9, comma 1, lettere c) e d), della legge 6 giugno 2016, n. 106"
		D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106"
art. 1, co. 1 e co. 2, lett. <a href="#">c)</a>	il Governo e' delegato ad adottare, entro 12 mesi dalla entrata in vigore della legge (entro il 3 luglio 2017) uno o più decreti legislativi per la revisione della disciplina in materia di impresa sociale	D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 112 "Revisione della disciplina in materia di impresa sociale, a norma dell'articolo 2, comma 2, lettera c) della legge 6 giugno 2016, n. 106"
art. 1, co. 1 e co. 2, lett. <a href="#">d)</a>	il Governo e' delegato ad adottare, entro 12 mesi dalla entrata in vigore della legge (entro il 3 luglio 2017) uno o più decreti legislativi per la revisione della disciplina in materia di servizio civile nazionale	D.Lgs. 6 marzo 2017, n. 40 "Istituzione e disciplina del servizio civile universale, a norma dell'articolo 8 della legge 6 giugno 2016, n. 106"
art. 1, co. 7	entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1 il Governo può adottare <i>disposizioni integrative e correttive</i>	

**Decreto interministeriale 26 maggio 2016, L.delega 15 marzo 2017, n. 33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali" , D.lgs. 29 agosto 2017 e D.lgs. 15/9/2017 n. 147 sul Reddito di Inclusione.**

Le misure di contrasto alla povertà si concretizzano nel Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) che dal 2018 confluirà nel Reddito di Inclusione (REI). Si assume come riferimento il modello della generatività con particolare riferimento alla R di "Restituire" attraverso un patto che preveda la condizionalità dell'aiuto: un impegno personale e sociale dei beneficiari volto, da un lato, all'intraprendere un percorso finalizzato al raggiungimento dell'autonomia dal bisogno sociale, dall'altro, a forme di restituzione "sociale" di quanto ricevuto.

In questa logica il SIA prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizione di povertà nelle quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile (anche maggiorenne) o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente deve aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale (condizionalità) sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Il progetto viene costruito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni e coinvolge tutti i componenti, instaurando un patto tra servizi e famiglie che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni. Le attività possono riguardare i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute, l'impegno in lavori di pubblica utilità. In questo modo si intende aiutare fattivamente le famiglie a superare la condizione di povertà e a riconquistare gradualmente l'autonomia.

Dal 1° gennaio 2018, mantenendo le stesse logiche, il SIA viene sostituito da una sua evoluzione che prevede un ampliamento della platea dei beneficiari che potranno usufruire del Reddito di Inclusione (REI).

Per assicurare una presa in carico integrata e multidimensionale delle persone in condizione di bisogno, i Comuni e/o gli Ambiti territoriali devono garantire adeguate professionalità (sono impiegato A.S. ed E.P) per: rafforzare la capacità di operare in rete con altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore; ripensare il modello organizzativo dei servizi e attivare misure rivolte ai componenti dei nuclei familiari beneficiari del sostegno economico (quali la formazione, i tirocini, le borse lavoro, le misure di accompagnamento sociale).

Per far questo i Comuni e/o gli ambiti territoriali possono accedere alle risorse del primo Programma Operativo Nazionale dedicato interamente all'inclusione sociale (PON inclusione), cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo che, con oltre 1 miliardo di euro, nei prossimi sette anni andrà a supportare il potenziamento della rete dei servizi sociali e la loro collaborazione con i servizi per l'impiego e con gli altri attori territoriali (Asl, scuola, ecc.).

Il bonus da 400 euro al mese previsto dall'attuale SIA, sarà elevato a circa 480 euro estendendo i requisiti di accesso.

Il calcolo degli importi mensili spettanti alla famiglia beneficiaria del ReI, si effettua sulla base della differenza tra il reddito disponibile e la soglia di riferimento ISR, ossia, la componente reddituale dell'Isee che tiene conto della scala di equivalenza. In base a ciò, il contributo economico REI, dovrà coprire il 70% della differenza così calcolata che comunque non potrà essere inferiore all'importo dell'assegno sociale che per il 2017 è pari a 448,07. Dal suddetto importo, vanno inoltre sottratte le somme percepite dalle altre misure assistenziali percepite dal nucleo familiare, ad eccezione dell'assegno di accompagnamento.

L'importo reddito di inclusione andrà da 190 euro fino a 485 euro in caso di famiglie numerose per una durata massima di 18 mesi.

**Legge 22 giugno 2016, n. 112, “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare”** (legge sul dopo di noi). La legge mira a proteggere i soggetti che presentano una menomazione, fisica o sensoriale, che ne ha ridotto l'autonomia personale, “in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità”. Il fine principale è quello della tutela degli interessi delle persone con disabilità grave che sono prive del sostegno familiare: o perché mancanti entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale. Il ‘Dopo di noi’ stabilisce la creazione di un fondo per l'assistenza e il sostegno ai disabili privi dell'aiuto della famiglia e agevolazioni per privati, enti e associazioni che decidono di stanziare risorse a loro tutela. Sgravi fiscali, esenzioni e incentivi per la stipula di polizze assicurative, trust e su trasferimenti di beni e diritti post-mortem.

**Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**. L'art. 1 dispone che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività», che «si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative» e che «alle attività di prevenzione del rischio messe in alto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».

**D.L. 14 giugno 2019, n. 53 “Disposizioni urgenti in materia di ordine e sicurezza pubblica” (decreto Sicurezza Bis)**.

Nella parte in materia di contrasto all'immigrazione illegale introduce alcune modifiche al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. In sintesi = abolizione della protezione umanitaria. Questo tipo di permesso di soggiorno non può più essere concesso dalle questure e dalle commissioni territoriali, né dai tribunali in seguito a un ricorso per un diniego. E' stato invece introdotto un permesso di soggiorno per alcuni “casi speciali”, cioè per alcune categorie di persone: vittime di violenza domestica o grave sfruttamento lavorativo, per chi ha bisogno di cure mediche perché si trova in uno stato di salute gravemente compromesso o per chi proviene da un paese che si trova in una situazione di “contingente ed eccezionale calamità”, per chi si sia distinto per “atti di particolare valore civile”;

= estensione del trattenimento nei Cpr. Gli stranieri trattenuti nei Centri di permanenza per il rimpatrio (Cpr), ex Cie, in attesa di essere rimpatriati possono essere trattenuti fino a un massimo di 180 giorni;

= trattenimento dei richiedenti asilo e degli irregolari ai valichi di frontiera fino a trenta giorni;

= revoca o diniego della protezione internazionale e dello status di rifugiato. Si estende la lista dei reati che comportano la revoca dello status di rifugiato o della protezione sussidiaria ai reati come violenza sessuale, produzione, detenzione e traffico di sostanze stupefacenti, rapina ed estorsione, furto, furto in appartamento, minaccia o violenza a pubblico ufficiale;

= restrizione del sistema di accoglienza. Il Sistema per l'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati (Sprar), il sistema di accoglienza ordinario che è gestito dai comuni italiani, viene limitato solo a chi è già titolare di protezione internazionale o ai minori stranieri non accompagnati;

= esclusione dal registro anagrafico dei richiedenti asilo. I richiedenti asilo non si possono iscrivere all'anagrafe e non possono quindi accedere alla residenza;

= riforma della cittadinanza. La domanda per l'acquisizione della cittadinanza può essere rigettata anche se è stata presentata da chi ha sposato un cittadino o una cittadina italiana. E' prolungato fino a 48 mesi il termine per la concessione della cittadinanza sia per residenza sia per matrimonio.

= soccorso in mare. Il Ministro dell'Interno "può limitare o vietare l'ingresso il transito o la sosta di navi nel mare territoriale" per ragioni di ordine e sicurezza, ovvero quando si presuppone che sia stato violato il testo unico sull'immigrazione e in particolare si sia compiuto il reato di "favoreggiamento dell'immigrazione clandestina". Sanzione da un minimo di 150mila euro a un massimo di un milione di euro per il comandante della nave "in caso di violazione del divieto di ingresso, transito o sosta in acque territoriali italiane". Come sanzione aggiuntiva è previsto anche il sequestro della nave. È previsto anche l'arresto in flagranza per il comandante che compie il "delitto di resistenza o violenza contro nave da guerra, in base all'art. 1100 del codice della navigazione".

**Il 18 dicembre 2020 con D.L. 130/2020 è stato approvato un nuovo decreto sicurezza che modifica i precedenti eliminando le dure misure restrittive sull'immigrazione e l'integrazione che erano entrate in vigore tra il 2019 e il 2018. In sintesi:**

- si reintroduce la protezione umanitaria (chiamata "protezione speciale") per i richiedenti asilo e si prevede che si possano convertire in permesso di soggiorno per motivi di lavoro i permessi di soggiorno per protezione speciale e i permessi per calamità, per residenza elettiva, per acquisto della cittadinanza o dello stato di apolide, per attività sportiva, per lavoro di tipo artistico, per motivi religiosi e per assistenza minori;

- per quanto riguarda le operazioni di salvataggio in mare, si prevede che il divieto di ingresso nelle acque territoriali possa essere imposto alle navi delle Ong solo se non avranno comunicato alle autorità italiane e a quelle del paese di appartenenza le loro operazioni. Le multe massime per l'infrazione di queste regole non potranno superare i 50mila euro e sono state eliminate le sanzioni amministrative che erano state introdotte con i decreti sicurezza, compresa la confisca della nave. È rimasto, per chi violerà il divieto di ingresso, il rischio di reclusione fino a 2 anni «nel caso in cui ricorrano i motivi di ordine e sicurezza pubblica o di violazione delle norme sul traffico di migranti via mare».

**Legge 26/2019 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni".**

Misure ritenute dal Governo di natura fondamentale per una politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale che sono in vigore dal 1° aprile 2019.

Si tratta di un sostegno al reddito esente da Irpef che viene erogato alle famiglie in disagio economico condizionatamente alla sottoscrizione di un Patto per il Lavoro o un patto per l'Inclusione Sociale. Il sostegno viene denominato Pensione di Cittadinanza (Pdc) se volto al contrasto alla povertà delle persone anziane.

**Requisiti Anagrafici:** cittadini italiani o di Paesi UE, o familiari dei medesimi con permesso di soggiorno o diritto di soggiorno permanente, o provenienti da Paesi che hanno sottoscritto convenzioni bilaterali di sicurezza sociale, o cittadini stranieri in possesso del permesso di soggiorno UE per i soggiornanti di lungo periodo e contestualmente residenti in Italia da almeno 10 anni di cui gli ultimi due in maniera continuativa.

**Requisiti Economici:** ISEE inferiore a 9.360 €; patrimonio immobiliare diverso dall'abitazione non superiore a 30.000 €; patrimonio mobiliare (CC, titoli ecc.) non superiore a 6000€ per una persona, 8000 € per due persone, 10.000 € per tre o più persone (+1000 per ogni figlio successivo al secondo e +5.000 per ogni

disabile); reddito familiare a fini ISEE (con aggiunta dei trattamenti assistenziali non inclusi se soggetti alla prova dei mezzi), inferiore a 6.000 € (a 7.560 € per la Pdc) se si possiede l'abitazione, o inferiori a 9.360 € se si è in affitto. Il limite è aumentato con una specifica scala di equivalenza in base alla consistenza del nucleo familiare. Non si possono possedere auto acquistate da poco o se sopra una certa cilindrata entro gli ultimi due anni, né imbarcazioni da diporto.

**Beneficio** (corrisposto mensilmente): integrazione del reddito fino a 6.000 € annui (7.560 per la Pdc) moltiplicato per la scala di equivalenza + un rimborso del canone di locazione per le famiglie in affitto (max 3.360 € annui) o del mutuo (max 1.800 € annui). Non può essere inferiore a 480 € (40 € al mese), né superiore per un singolo a 9.360 € annui (780 € al mese) rivisti verso l'alto tenendo conto scala di equivalenza per i nuclei più numerosi.

**Durata:** 18 mesi rinnovabili più volte con una pausa di un mese ogni rinnovo (senza pausa se Pdc).

**Condizionalità:** occorre seguire gli obblighi indicati dal Patto per il Lavoro stabilito con i Centri per l'Impiego presso i quali i maggiorenni, non in età da pensione né disabili o con particolari carichi di cura, debbono dare immediata disponibilità al lavoro. Il beneficiario deve accettare almeno una delle tre offerte congrue, definite tali anche in base alla distanza dalla residenza il cui limite aumenta tra un'offerta e la successiva (da 100 Km o 100 minuti con mezzo pubblico per la prima offerta, a 250 Km e poi a tutto il territorio nazionale). Se nel nucleo non ci sono i soggetti indicati sopra, il richiedente viene chiamato dai Servizi per il contrasto alla povertà dei Comuni che fissano un patto per l'Inclusione Sociale con relativi obblighi sulla base dello schema già rodato per il REI (dlgs147/2017).

**Erogazione:** il beneficio è accreditato su una carta di pagamento (la Carta Rdc) che si richiede alle Poste, o per via telematica o al Caf con un modulo INPS, e che si può usare anche per effettuare prelievi (fino a 100 € scala di equivalenza) o bonifici per l'affitto e il mutuo.

**Sanzioni:** penali, dai due ai sei anni di detenzione, per chi usufruisce del Rdc senza averne diritto a seguito di dichiarazioni mendaci; monetarie nel caso in cui tali dichiarazioni portino ad usufruire di un beneficio maggiore al dovuto o vi siano reiterate violazioni degli obblighi del Patto.

**Incentivi:** previsti sgravi contributivi per l'impresa che assume a tempo pieno, indeterminato ed aumentando la forza lavoro (pari a 18 mensilità di RdC meno quelle già ricevute dai beneficiari).

**Alcune considerazioni critiche:**

- si è voluto effettuare una “riforma della riforma” sostituendo senza alcuna concertazione il REI con un nuovo strumento, rinunciando alla possibilità di potenziare lo strumento già in vigore - la normativa lo consentiva - aumentandone le risorse modificandone i parametri, eventualmente rafforzando i percorsi d'inclusione lavorativa. Questo sarebbe stato sufficiente per ottenere un valido strumento di contrasto alla povertà;
- immaginare il potenziamento dei Centri per l'Impiego, fatto in sé senz'altro positivo, come indirizzato prevalentemente, se non esclusivamente, a favorire/controlare l'erogazione del Rdc. Invece i Centri per l'Impiego devono finalmente diventare lo strumento per poter offrire sostegno a tutte le persone in cerca di occupazione, non soltanto a chi sarà beneficiario, in base a certe soglie Isee, del Rdc. Con il Rdc si vuole invece raggiungere un duplice obiettivo: l'attivazione lavorativa ed il contrasto alla povertà. Questa dualità, oltre che generare una forte complessità nella governance anche tra Amministrazioni pubbliche che rischia di generare inefficienza, non permette un disegno ottimale dello strumento.

**D.L. 19 maggio 2020 n.34 (Decreto Rilancio) che all'art 82 prevede il Reddito di Emergenza (REM).** Si tratta di una misura di sostegno economico istituita in favore dei nuclei familiari in difficoltà a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. A questo D.L. fanno seguito altri D.L. (il D.L. 14 agosto 2020, n. 104, il D.L. 28 ottobre 2020, n. 137 che prevedono ulteriori quote di mensilità.

Il REM è riconosciuto ai nuclei familiari in possesso di tutti i seguenti requisiti (articolo 82, commi 2, 3 e 6 della legge n. 34/2020):

- a) residenza in Italia al momento della domanda, verificata con riferimento al solo componente richiedente il beneficio;
- b) un valore del reddito familiare, nel mese di aprile 2020 (per il Rem D.L. 34), di maggio 2020 (per il REM D.L. 104) e per settembre 2020 (per il Rem D.L. 137) , inferiore a una soglia pari all'ammontare del beneficio potenziale spettante in base alla composizione del nucleo;
- c) un valore del patrimonio mobiliare familiare (con riferimento all'anno 2019) inferiore a 10.000 euro. La soglia è accresciuta di 5.000 euro: per ogni componente successivo al primo (fino a un massimo di 20.000 euro); in presenza di un componente in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza come definite ai fini ISEE;

d) un valore ISEE, attestato dalla DSU valida al momento di presentazione della domanda, inferiore a 15.000 euro.

I requisiti di cui alle lettere a) b) c) devono essere autocertificati nel modulo di presentazione della domanda e saranno oggetto di verifiche ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445/2000. La non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la revoca dal beneficio e la restituzione di quanto indebitamente percepito, oltre alle eventuali sanzioni previste dalla legge.

Il requisito di cui alla lettera d), invece, viene verificato dall'Inps nella DSU valida al momento della presentazione della domanda.

**IMPORTO DEL BENEFICIO.** L'importo mensile del REM è determinato moltiplicando il valore della scala di equivalenza per 400 euro. Il valore della scala di equivalenza, pari a 1 per il primo componente del nucleo familiare, è incrementato di: 0,4 per ogni ulteriore componente di età maggiore di 18 anni; 0,2, per ogni ulteriore componente minorenni, fino ad un massimo di 2, ovvero fino ad un massimo di 2,1 nel caso in cui nel nucleo familiare siano presenti componenti in condizioni di disabilità grave o non autosufficienza come definite ai fini ISEE. L'importo del beneficio economico non può comunque essere superiore a 800 euro mensili, elevabili a 840 euro solo in presenza di disabili gravi o non autosufficienti e in casi particolari.

**INCOMPATIBILITÀ.** Il Rem non è compatibile con la presenza, nel nucleo familiare, di componenti che percepiscono o hanno percepito una delle indennità per i lavoratori danneggiati dall'emergenza epidemiologica da COVID-19. Si tratta delle indennità riconosciute ai:

- lavoratori autonomi iscritti alle gestioni Inps;
- liberi professionisti titolari di partita IVA iscritti alla gestione separata;
- lavoratori titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, iscritti alla Gestione separata;
- lavoratori stagionali del turismo e degli stabilimenti termali;
- lavoratori dello spettacolo;
- lavoratori agricoli;
- lavoratori dipendenti stagionali appartenenti a settori diversi da quelli del turismo e degli stabilimenti termali;
- lavoratori intermittenti;
- lavoratori autonomi, privi di partita IVA, non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie;
- incaricati alle vendite a domicilio;
- lavoratori domestici;
- lavoratori marittimi;
- lavoratori dello sport.

Il REM, inoltre, non è compatibile con la presenza nel nucleo familiare di componenti che siano al momento della domanda:

a) titolari di pensione diretta o indiretta (ad eccezione dell'assegno ordinario di invalidità);

b) titolari di un rapporto di lavoro dipendente la cui retribuzione lorda sia superiore alla soglia massima di reddito familiare, individuata in relazione alla composizione del nucleo.

Nel caso di lavoratori in cassa integrazione (ordinaria o in deroga) o per i quali sia stato richiesto l'intervento del FIS, la verifica del requisito viene effettuata sulla base della retribuzione teorica del lavoratore, desumibile dalle denunce aziendali; tale retribuzione tiene conto delle voci retributive fisse.

c) percettori di Reddito o Pensione di Cittadinanza.

**L. 46/2021, Assegno unico e universale.** Dall'inizio 2022 è entrato in applicazione l'Assegno unico universale per i figli a carico (domanda all'INPS in modalità telematica o tramite gli istituti di patronato). L'Assegno Unico e Universale è un sostegno economico alle famiglie attribuito per ogni figlio minorenni a carico e fino alla maggiore età e, al ricorrere di determinate condizioni, fino al compimento dei 21 anni di età. L'Assegno unico è riconosciuto anche, senza limiti di età, per ogni figlio a carico con disabilità.

È "unico" perché mira a semplificare e potenziare gli interventi in favore della genitorialità e della natalità, è "universale" perché è garantito a tutte le famiglie con figli a carico residenti e domiciliate in Italia.

L'Assegno unico assorbe le seguenti prestazioni:

- il premio alla nascita o all'adozione (Bonus mamma domani);
- l'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori;
- gli assegni familiari ai nuclei familiari con figli e orfanili;
- l'assegno di natalità (cd. Bonus bebè);
- le detrazioni fiscali per figli fino a 21 anni.

La prestazione non assorbe né limita gli importi del bonus asilo nido.

Per ogni figlio minorenni spetta un importo pari a:

- 175 euro mensili per famiglie con ISEE pari o inferiore a 15mila euro
- a scendere progressivamente fino a 50 euro mensili per famiglie con ISEE superiore a 40mila euro.

L'importo minimo è quindi di 50 euro per ciascun figlio minorenni e 25 euro per i maggiorenni, al ricorrere di determinate condizioni.

### **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

**approvato dal Consiglio dei Ministri il 24/4/2021, trasmesso dal Governo alla Commissione UE il 30/4/2021.**

La pandemia del Covid-19 ha avuto un drammatico impatto sulla salute e sulla vita della popolazione, in Italia e nel mondo intero, pur con molte differenziazioni nell'entità dei danni e nei tempi di manifestazione. A fine dicembre 2021

-nel mondo: 213 milioni di casi di Covid-19 ; 4.490.000 di decessi,

-in Europa: 61 milioni di casi, 1.220.000 di decessi,

-in Italia: 4 milioni e ½ di casi, 129.000 di decessi.

A tale effetto diretto vanno sommati tutti gli ulteriori danni sulla salute per l'interruzione della prevenzione e cura di molte altre patologie, dovuta alla concentrazione delle risorse e degli interventi sulla lotta alla pandemia. Danni che dalla salute si ripercuotono su altre cruciali dimensioni della vita sociale, con la messa in crisi del lavoro, delle attività economiche, produttive, educative.

In Italia, nel 2020, l'occupazione ha perso 945 mila unità, pari al -2%, i redditi da lavoro e i consumi si sono contratti, si è ridotto il PIL di quasi il 9%.

In campo sociale si è verificato un significativo allargamento della platea dei poveri, con scivolamento in povertà di target di popolazione fino a pochi mesi prima al riparo da situazioni di deprivazione. Azzerando i timidi progressi degli anni precedenti, dal 2019 al 2020 la povertà assoluta cresce e tocca più di 2 milioni di famiglie (dal 6,4% al 7,7%) e di 5,6 milioni di persone (dal 7,7% al 9,4%, oltre 1 milione in più).

Le famiglie più colpite sono quelle con persona di riferimento occupata, quelle numerose o con almeno un figlio minore, quelle monogenitore, oltreché i giovani tra i 18 e i 34 anni e gli immigrati.

Aumentano anche le disuguaglianze, si diffondono situazioni e percezioni di insicurezza e di fragilità, crescono in misura preoccupante la povertà educativa e la deprivazione culturale di adolescenti e giovani, così come l'abbandono scolastico. I NEET (not in education, employment or training) sono in Italia il 27,8% contro una media EU del 16,4%.

Dalle politiche di austerità a politiche di forte tutela pubblica La drammatica situazione è condivisa in varia misura da tutti i Paesi europei, e diviene quindi decisiva nel determinare un profondo e subitaneo cambiamento di impostazione delle politiche pubbliche, europee e nazionali, che abbandonano i tradizionali principi e sospendono le corrispondenti regole di austerità con le quali si era affrontata la crisi degli anni 2008-2010 con esiti sociali ed economici per nulla positivi, per passare a politiche espansive e a interventi di forte tutela. Si ridimensionano così i vincoli di bilancio, aumenta la spesa pubblica e, grazie anche al massiccio intervento della UE, si apre una fase inedita, che da un dramma sociale trae un'opportunità irripetibile per una politica di sviluppo. La sfida non è il

tornare come prima, ma l'andare oltre, assumere nuovi paradigmi per rimediare ai limiti del passato che anche la pandemia ha evidenziato e mettersi in grado di affrontare le sfide del presente, e quelle probabili del futuro.

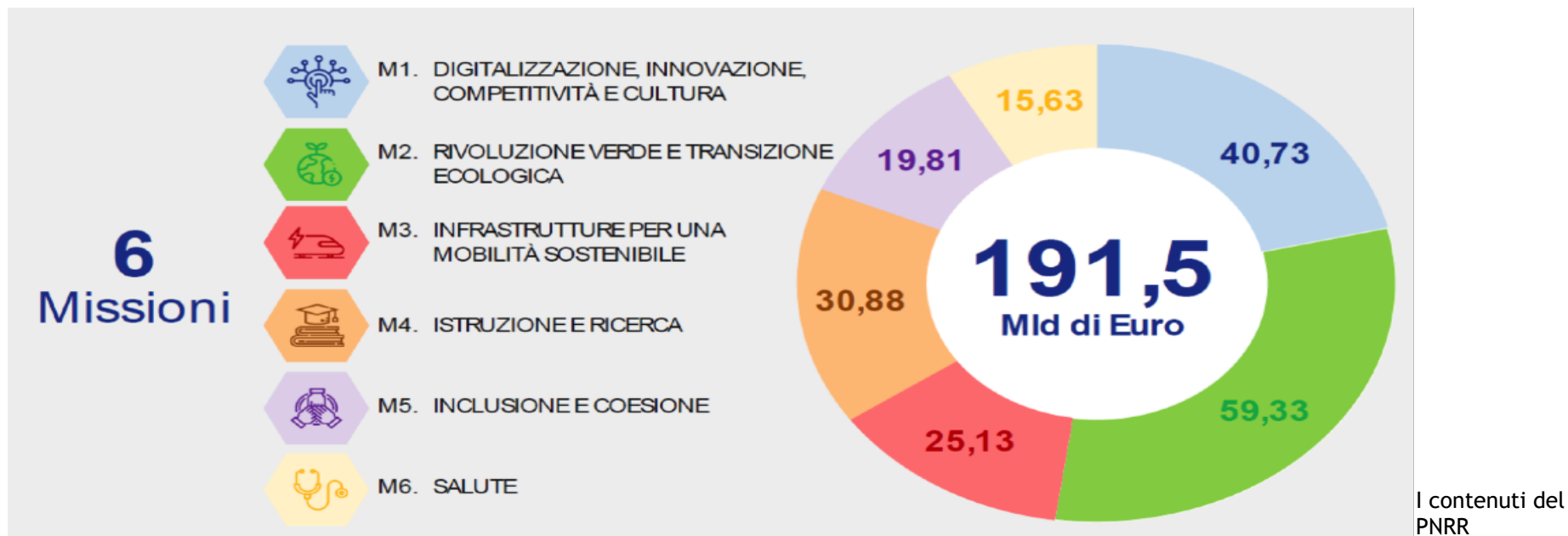
Il PNRR dovrà intervenire non solo sugli effetti del Covid-19 nei diversi Paesi, ma sull'effetto aggregato di quest'ultimo con politiche economiche e sociali portato degli ultimi decenni: non si tratta di curare gli effetti di una pur gravissima pandemia, ma provare a innescare processi virtuosi di sviluppo ancorati ad alcune consapevolezze, ormai non più minoritarie, in Europa.

Devono cambiare quindi l'impostazione e le prospettive anche delle politiche di welfare, chiamate a non farsi più carico solo di una funzione di protezione, con interventi prevalentemente assistenziali, erogativi, ma anche della prevenzione e promozione, con azioni di sostegno e attivazione, quanto possibile appropriati, personalizzati, offerti da servizi territoriali posti in rete e gestiti da operatori professionali qualificati. Trovano spazio e paiono affermarsi nuovi criteri con formule quali: prevenire il crearsi di situazioni a rischio, non lasciare nessuno indietro, agire su situazioni ambientali, personali, collettive a rischio (ma non ancora compromesse) per evitare un loro aggravamento e scivolamento verso il basso; puntare su inclusione, attivazione, inserimento. Si parla in misura crescente di un welfare comunitario, da disegnare e perseguire con il coinvolgimento di tutte le presenze e risorse istituzionali e sociali disponibili, anche tramite percorsi partecipati di coprogrammazione, coprogettazione e realizzazione collaborativa. Si evidenzia e valorizza il ruolo crescente del terzo settore grazie anche alla riforma compiuta e a una riformulazione delle regole del rapporto fra enti pubblici e altri attori sociali.

Queste tendenze trovano una forte e concreta opportunità nella programmazione a livello europeo e dei singoli Stati. Per riparare ai gravi danni sociali ed economici causati dalla pandemia, l'Europa potenzia il proprio bilancio pluriennale 2021-2027 con un programma di finanziamento straordinario: il Next Generation EU (NGEU) conta infatti una quantità complessiva di risorse pari a 750 miliardi di euro, dei quali oltre la metà è costituita da sovvenzioni (390 miliardi), 360 miliardi sono prestiti (cioè soldi da restituire) e altri fondi meno significativi sotto il profilo delle risorse finanziarie disponibili (MES, Sure, fondi strutturali europei). Complessivamente queste risorse ammontano a più di 900 miliardi. Il NGEU non è però solamente un ammontare cospicuo di risorse, ma uno strumento programmatico di ripresa economica attraverso cui l'Europa intende dare forma ai pilastri cardine della propria visione strategica per il futuro: transizione ecologica, trasformazione digitale, coesione sociale, territoriale e di genere, crescita sostenibile ed inclusiva, politiche di sostegno per le nuove generazioni, salute e resilienza istituzionale.

A seguito dell'Accordo politico sul dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) raggiunto tra Consiglio e Parlamento, la Commissione UE aggiorna gli orientamenti per la preparazione dei PNRR, che ciascuno Stato membro deve presentare per l'approvazione e valutazione del programma di riforme e investimenti fino al 2026. Il nuovo Regolamento adottato il 12 febbraio 2021 (Reg. 2021/241 del 12 febbraio 2021) stabilisce gli obiettivi del dispositivo, il suo finanziamento, le forme di finanziamento dell'Unione erogabili nel suo ambito e le regole di erogazione di tale finanziamento. L'ambito di applicazione del dispositivo fa riferimento alle aree di intervento di pertinenza europea strutturate in sei pilastri:

1. transizione verde;
2. trasformazione digitale;
3. crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, che comprenda coesione economica, occupazione, produttività, competitività, ricerca, sviluppo e innovazione, e un mercato interno ben funzionante con PMI forti;
4. coesione sociale e territoriale;
5. salute e resilienza economica, sociale e istituzionale, al fine, fra l'altro, di rafforzare la capacità di risposta alle crisi e la preparazione alle crisi;
6. Politiche per la prossima generazione, l'infanzia e i giovani, quali lo sviluppo dell'istruzione e delle competenze.



propri i principi e pilastri della EU con l'elaborazione del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) che nasce anch'esso da questa svolta storica e beneficia delle opportunità che essa offre non solo per fronteggiare gli effetti della pandemia, ma anche per affrontare e risanare antiche deficienze del nostro Paese, fra le quali non certo ultime quelle del nostro welfare.

Il PNRR italiano prevede l'impiego di 191,5 miliardi di euro, ovvero l'ammontare massimo che l'Italia può richiedere nell'ambito del NGEU, suddivisi in 68,9 miliardi di sovvenzioni e 122,6 miliardi di prestiti. Risorse cui vanno poi sommate quelle rese disponibili dal programma di finanziamento REACT-EU (13 miliardi di euro), pensate per il brevissimo periodo e da spendere quindi negli anni 2021-2023 secondo normative europee e quelle derivanti dalla programmazione nazionale aggiuntiva (il c.d. fondo complementare, che ammonta a 30,64 miliardi di euro).

La disponibilità complessiva del Piano risulta quindi di 235,14 miliardi di euro.

assi strategici: digitalizzazione e innovazione di processi, prodotti e servizi; transizione ecologica; inclusione sociale.

tematiche trasversali prioritarie: i giovani e l'infanzia, le donne, i divari territoriali e di cittadinanza.

Anche se non dichiarata esplicitamente, una forte attenzione è data anche agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità. Delle sei missioni che il PNRR assume due, la "Missione Inclusione e coesione" e la "Missione Salute", riguardano direttamente il welfare.

Per ciascuna missione il piano declina componenti e ambiti di intervento/interventi/misure/riforme, e alloca le relative risorse finanziarie. Da ultimo il PNRR tratta dell'attuazione, del monitoraggio (governance e modello organizzativo) e della valutazione dell'impatto macroeconomico

È rilevante che il PNRR includa, dedicando ad esse una trattazione specifica, anche alcune riforme da predisporre e attuare entro scadenze prefissate, senza però stanziare per queste finanziamenti specifici. Mentre non ricomprende fra queste riforme quelle su povertà e famiglie con figli, che considera già in corso, il Piano prevede una legge quadro per la disabilità, una riforma organica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, la definizione di una strategia per un SSN come parte di un welfare comunitario, la riorganizzazione della rete degli IRCCS e della rete degli altri ospedali, fra di essi e con i servizi territoriali.



In sostanza, relativamente al sociale il PNRR inverte le tendenze alla riduzione dei finanziamenti di questi ultimi anni e non solo conferma, ma incrementa le risorse e anche le prestazioni e gli interventi a favore delle famiglie e delle persone più svantaggiate. Si propone pertanto una forma di social investment welfare state che prevede un incremento degli asili nido e il potenziamento dei servizi educativi dell'infanzia, un rafforzamento delle misure attivanti le capacità delle persone, politiche per i giovani, politiche organiche di contrasto della non autosufficienza e di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare, interventi per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani, per la costruzione di percorsi di autonomia per persone con disabilità, per housing temporaneo e stazioni di posta per persone senza dimora.

### **Alcuni limiti del PNRR in ordine allo sviluppo del sistema**

Il PNRR però non avvia con sufficiente chiarezza modifiche profonde alle misure e ai servizi esistenti, rischiando così di non affrontare le criticità storiche del welfare italiano: la frammentazione degli interventi, alcuni dei quali assistenzialistici e residuali; l'elevata consistenza delle misure monetarie e l'inadeguatezza dei sistemi di servizi; la frammentazione dei soggetti gestionali. Non vengono infatti riprese e rafforzate le disposizioni sull'obbligo di esercizio associato delle funzioni fondamentali dei Comuni, individuando forme associative appropriate. Inoltre il Piano non adegua le risorse finanziarie, organizzative e professionali dei territori e le attuali reti dei servizi, alla complessità della progettazione e gestione delle ulteriori risorse e aree d'intervento (oltre ai servizi sociosanitari, housing temporaneo, realizzazione di nuove strutture di edilizia pubblica, rigenerazione urbana) che il Piano stesso attribuisce ai Comuni, in attiva collaborazione con il terzo settore. Ricordo che nel 2018 la spesa dei Comuni italiani per i servizi sociali è stata solo di 7 miliardi e 742 milioni di euro, con forti differenziazioni in particolare fra Comuni del Nord, del Centro e del Sud.

L'ambiziosa strategia di riforma del PNRR pare quindi purtroppo affievolirsi nella "Missione 5", soprattutto nella parte dedicata a "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", e in certa misura anche nella "Missione Salute". Mentre proprio il nostro welfare ha bisogno di una strategia coraggiosa che riordini complessivamente la materia così come previsto per la transizione ecologica e quella digitale, e avvii una progressiva ricomposizione degli infiniti interventi settoriali in una strategia complessiva coerente, e con un disegno di governo e di organizzazione dell'insieme coeso e ben strutturato. Necessario per costruire su tutti i territori sistemi integrati di servizi alla persona con soggetti gestionali ben definiti e solidi, ambiti territoriali di riferimento ampi e stabilmente strutturati, per poter mettere a punto strategie e sistemi di prevenzione e di intervento adeguati, per mettere a punto strategie di prevenzione e di intervento per affrontare efficacemente vecchi e nuovi rischi e problemi sociali e sanitari

Il Piano, e in specie le riforme da esso previste che potrebbero e dovrebbero connettere e legare in prospettive unificanti i vari interventi indicati e finanziati, rappresentano una grande opportunità per avviare una revisione dell'insieme delle politiche sociali, a partire dal complesso delle misure monetarie assicurate dallo Stato (pensione di invalidità, assegno mensile, indennità di accompagnamento, pensione ai ciechi assoluti, assegno sociale...) che assorbono gran parte delle risorse per dare risposte non sempre adeguate e appropriate, fino alla rete territoriale dei servizi sociali e sanitari, insufficiente per consistenza e squilibrata per distribuzione. Definire e realizzare livelli essenziali di assistenza si presenta come essenziale e urgente proprio per lo sviluppo della rete territoriale dei servizi.

Queste esigenze si rilevano largamente anche per la Missione Salute, in particolare per l'intervento previsto sulle Reti di prossimità, e specificamente nella parte dedicata a Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, che prevede Case della comunità e presa in carico della persona, Casa come primo luogo di cura, Assistenza domiciliare e telemedicina, Sviluppo delle cure intermedie.

**In conclusione.** Il PNRR è una grande opportunità per lo sviluppo del nostro welfare e entro questo del sistema dei servizi sociali e sanitari dei territori. Processi significativi sono direttamente indicati promossi finanziati, e questo pare rassicurante anche relativamente alla loro effettiva attuazione. Ma il Piano apre a possibilità ulteriori di riqualificazione del nostro sistema sociale e sanitario che potranno essere comprese, assunte e valorizzate solo considerando la specificità del "mercato" del welfare in ordine alla vita delle persone e dei gruppi sociali e sottoponendo a revisione critica i criteri e le pratiche oggi dominanti, per assumere paradigmi nuovi, basati sulla uguaglianza di tutti e la promozione della loro collaborazione a vantaggio di tutti e di ciascuno.

# PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-23 (agosto 2021)

il Piano è articolato secondo il seguente SOMMARIO

## PREMESSA

1. La strutturalizzazione del sistema dei servizi sociali.....	
1.1 Le scelte di fondo.....	
1.1.1 Prossimità, promozione, protezione, universalismo .....	
1.1.2 Livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale .....	
1.1.3 Approccio alla persona.....	
o.1.4 La strutturalizzazione dei servizi .....	
1.2. Un sistema in mezzo al guado.....	
1.2.1 Il peso dei servizi sociali territoriali è limitato .....	
1.2.2 Una spesa disomogenea .....	
1.2.3 Una pluralità di risorse finanziarie e un finanziamento in crescita.....	
1.3. Programmazione finanziaria integrata e di respiro pluriennale.....	
1.4. Gli attori .....	
1.4.1 Da utenti a cittadini.....	
1.4.2 Il servizio sociale professionale e i lavoratori del sociale .....	
1.4.3 Gli enti di Terzo settore e il privato sociale.....	
1.5 Rapporti con altri settori .....	
1.5.1 L'ambito sociosanitario .....	
1.5.2 L'ambito delle politiche del lavoro.....	
1.5.3 L'ambito dell'istruzione.....	
1.5.4 L'ambito giudiziario.....	
1.5.5 Le politiche abitative.....	
1.6 La governance di sistema e il ruolo degli Ambiti .....	
1.7. Il sistema informativo.....	
2. Piano sociale nazionale 2021-2023.....	
2.1 La base normativa.....	
2.2 La base conoscitiva .....	
2.3 Le priorità.....	
2.3.1 Azioni di sistema .....	
2.3.2 Ambito delle persone di minore età .....	
2.4 Una programmazione integrata.....	
2.5 Gli ambiti di utilizzo del Fondo nazionale politiche sociali .....	
2.6 Flussi informativi, rendicontazione e indicatori .....	
2.7 Allegato: Schede tecniche.....	
2.7.1 Scheda intervento: Punti unici di accesso.....	
2.7.2 Scheda LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali.....	
2.7.3 Scheda LEPS Dimissioni protette.....	
2.7.4 Scheda LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I. ....	
2.7.5 Scheda intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up.....	
2.7.6 Scheda intervento care leavers.....	

2.7.7 Scheda tecnica - Garanzia Infanzia.....	
3. Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023 .....	
3.1 La base normativa.....	
3.2 La base conoscitiva .....	
3.2.1 Povertà assoluta.....	
3.2.2 Andamento nel tempo del numero di nuclei e individui beneficiari del Rdc .....	
3.2.3 Stato di attuazione dei livelli essenziali Rdc (valutazione multidisciplinare/patti firmati/sostegni attivati).....	
3.3 Le priorità.....	
3.3.1 LEPS Potenziamento del servizio sociale professionale .....	
PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023	
3.3.2 Rafforzamento dei servizi per l'attuazione del Rdc.....	
3.3.3 Servizi per la povertà e la marginalità estrema.....	
3.3.4 Sostegno ai neomaggiorenni in uscita da un percorso di presa in carico a seguito di allontanamento dalla famiglia di origine.....	
3.4 Una programmazione integrata.....	
3.5 Gli ambiti di utilizzo del Fondo povertà.....	
3.6 Flussi informativi, rendicontazione e indicatori .....	
3.7 Allegato: Schede tecniche.....	
3.7.1 Scheda LEPS Pronto intervento sociale.....	
3.7.2 Scheda LEPS Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta .....	
3.7.3 Scheda intervento Centro servizi per il contrasto alla povertà .....	

## PREMESSA

### La base normativa

Il D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 300, recante Riforma dell'organizzazione del Governo prevede, all'art. 46, co. 1, lett. c, che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali svolga le funzioni di spettanza statale in materia di politiche sociali, con particolare riferimento

- ai principi ed obiettivi della politica sociale;
- ai criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale;
- agli standard organizzativi delle strutture interessate; agli standard dei servizi sociali essenziali;
- ai criteri di ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, alla politica di tutela abitativa a favore delle fasce sociali deboli ed emarginate;
- all'assistenza tecnica, a richiesta degli enti locali e territoriali;
- ai requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali e per la relativa formazione.

La L. 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevede, all'art. 18, che in Governo predisponga triennialmente un Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Il successivo riparto di competenze fra Governo, Regioni ed Enti locali, definito dalla riforma del titolo V della Costituzione del 2002 (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), che ha riscritto l'art. 117, insieme alla scarsità di risorse disponibili per il finanziamento delle politiche sociali, che ha impedito la determinazione, ai sensi del co. 2, lett. m, dello stesso art. 117, dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ha, di fatto, per alcuni anni reso vano l'esercizio programmatico previsto dalla L. 328.

Negli ultimi anni, tuttavia, tali limiti sono stati, almeno in parte, superati. Le risorse dei fondi sociali nazionali sono aumentate e si sono stabilizzate nel bilancio dello Stato, mentre alcuni livelli essenziali sono stati definiti, in norma primaria o nei documenti programmatici associati agli stessi fondi. Inoltre, il D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, recante “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”, è intervenuto in materia programmatica con l’articolo 21, istituendo, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete della protezione e dell’inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla L. 328/2000, al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell’erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi.

Della Rete, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, fanno parte rappresentanti dell’autorità centrale (Ministero dell’economia e delle finanze, Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca, Ministero della salute, Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri), delle Regioni (un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal Presidente) dei Comuni (20 componenti designati dall’Associazione nazionale dei Comuni d’Italia - ANCI) e dell’INPS.

Il D.Lgs. 147/2017 ha affidato alla Rete una rinnovata progettualità programmatica, collegando i tre maggiori fondi sociali (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo povertà, Fondo per le non autosufficienze) ad altrettanti Piani, elaborati dalla stessa Rete, “di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali”:

- il Piano sociale nazionale,
- il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà,
- il Piano per la non autosufficienza.

I primi due sono stati elaborati per il triennio 2018-2020, il terzo per il triennio 2019-2021 e trovano aggiornamento nei successivi capitoli del presente Piano.

#### **La struttura del Piano, gli scadenziari, gli aggiornamenti**

Nel contesto descritto, il presente Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 intende rispondere al dettato legislativo costruendosi come documento dinamico e modulare, che contiene all’interno di una cornice unitaria, i sopra richiamati piani settoriali.

La cornice unitaria, che ne costituisce il primo capitolo, mira a definire i contorni di un processo di strutturizzazione di un sistema dei servizi sociali attualmente ancora frammentato e non in grado, sull’intero territorio nazionale, di offrire la certezza della presa in carico di coloro che si trovano in condizioni di bisogno e di promuovere quella coesione sociale e quella “resilienza” che sono emerse con forza, negli anni più recenti, come elementi imprescindibili.

Una cornice unitaria, dunque, che sappia sostenere una logica complessiva di sviluppo dei servizi, nei vari ambiti in cui attualmente si articola la programmazione, fondata su un approccio volto a sostenere e valorizzare le risorse delle persone che vengono prese in carico da un sistema sempre più solido e competente, che sia capace di promuovere sul territorio la partecipazione delle reti di cittadinanza coniugando welfare e sviluppo della democrazia.

I Piani settoriali, che ne costituiscono i capitoli successivi, declinano e sviluppano l’orientamento complessivo negli specifici ambiti, definendo obiettivi delle politiche e l’allocazione delle relative risorse finanziarie. Tali Piani, come indica la norma, “Individuano le priorità di finanziamento, l’articolazione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, nonché i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a specificare le politiche finanziate e a determinare eventuali target quantitativi di riferimento”, “nell’ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale”.

Il Piano è pensato dunque in maniera modulare componendosi di una cornice generale e di diversi Piani settoriali triennali, che potranno essere oggetto di aggiornamenti annuali, secondo una logica a scorrimento. Il Piano va a costituirsi gradualmente, mano a mano che entrano a farne parte i Piani settoriali che lo compongono, e diventa uno strumento di programmazione vivo, dato che la logica a scorrimento permette di adattare tempestivamente la programmazione all’evoluzione del sistema dei servizi sociali, ai bisogni degli utenti, alla disponibilità di nuove risorse finanziarie.

Tale logica permette anche di adottare un approccio di più lungo respiro nella programmazione delle risorse finanziarie, che, grazie alla già richiamata stabilizzazione dei fondi nel bilancio dello Stato, può essere affrontata su un orizzonte temporale che copra il triennio, senza rinunciare alla flessibilità offerta dalla possibilità di riprogrammazione a scorrimento.

Nel 2021 il Piano va a comporsi, oltre che della cornice generale, del Piano sociale nazionale e del Piano povertà, come detto giunti a scadenza nel 2020. Nel 2021 ai suddetti si aggiungerà il Piano per la non autosufficienza

## 1. La strutturalizzazione del sistema dei servizi sociali

### 1.1 Le scelte di fondo

#### 1.1.1 Prossimità, promozione, protezione, universalismo

Il sistema dei servizi sociali costituisce uno strumento fondamentale di resilienza della nostra comunità. In tal senso, il primo carattere di tale sistema è quello della sua prossimità alle persone e alle comunità territoriali. Non è sufficiente la sola collocazione fisica sul territorio, ma è necessario orientare l'attività – a partire dalla fase della programmazione – in direzioni volte a favorire la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e a contribuire direttamente ai processi concernenti la definizione delle politiche di sviluppo sul territorio.

Il sistema dei servizi sociali – attraverso la conoscenza diretta e associata delle problematiche e delle risorse individuali e collettive presenti sul territorio – svolge un ruolo chiave nella promozione della coesione sociale e nella costruzione di sicurezza sociale.

Promuove la coesione sociale in quanto mantiene, sostiene, sviluppa quella rete di relazioni, attività, iniziative collettive che sono alla base della piena partecipazione e contribuzione alla società di ciascuno di noi. Ciò anche in ragione della duplice capacità delle politiche sociali di favorire esperienze e pratiche di cittadinanza attiva, nonché di agire direttamente sui fattori di crescita culturale e civile delle persone e delle comunità. A tale scopo sono assai utili le iniziative culturali divulgative ed esplicative dei valori e dell'importanza degli interventi di politica sociale, esse possono contribuire a rafforzare i livelli di credibilità e autorevolezza del sistema dei servizi sociali migliorandone l'operato e rafforzando il livello di fiducia tra i cittadini e le amministrazioni.

Costruisce sicurezza sociale in quanto organizza una rete strutturata che offre la certezza a tutte le persone e le famiglie di potere contare su un sistema di protezione che si attiverà per rispondere ai bisogni sociali, per prevenire e contrastare gli elementi di esclusione e promuovere il benessere non solo attraverso interventi di riduzione del disagio e della povertà ma anche attraverso il coinvolgimento, attivo e diretto, dei destinatari del sistema di assistenza nei loro percorsi di inclusione sociale ed economica.

Il sistema dei servizi sociali si rivolge a tutti. Il suo carattere universalistico si esplica a più livelli.

Innanzitutto, la costruzione e promozione della coesione sociale prescinde dalla situazione di bisogno contingente e dalle caratteristiche individuali. Inoltre, le domande, i bisogni cui il sistema dei servizi sociali offre risposte toccano virtualmente tutte le fasi e gli accadimenti della nostra vita, dalla prima infanzia agli anni dell'istruzione e della graduale attivazione nel contesto sociale, dagli anni di lavoro fino alle difficoltà di malattia e non autosufficienza che spesso caratterizzano l'età anziana; in tali fasi il sistema dei servizi sociali è chiamato a garantire e promuovere la partecipazione e la piena inclusione sociale, ad offrire sostegno, servizi e risposte ad eventi che possono andare dalla difficoltà nello svolgimento del ruolo genitoriale, alla presenza di disabilità o vulnerabilità, magari legate a orientamenti sessuali, condizioni o accadimenti di vita, che rischierebbero di tramutarsi in elementi di esclusione sociale, fino alla perdita di autonomia, associata alla perdita del lavoro, dell'abitazione, o al deteriorarsi delle condizioni fisiche, magari collegate all'età. Infine, la sicurezza sociale, con la definizione di garanzie minime e di percorsi volti al superamento delle difficoltà, offre a tutti la possibilità di contare su un pavimento, allo stesso modo in cui il sistema sanitario e il sistema pensionistico, le altre due gambe, ben più sviluppate, del welfare, non costruiscono sicurezza solo per i malati e gli anziani, ma per l'intera società.

Con le altre componenti del welfare, così come con il sistema dell'istruzione obbligatori, il sistema dei servizi sociali è inserito in un contesto di stretta interdipendenza. Dall'interazione di tali sistemi dipende non solo la qualità del nostro vivere ma anche il grado di competitività dell'intero sistema Paese. Anche

per questo, appare quanto mai opportuna un'attività di valorizzazione culturale, in grado di far comprendere il duplice apporto del lavoro sociale, di costruzione di una società resiliente e solidale, ma anche di creazione di valore economico.

Tale ultimo fatto non ha, evidentemente, solo connotati etici, ma assume rilevanza strategica quale scelta di promozione della crescita economica e sociale perché, come insegna la teoria economica, l'esistenza di una rete di protezione adeguata può incentivare l'iniziativa personale e l'imprenditorialità, permettendo alla società tutta di godere di progettualità ad alto valore aggiunto che non sarebbero, altrimenti, realizzate. Questo appare tanto più importante in un contesto nel quale le tradizionali forme del welfare assicurativo contributivo sono messe in crisi dall'affermarsi di nuove realtà lavorative, dal continuo aggiornamento delle professionalità, dalla competizione fiscale e salariale al ribasso.

Un'infrastruttura sociale solida può favorire esperienze anche innovative di alleanza tra mondo delle imprese e del lavoro, affinché aumentino le opportunità ed i servizi di conciliazione tra vita e lavoro e siano migliorati i percorsi di integrazione lavorativa delle persone con disabilità. Un sistema di welfare generativo, dunque, in cui diventa possibile intervenire sulle situazioni di fragilità e andare a risolvere piccole o grandi problematiche individuali, ma, al tempo stesso generare benessere e miglioramento sociale per tutta la popolazione.

Queste considerazioni si compendiano con la necessità che, a tutti i livelli della programmazione, si persegua l'integrazione tra politiche sociali e le altre politiche, in particolare quelle sanitarie, dell'istruzione, del lavoro. Le politiche del lavoro assumono considerazione anche in ragione dell'enorme valore inclusivo rivestito dall'esperienza lavorativa nella vita delle persone.

In tal senso, non può che essere connaturato alle finalità di un moderno e adeguato sistema di servizi sociali l'obiettivo di promuovere piena e buona occupazione femminile. A questo scopo concorrono sia la rete di servizi di sostegno alla genitorialità, capaci di potenziare i servizi e gli strumenti di conciliazione tra vita lavorativa ed esperienza genitoriale delle donne, che la circostanza rappresentata dalla presenza di moltissime donne nelle varie professioni del sociale. Quest'ultima, in particolare, è una ragione in più perché maturino ovunque maggiori opportunità e migliori condizioni di lavoro nell'ambito degli interventi sociali e dei servizi alla persona.

### **1.1.2 Livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale**

La sicurezza offerta dall'esistenza di un sistema di servizi sociali strutturato, come dalle altre componenti del sistema di welfare, costituisce il riconoscimento che il diritto di tutti alla piena partecipazione sociale deve essere reso effettivo. Ma per promuovere la coesione e costruire sicurezza, il sistema dei servizi sociali deve dare certezza circa quanto sarà in grado di offrire. Non si tratta di dare tutto subito, quanto di costruire, anche gradualmente e con un'opportuna programmazione finanziaria, certezze sulle prestazioni, caratterizzandole come diritti.

In altri termini, se le prestazioni e i servizi sociali sono essenziali per consentire una "dignitosa esperienza di vita", ciò richiede un sistema di livelli essenziali che si fondi sulla valorizzazione della capacità di esprimersi e di fare delle persone entro un sistema di diritti esigibili per tutti, affinché di tutti siano valorizzate le competenze e a tutti siano riservate le giuste attenzioni, al fine di prevenire situazioni di disagio e di esclusione.

Bisogna, dunque, costruire e definire Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS). L'art. 22 della L. 328/2000, la Legge quadro nazionale, individua una serie di ambiti di intervento che riconosce come livelli essenziali, ma non si è ancora passati dalla genericità degli ambiti all'operatività. L'art. 117 della Costituzione, come riformata nel 2001, riserva al Governo centrale la definizione dei LEPS da assicurare su tutto il territorio nazionale, ma la definizione pratica dei LEPS si è scontrata con una situazione finanziaria ed un riparto di competenze che hanno a lungo

ostacolato la realizzazione del necessario investimento sul sociale. Anche la L. 42/2009, di attuazione del federalismo fiscale, e i relativi decreti attuativi, pur assegnando un ruolo importante ai livelli essenziali delle prestazioni, hanno dovuto prendere atto che in ambito sociale mancavano, ripiegando sull'individuazione di obiettivi di servizio cui solo nel 2021 si sta iniziando a dare corso, nella prospettiva di una successiva individuazione di qualche LEPS.

In effetti, negli anni più recenti, sotto la spinta da una parte di una crescente diffusione di condizioni di povertà, dall'altra di una crescente sensibilità normativa, anche internazionale, sui temi sociali, innescata, fra l'altro, dalla ratifica di atti quali la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000 e 2007), la Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia (1989, ratificata nel 1991), la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006, ratificata nel 2009), e di iniziative quali la definizione a livello Europeo del Pilastro europeo dei diritti sociali e del relativo Piano d'Azione (2017 e 2021), una rinnovata

sensibilità è emersa e alcune indicazioni, pur non completamente formalizzate, sono state date nei documenti di programmazione nazionale. Con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza) sono stati definiti formalmente livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella componente di politica attiva, definendo le basi per il

riconoscimento di un vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali o del lavoro.

Con la Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) si è, infine, arrivati alla formale definizione in norma di un livello essenziale di sistema nei termini di un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000 e a stanziare risorse finalizzate al suo perseguimento nell'ambito del servizio pubblico (art. 1 commi 797-804); tale misura può a buon diritto qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali. Inoltre, si è arrivato ad individuare, nell'ambito del federalismo fiscale, nuove risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali (art. 1 commi 791-793); tali risorse sono collegate formalmente alla definizione di obiettivi di servizio alla cui definizione si è iniziati a lavorare in modo coordinato con la filiera sociale e con gli enti locali. Tali risorse vanno ad aggiungersi al rifinanziamento e rafforzamento dei diversi fondi sociali nazionali.

Nel mentre, anche alcune Regioni e Comuni hanno provveduto ad individuare livelli essenziali ed obiettivi di servizio da riconoscere nei propri territori, in un contesto normativo sempre sostanzialmente coerente le linee guida individuate dalla L. 328/2000.

I tempi sembrano dunque maturi per avanzare ulteriormente verso la definizione dei LEPS e per dare così, al sistema dei servizi sociali quella affidabilità e strutturalità già da tempo conseguita in altri settori del welfare, quali sanità e pensioni.

Nell'ambito della corrente programmazione sociale nazionale verranno così individuati un primo gruppo di LEPS, già individuati in normativa o in vista di un loro formale riconoscimento.

Assieme ai LEPS saranno individuate le relative modalità di finanziamento ai fini di assicurarne l'effettivo conseguimento. In un settore ancora largamente sottofinanziato, qual è quello dei servizi sociali, l'approccio non può che essere graduale e partire con l'individuazione di una serie pur parziale di servizi e prestazioni da riconoscere su tutto il territorio nazionale. Tale base verrà gradualmente arricchita con i successivi esercizi di programmazione nazionale, a partire dal Piano per la non autosufficienza, fino alla definizione di un insieme di prestazioni minime su cui tutte le persone possano contare a prescindere dalla Regione e dall'Ambito nelle quali sono localizzate.

Non tutto è prefigurabile, nell'orizzonte di programmazione, come LEPS; questo non vuole, tuttavia, significare che non siano necessarie o utili azioni di rafforzamento delle prestazioni e dei servizi sociali offerti alla città, in un'ottica che può essere finalizzata o meno alla successiva definizione di LEPS o specifici obiettivi di servizio.

Il Riquadro 1.1 dà conto dei LEAS già individuati in norma primaria, ancorché non sempre già operativi, sia in ragione del contenuto generico e prevalentemente programmatico di alcuni, che del vincolo di risorse.

La Tabella 1.1 individua i LEAS e alcune azioni di rafforzamento che vengono individuati come prioritari nella presente programmazione nell'ambito del Piano nazionale sociale, del Piano povertà e del Piano per la non autosufficienza che vedrà la luce nel 2021 (in quest'ultimo caso, l'indicazione generica verrà puntualmente qualificata in sede di stesura). L'ultima colonna della tabella indica per ciascuno le fonti di finanziamento individuate, costituite dai fondi nazionali e/o dai fondi europei, in un'ottica per quanto possibile integrata

## **RIQUADRO 1.1 - RIFERIMENTI NORMATIVI E LEPS GIÀ DEFINITI IN NORMA PRIMARIA**

### **A) Costituzione**

- Art. 117, comma 2: "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".

**B) L. 5 maggio 2009, n. 42 “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell’articolo 119 della Costituzione”.** La L. 42 e i decreti applicativi non definiscono specifici livelli essenziali ma definiscono piuttosto un percorso nell'ambito dell'attuazione del federalismo fiscale. Fra i molti riferimenti si segnala in questa sede il seguente.

- Art. 20. (Principi e criteri direttivi concernenti norme transitorie per le regioni) comma 2: “La legge statale disciplina la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni. Fino a loro nuova determinazione in virtù della legge statale si considerano i livelli essenziali di assistenza e i livelli essenziali delle prestazioni già fissati in base alla legislazione statale”.

**C) L. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.**

- **Art. 22.** (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

- comma 2: “Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di personetotalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza;
- misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell’art. 16, per favorire l’armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio DL 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla L. 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla L. 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell’art. 14; realizzazione, per i soggetti di cui all’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all’articolo 10 della citata L. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l’accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale.
- informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto”.

- comma 4: “In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni Ambito territoriale di cui all’articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l’erogazione delle seguenti prestazioni:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- servizio di pronto intervento sociale per le 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”.



**D) D.Lgs. 159/2013 Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)**

- Art. 2 (ISEE) comma 1. “L’ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l’applicazione dell’indicatore ai fini dell’accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell’articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie e ferme restando le prerogative dei Comuni”.

**E) D.Lgs. 15.9.2017, n. 147 “Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”.**

- Art. 5 (Punti per l’accesso al Rel e valutazione multidimensionale) comma 10: “I servizi per l’informazione e l’accesso al Rel [Rdc] e la valutazione multidimensionale costituiscono livelli essenziali delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente”.

- Art. 23 (Coordinamento dei servizi territoriali e gestione associata dei servizi sociali) comma 4: “L’offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e PA ai sensi del presente articolo, costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili”.

**F) DL 28/1/2019, n. 4 Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni, convertito in legge 28 marzo 2019, n. 26.**

- Art. 1 (Reddito di cittadinanza) comma 1: “Il Rdc costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili”.

- Art. 4 (Patto per il lavoro e Patto per l’inclusione sociale) comma 14: “Il Patto per il lavoro e il Patto per l’inclusione sociale e i sostegni in essi previsti, nonché la valutazione multidimensionale che eventualmente li precede, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente”.

**G) L. 178/2020 (Legge di bilancio 2021)**

- Art. 1 comma 797: “Al fine di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata, e, contestualmente, i servizi di cui all’articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, nella prospettiva del raggiungimento, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, di un livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni Ambito territoriale di cui all’articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e dell’ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000, è attribuito, a favore di detti Ambiti, sulla base del dato relativo alla popolazione complessiva residente un contributo...”

<b>Tabella 1.1 - LEPS e principali azioni di potenziamento</b>					
<b>Intervento</b>	<b>sigla</b>	<b>tipologia</b>	<b>Servizio / Trasf Monet</b>	<b>Ambito di trattazione nel piano sociale (1)</b>	<b>Principali fonti di finanziamento nazionale (2)</b>
Utilizzo dell'ISEE quale means test	ISEE	LEPS	S	PSN	bilancio
Servizio sociale professionale		LEPS	S	PPOV	Fondo povertà, FNPS, PON Inclusion, Fondo solidarietà comunale
Potenziamento professioni sociali		Potenziamento	S	PSN	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusion, Fondo solidarietà comunale
Pronto intervento sociale		LEPS	S	PPOV	React, Fondo povertà, FNPS, PON Inclusion
Punti unici di accesso	PUA	Potenziamento	S	PSN	FNPS, FNA
Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato		LEPS/Potenziamento	S	PSN PPOV	FNPS, Fondo povertà, PON Inclusion, POC
Supervisione personale servizi sociali		LEPS	S	PSN	PNRR, FNPS
Dimissioni protette		LEPS	S	PSN / PNA	PNRR, FNPS, FNA
Prevenzione allontanamento familiare	PIPPI	LEPS	S	PSN	PNRR, Fondo povertà
Garanzia Infanzia		Potenziamento	S	PSN	PON Inclusion
Promozione rapporti scuola territorio	GET UP	Potenziamento	S	PSN	FNPS, POC, Pon Inclusion
Careleavers		Potenziamento	S	PSN - PPOV	Fondo povertà
Sostegno monetario al reddito	Rdc / Assegno sociale	LEPS	TM	PPOV	Bilancio (Fondo per il Rdc)
Presa in carico sociale / lavorativa	Patto inclusion sociale/lavorativa	LEPS	S	PPOV	Fondo povertà, PON Inclusion
Sostegno alimentare	FEAD	Potenziamento	S	PPOV	FEAD, REACT, PON Inclusion 2021-2027
Housing first		Potenziamento	S	PPOV	PNRR, Fondo povertà
Centri servizio per il contrasto alla povertà	Stazioni di posta	Potenziamento	S	PPOV	PNRR, Fondo povertà
Servizi per la residenza fittizia		LEPS	S	PPOV	Fondo povertà
Progetti dopo di noi x categorie prioritarie		Obb servizio	S	PNA	Fondo dopo di noi
Progetti dopo di noi e vita indipendente		Potenziamento/LEPS	S	PNA	PNRR, FNA, Fondo dopo di noi
Indennità di accompagnamento		LEPS	TM	PNA	bilancio pubblico
Servizi per la non autosufficienza		Potenziamento/LEPS	S	PNA	FNA, risorse dedicate

Note/Legenda. (1) PSN Piano sociale nazionale (cap.2); PPOV Piano per la lotta alla povertà (cap. 3); PNA Piano per le non autosufficienze (cap. 4, che si aggiungerà nel 2022)). (2) FNPS: Fondo nazionale per le politiche sociali; FNA Fondo per le non autosufficienze; PNRR Piano nazionale di Ripresa e Resilienza; REACT EU Programma Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe; FEAD Fondo europeo aiuti agli indigenti; POC Piano Operativo Complementare Inclusion.

### 1.1.3 Approccio alla persona

Un approccio basato sui livelli essenziali delle prestazioni si coniuga naturalmente con una visione e un approccio organizzativo che cercano di ricondurre al centro la persona, nella sua unità, e i suoi bisogni, superando l'ottica categoriale incentrata sull'inquadramento e la riduzione delle persone in condizioni di bisogno all'elemento che più ne può caratterizzare la fragilità, sia esso la disabilità, l'immigrazione, l'età o quant'altro. Va perciò rovesciata la logica della risposta sociale. Il punto di partenza di ogni intervento sociale poggia su tre pilastri:

- il diritto ad una vita dignitosa di ognuno,
- l'attenzione al contesto familiare,
- la valorizzazione e la cura del contesto.

Si tratta, in altre parole, di essere attenti alle "condizioni personali" di chi ha o potrebbe avere problemi. I fattori di rischio sociale, è bene sottolinearlo, riguardano tutti, in ogni età, in ogni luogo, in ogni condizione.

Tuttavia, concentrandosi sulla storia di ognuno è possibile intervenire perché siano affrontati, anche preventivamente, disagi e difficoltà.

Non sempre è possibile superare l'approccio categoriale, in quanto il ragionare per categorizzazioni, e l'associato approccio "per target" è radicato nello stesso modello di costruzione dei servizi esistenti, nella struttura del bilancio, nella raccolta dei dati, nella normativa regionale, nazionale ed europea e, spesso, nella mentalità degli stessi operatori. A volte, poi, l'approccio categoriale riesce a dar conto nell'immediato di professionalità specifiche, cui non si può e non si deve rinunciare nel passaggio ad un approccio che vuole andare oltre l'ottica meramente categoriale. Tuttavia, occorre trovare il giusto bilanciamento tra interventi e approcci specialistici e interventi che per la loro stessa efficacia debbono essere caratterizzati da una forte trasversalità.

Inoltre, è opportuno che le scelte di programmazione sociale si sviluppino a partire dalla capacità di lettura della qualità sociale complessiva della vita delle comunità territoriali e sui fattori di miglioramento su cui è necessario fare leva.

D'altra parte, cercare di superare la frammentazione significa anche prendere atto che spesso i bisogni associati a specifiche cause possono ripercuotersi trasversalmente. Così, ad esempio, per quanto riguarda il disagio mentale, i suoi effetti si rivelano nell'area del lavoro, della casa, del reddito, così come nell'area del benessere e della famiglia; analogamente, la condizione di "anziano", che non deve, di per sé, essere automaticamente associata ad un bisogno sociale, innesca tendenzialmente domande trasversali, che vanno dal reddito, alla socializzazione, alla salute. Anche la presenza di stranieri nelle nostre comunità territoriali è una ragione in più perché ci siano servizi sociali attenti alla dimensione interculturale e alla concretezza con cui si sviluppano le relazioni sociali ed interpersonali nei luoghi di vita e di lavoro. Un sistema di servizi sociali, dunque, deve essere capace di dare la giusta attenzione ai fenomeni e alle problematiche interculturali per favorire l'integrazione e la convivenza, nel rispetto delle varie componenti senza alcuna rinuncia ai valori della legalità e nel rispetto delle diverse culture. Anche, per queste ragioni l'approccio alla persona e alla sua cultura è decisivo e sfidante.

L'approccio alla persona e ai suoi bisogni porta ad individuare un percorso di presa in carico che è già parte della normativa italiana, sia della legge quadro n. 328/2000 che della più recente normativa sul sostegno al reddito. È un approccio fondato sull'accesso, la valutazione multidimensionale della persona, la presa in carico e la definizione di un progetto individualizzato che individua i sostegni necessari alla persona, cui deve seguire l'attivazione di tali sostegni ai fini di portarla a conseguire, o riconquistare, la massima autonomia. A questo scopo deve essere riservata la massima attenzione alla sinergia ed alla collaborazione tra settori diversi poiché l'integrazione ed il superamento di logiche eccessivamente settorializzate ed autoreferenziali, è condizione dirimente affinché la cosiddetta presa in carico possa offrire alla persona con il progetto personalizzato opportunità diversificate per realizzare percorsi di autonomia.

#### **1.1.4 La strutturalizzazione dei servizi**

Il sistema dei servizi sociali territoriali è ancora fortemente disomogeneo nel nostro paese e sviluppato in maniera insufficiente. Realizzare il percorso disegnato non è facile in un contesto di forte scarsità di risorse finanziarie e di personale che riflette lo scarso sviluppo del sistema dei servizi sociali italiani nell'ambito più generale del welfare.

Tuttavia, occorre proseguire sul percorso di rafforzamento già intrapreso, mediante maggiori disponibilità finanziarie e con la consapevolezza, ormai generalizzata, dei ritardi e dell'esigenza di strutturalizzare il sistema, evidenziatasi con particolare urgenza nell'episodio pandemico. La pandemia ha, infatti, messo in luce i punti di forza del nostro sistema - che si è rafforzato negli ultimi anni con importantissimi strumenti di integrazione del reddito delle persone e delle famiglie più povere quali il reddito di cittadinanza - ma ha anche evidenziato ritardi e fragilità che debbono essere affrontate e superate. La fase storica che si sta aprendo richiede che non si rinvi più la scelta di far compiere un passo avanti significativo in direzione di un sistema di politiche e di interventi sociali che sia solido ed integrato ovunque e che affronti, per colmarle, le lacune strutturali più gravi.

Occorre superare la situazione che vede, nel nostro paese, ancora molti territori con un'organizzazione del servizio sociale aleatoria, accessoria, discontinua e non integrata con le altre politiche pubbliche.

Da questo punto di vista la priorità massima per la programmazione triennale è di consolidare e standardizzare i servizi, avendo come obiettivo quello di dar vita ad un'infrastruttura sociale capace di apprendere dalle migliori esperienze europee per innovare e realizzare interventi necessari alla riqualificazione territoriale e al rilancio economico e civile delle aree più in difficoltà del nostro paese. L'obiettivo è quello di favorire la valorizzazione delle competenze, alti livelli quantitativi e qualitativi di occupazione mediante servizi ben organizzati e ben amministrati, moderni e pienamente accessibili da parte delle cittadine e dei cittadini.

Standardizzare non significa rinunciare alla sperimentazione e all'innovazione, perché in un contesto in continua evoluzione i servizi devono adattarsi a nuove esigenze e bisogni in continuo mutamento. Tuttavia, la sperimentazione non deve mai essere fine a sé stessa, e deve invece porsi come elemento propedeutico ad una azione di sistematizzazione ed integrazione strutturale dell'innovazione nel complessivo sistema dei servizi sociali territoriali.

### **1.2. Un sistema in mezzo al guado**

#### **1.2.1 Il peso dei servizi sociali territoriali è limitato**

Se le dimensioni del welfare complessivo italiano reggono il paragone con quello dei paesi della nostra area di riferimento, tuttavia, il welfare italiano è concentrato fortemente sulle prestazioni monetarie pensionistiche, da un lato, e sui servizi sanitari dall'altro, mentre la componente dei servizi sociali è sostanzialmente residuale. Nel 2019, a

fronte di una spesa sociale in rapporto al PIL non troppo dissimile dalla media europea, la spesa sociale locale in Italia raggiungeva appena lo 0,7% del PIL, contro una media EU-28 del 2,5% e contro il 2,8% della Germania e il 2,1% della Francia.

**Tabella 1.3 - La spesa sociale a livello comunale: valori**  
*Fonte: Istat, Indagine sulla spesa sociale dei comuni singoli*

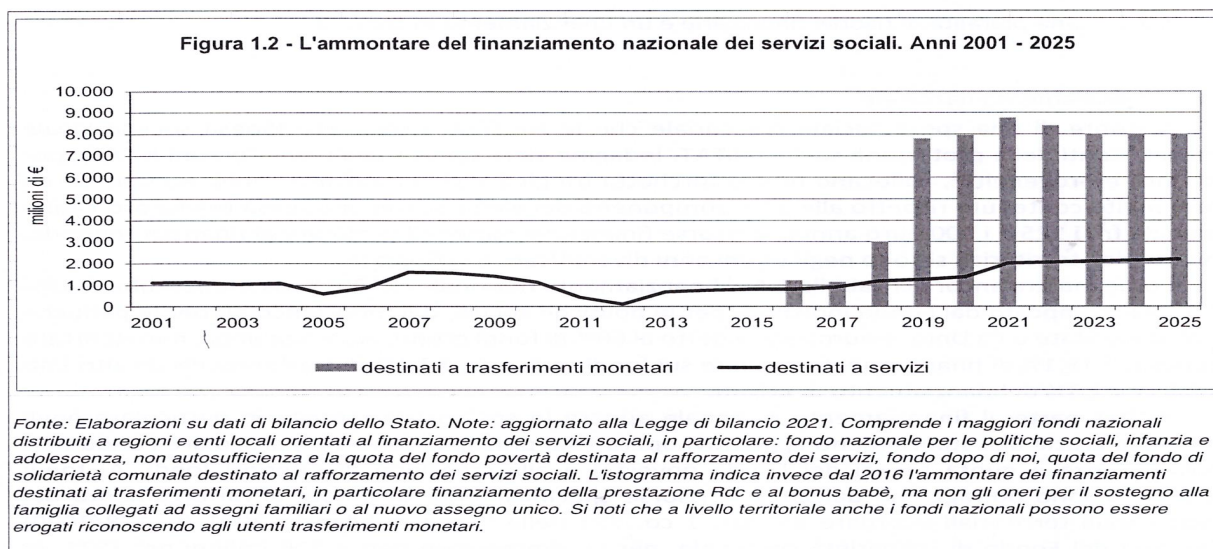
2018	spesa complessiva	
	in milioni di €	in € pro-capite
<b>Italia</b>	<b>7.472</b>	<b>124</b>
Nord-ovest	2.147	133
Piemonte	555	127
Valle d'Aosta	26	210
Liguria	218	140
Lombardia	1.347	134
Nord-est	2.061	177
Trentino Alto Adige	419	392
P.A. Bolzano	286	540
P.A. Trento	133	246
Veneto	535	109
Friuli-Venezia Giulia	337	277
Emilia Romagna	771	173
Centro	1.645	137
Toscana	512	137
Umbria	83	94
Marche	165	108
Lazio	885	150
Sud	811	58
Abruzzo	95	73
Molise	21	70
Campania	325	56
Puglia	293	73
Basilicata	34	59
Calabria	42	22
Isole	809	122
Sicilia	409	82
Sardegna	400	243

### I finanziamenti europei

Ai finanziamenti nazionali destinati ai servizi sociali territoriali si sono aggiunti, a partire dal 2014 e in misura crescente, fondi europei o fondi nazionali collegati alla programmazione europea.

Il PON Inclusionione (servizi sociali) e il FEAD (principalmente dedicato al sostegno alimentare) della programmazione 2014-2020, per un totale di 1,2 e 0,8 miliardi rispettivamente, hanno ancora una coda residuale (circa 0,4 miliardi) da impiegare entro il 2023 e vedranno una conferma nella programmazione 2021-2026 verosimilmente dentro un unico programma PON Inclusionione, di cui si è avviata la programmazione, con una dotazione significativamente superiore alla somma dei due programmi precedenti. A questi si aggiungono le somme di REACT-EU, inserite nella coda della programmazione PON Inclusionione e FEAD 2014-2020, per un ammontare pari a 90 e 190 milioni rispettivamente. Completano il quadro le risorse (circa 300 milioni) del POC Inclusionione, il Piano operativo complementare finanziato con le risorse derivanti dall'aumento del cofinanziamento europeo e dall'utilizzo di circa 250 milioni del PON per spese legate al Covid, e il PNRR, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che ha stanziato 1,45 miliardi per tre specifici interventi sul sociale a regia nazionale concernenti interventi in ambito socio-sanitario, interventi di sostegno alle persone con disabilità e intervento di contrasto alla povertà estrema.

Tutti i fondi sopra richiamati sono per la massima parte destinati alla realizzazione di interventi che verranno realizzati dagli Ambiti sociali territoriali, cosicché nei prossimi 7-8 anni una cifra aggiuntiva significativamente superiore ai 5 miliardi, considerando anche la nuova programmazione FSE+ e le code della programmazione 2014-2020, andrà ad integrare i finanziamenti nazionali riportati nella Figura 1.2.



Questo scenario induce a ritenere sempre più cruciale la stretta connessione che dovrà progressivamente rafforzare il legame tra programmazione sociale regionale, programmazione nazionale a carattere sempre più strategico e sempre meno limitata alle modalità di utilizzo di fondi specifici e programmazione territoriale in capo agli Ambiti Territoriali Sociali nel rispetto delle indicazioni di cui all'art. 23 del D.Lgs. 147/2017.

## 1.4. Gli attori

### 1.4.1 Da utenti a cittadini

I servizi sociali debbono essere i principali alleati della ripresa economica e civile dei nostri territori e possono esserlo perché “con le persone” a cui si rivolgono, essi ne sostengono i percorsi di crescita e di sviluppo, sulla base di un sistema di diritti e di prestazioni in grado di promuovere e proteggere “tutti e ciascuno” secondo le diverse necessità e condizioni. Ma è una condizione di efficacia essenziale, per un moderno e competente sistema di servizi sociali, il suo operare promuovendo le competenze dei cittadini utenti, favorendo in modo attento e positivo lo sviluppo delle relative capacità. Tutto ciò richiede che vi siano azioni, cure, sostegni e aiuti finalizzati a promuovere l’inclusione e a limitare – per quanto possibile – la cronicizzazione di situazioni di dipendenza da interventi

assistenziali. Inoltre, il compito dei servizi sociali è favorire il superamento di situazioni di isolamento e ghettizzazione delle situazioni di disagio sociale e ciò richiede una capacità di riconoscimento e valorizzazione delle reti di cittadinanza. Queste reti possono contribuire in modo decisivo alle strategie di inclusione sul territorio attraverso lo sviluppo di pratiche di autorganizzazione della solidarietà e di efficace collaborazione al migliore funzionamento dei servizi pubblici. La partecipazione diventa dunque elemento fondante dell'efficacia dell'azione di un sistema dei servizi sociali che costruisca quotidianamente inclusione e resilienza. Tale partecipazione, tanto quella diretta quanto quella mediata da reti formali e organismi di rappresentanza, deve operare tanto nella fase ascendente della programmazione, quanto in quella discendente dell'implementazione e del monitoraggio e della valutazione degli andamenti e dei risultati.

#### 1.4.2 Il servizio sociale professionale e i lavoratori del sociale

A fronte di una generalizzata crescita della "domanda" sociale, innescata dal deterioramento delle condizioni di molti individui e famiglie, dalla richiesta di servizi di qualità maggiore e, non ultimo, dalla scelta di associare all'introduzione di una misura nazionale di sostegno al reddito una esplicita presa in carico (sociale o lavorativa), già nel 2018 il servizio sociale professionale è stato individuato come l'elemento critico imprescindibile. Il Piano povertà 2018-2020 riportava testualmente come *"Appare in conclusione opportuno che i primi obiettivi quantitativi di questo Piano siano declinati in termini di servizio sociale professionale. In questo contesto si ritiene prioritario assicurare un numero congruo di assistenti sociali, quantificabile in almeno un assistente ogni 5.000 abitanti, almeno come dato di partenza nel primo triennio di attuazione del REI. (...) Al fine di assicurare continuità degli interventi e anche di evitare conflitti di interessi, appare opportuno che il servizio sia erogato dall'ente pubblico"*. In effetti, negli ultimi anni il servizio sociale professionale è andato in crisi da un lato per la riduzione del personale in seguito ad intensi flussi di pensionamento non bilanciati da ingressi a seguito del blocco del turnover, dall'altro dall'assommarsi di nuovi carichi di lavoro ai vecchi.

Vero è che alla carenza di personale (non solo di assistenti sociali) si è diffusamente ovviato con le esternalizzazioni, peraltro in maniera non omogenea sul territorio. Tuttavia, gli operatori sociali "esternalizzati", che pure sono di grande valore ed offrono un contributo importantissimo, non possono sostituire, come numero e come possibilità di intervento, quelli dei servizi pubblici, mentre là dove la loro presenza è più pervasiva si presentano problemi di ruolo e condizioni differenti di lavoro e retribuzione che segmentano la funzione. L'esternalizzazione dei servizi sociali è un fenomeno che ha raggiunto, in parallelo con la riduzione del personale comunale, dimensioni eccessive e disfunzionali. Se in teoria l'amministrazione dovrebbe avere il controllo e indirizzare il sistema dei servizi, troppo spesso è mancata un'effettiva capacità di guida. Il pubblico troppo spesso non riesce ad elaborare una visione unitaria e sistemica, finendo per inseguire istanze e visioni provenienti dall'esterno, a volte assolutamente degne e disinteressate, ma spesso specifiche e settoriali. Eppure l'esperienza storica, anche recentissima, dimostra come sia proprio la presenza di servizi pubblici adeguati ed impegnati che consente lo sviluppo delle migliori esperienze di servizio e di protagonismo da parte delle stesse organizzazioni della società civile e di valorizzare il fondamentale ruolo del Terzo settore al benessere collettivo. Al contrario è sbagliato pensare che lo sviluppo degli interventi sociali possa concludersi con una mera delega di funzioni alle organizzazioni del Terzo settore e del volontariato.

Per avviare a quanto sopra, il Piano nazionale per la lotta alla povertà 2018-2021 ha previsto, oltre alla quantificazione di un obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 5000 abitanti, la possibilità per le amministrazioni di Comuni e Ambiti, di assumere direttamente assistenti sociali a tempo determinato, a valere sulle risorse del PON Inclusione o della quota servizi del Fondo povertà.

Nel 2020 il legislatore con la Legge di bilancio per il 2021 ha confermato e rafforzato tale impostazione formalizzando il livello essenziale di 1:5000, introducendo un ulteriore obiettivo di servizio "sfidante" di 1:4000 e traducendo la necessità di rafforzare la titolarità pubblica del servizio sociale professionale nella previsione di risorse incentivanti esclusivamente destinate all'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali nei servizi sociali pubblici.

Il servizio sociale professionale, per quanto fondamentale, non esaurisce l'insieme delle professionalità necessarie all'espletamento dei servizi sociali. Varie altre professionalità sono necessarie, particolarmente in un approccio che vuole fondarsi sulla valutazione delle persone secondo un approccio multidisciplinare. **Anche l'impiego di tali altre professionalità (si pensi, solo a educatori, psicologi, oss), ha assunto caratteristiche simili a quelle degli assistenti sociali:** riduzione degli organici in seno alle amministrazioni e tendenziale ricorso, dove tali professionalità sono presenti, a figure esternalizzate. Da questo punto di vista il piano sociale ventila il rafforzamento dell'utilizzo di tali professionalità secondo un percorso già sperimentato con gli assistenti sociali, che prevede in primo luogo il rafforzamento della loro presenza e l'eventuale rafforzamento dei servizi pubblici attraverso l'estensione a tali figure delle possibilità assunzionali

e tempo determinato e indeterminato. In tal senso, la Commissione fabbisogni standard ha già previsto la possibilità per i Comuni di utilizzare le risorse aggiuntive del Fondo di solidarietà comunale destinate al rafforzamento dei servizi sociali anche a tal fine, mentre analoga possibilità verrà prevista a valere sugli altri fondi destinati al sociale.

La professionalità e l'equilibrio degli operatori del sociale è fondamentale per offrire un servizio di elevata qualità, cosa tanto più rilevante in quanto il lavoro che essi svolgono incide direttamente sulla qualità della vita di persone spesso in condizioni di elevata fragilità. Da questo punto di vista il Piano sociale opera la scelta di individuare un livello essenziale delle prestazioni riguardante la supervisione degli operatori del sociale, da operare secondo modalità incentrate sulla condivisione e supervisione dei casi, ai fini tanto di individuare le migliori risposte ai bisogni quanto di prevenire e contrastare i fenomeni di burn-out. A tali fini, sarà attivata una delle linee progettuali del PNRR, integrata da risorse aggiuntive del Fondo sociale nazionale e della nuova programmazione europea. Sarà decisivo accompagnare questo processo anche mediante la progressiva definizione, laddove manchino, e l'aggiornamento dei modelli e degli standard di funzionamento organizzativo, ai fini di assicurare la qualità del lavoro degli operatori sociali, migliorare l'accesso dei cittadini utenti ai servizi e alle prestazioni, incrementare le capacità gestionali e di utilizzazione delle risorse finanziarie, assicurare l'inclusione della programmazione sociale all'interno dei programmi di sviluppo economico territoriale anche attraverso l'adozione di specifici patti per lo sviluppo locale sostenibile.

#### **1.4.3 Gli enti di Terzo settore e il privato sociale**

La sussidiarietà orizzontale rappresenta un elemento costitutivo della programmazione sociale a tutti i livelli. Pertanto, in un contesto nel quale il pubblico organizza un sistema strutturato di servizi sociali basato su livelli essenziali e su prestazioni che alimentino l'inclusione sociale e la sicurezza di tutti, gli Enti di Terzo settore ETS, con la cooperazione e il privato sociale in genere, hanno una molteplicità di ruoli da giocare. In primo luogo, partecipano attivamente, attraverso i propri organismi e assieme agli altri stakeholder, alla definizione delle priorità e degli indirizzi di sistema. In secondo luogo, operano, su mandato del pubblico, per garantire i LEPS, nella misura e nei limiti in cui la fornitura concreta dei relativi servizi viene esternalizzata. Se, in un contesto di risorse limitate, il sistema dei LEPS deve necessariamente concentrarsi su un numero di prestazioni almeno inizialmente limitato, elemento essenziale è anche la capacità degli ETS di convogliare energie e risorse aggiuntive, arricchendo l'offerta e proponendo al pubblico il perseguimento di progettualità aggiuntive che, pur senza costituire nell'immediato LEPS, traccino linee di sviluppo avanzate del sistema. Iniziative che mobilitino a fondo la capacità innovativa e propositiva tanto del privato sociale in senso lato, quanto della società tutta.

Particolarmente importante, a tal fine, è il ruolo di quella parte del Terzo Settore che costituisce il mondo del volontariato, che deve diventare essenziale, di nuovo, non tanto nel supplire alla mancanza di servizi pubblici, quanto nell'arricchire l'offerta con la capacità di cogliere con grana fine le specifiche dinamiche e situazioni, fornendo risposte che, sfruttando il tessuto sociale e la quotidianità dei rapporti, creino specifica qualità.

**Con il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31.3.2021, a seguito dell'intesa sancita nella seduta del 25.3.2021 della Conferenza Unificata, sono state adottate le Linee guida sul rapporto tra Amministrazioni Pubbliche ed ETS, disciplinate negli artt. 55-57 del Codice del Terzo settore (D.Lgs. 117/2017). Le linee guida confermano il ruolo essenziale degli ETS quali partner delle Amministrazioni Pubbliche e la possibilità di operare, in ragione dell'interesse pubblico che ne orienta l'attività, attraverso meccanismi di co-programmazione e co-progettazione, che sono altro rispetto ai meccanismi di appalto, garantendo, comunque, quei principi di neutralità, trasparenza, evidenza pubblica che devono sempre caratterizzare l'operare pubblico e che devono essere applicati fin dal momento di selezione dei partner progettuali.**

Le Linee guida evidenziano che sta alla singola amministrazione scegliere *“in base alle concrete situazioni, lo schema procedimentale preferibile, assumendo come criterio-guida la necessità di assicurare il ‘coinvolgimento attivo’ degli ETS”*. Che la scelta cada su meccanismi di coprogrammazione o co-progettazione, ovvero su meccanismi di appalto, rimane fermo che l'esperienza degli ultimi anni ha portato nel sociale a situazioni limite, con procedure o bandi volti alla realizzazione di attività o all'affidamento di servizi anche di pochi mesi, che hanno alimentato l'incertezza negli operatori, costretti a rincorrere bandi e progetti senza soluzione di continuità, col perenne incubo di dovere terminare improvvisamente la propria attività e la frequentissima perdita di solide professionalità costruite nel tempo sul campo.



Tuttavia, laddove sia assicurata certezza di risorse finanziarie attraverso un'adeguata pianificazione, non vi sono ragioni per le quali le procedure di selezione dei partner progettuali, ovvero di appalto scelte, debbano tradursi in affidamenti di qualche mese o di uno-due anni al massimo. La normativa corrente, anche la normativa sugli appalti, che prevede specifiche norme sull'affidamento dei servizi sociali – permette, senza forzature, di prevedere affidamenti di durata ben più lunga (basti pensare, fra tutte, alla possibilità di inserire nei contratti la clausola di ripetizione di servizi analoghi). In tal senso, nell'orizzonte di programmazione del Piano si perseguirà l'obiettivo di una pianificazione pluriennale delle risorse finanziarie, che consenta una programmazione di ampio respiro dei servizi coniugando la necessità di dare adeguata stabilità e continuità ai servizi con i principi inderogabili di trasparenza ed evidenza pubblica.

## **2. Piano sociale nazionale 2021-2023**

### **2.1 La base normativa**

Questo è il secondo Piano sociale nazionale presentato in attuazione del D.Lgs. 147/2017 (art.21), che, nel riformare la governance del Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), ha previsto che l'utilizzo delle sue risorse sia oggetto di programmazione per mezzo di un Piano, della cui elaborazione è responsabile la Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

La riforma si colloca in continuità con le previsioni della L. 328/2000, che già prevede, all'art. 20, un Piano nazionale a governare l'utilizzo delle risorse del Fondo. Il FNPS, infatti, seppur istituito nel 1998, trova la sua piena definizione nell'ambito della Legge quadro sul sistema degli interventi e dei servizi sociali, nel contesto della quale è stabilita una stretta connessione tra gli strumenti finanziari - il FNPS, per l'appunto - e uno specifico strumento di programmazione: il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18). FNPS e Piano sociale nazionale rappresentano nel disegno del legislatore uno strumento fondamentale di attuazione delle politiche sociali nazionali che dovrebbe gradualmente evolversi nella definizione dei LEPS (art. 22).

Si richiamano le considerazioni già svolte nel capitolo 1 di questo Piano in ordine ai problemi che il disegno legislativo ha incontrato nella sua attuazione, problemi che hanno anche ostacolato, in assenza di LEPS, la definizione di uno strumento di coordinamento e programmazione nazionale in ambito sociale. Tale strumento è stato recuperato con l'art. 21 del D.Lgs. 147/2017. Esso definisce una sede formale, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale composta, oltre che dalle amministrazioni centrali competenti per materia, dai rappresentanti di ciascuna giunta regionale oltre che delle giunte di 20 Comuni individuati dall'ANCI. Alla Rete, organismo aperto ordinariamente alla decisione partecipata, atteso che consulta parti sociali e organizzazioni rappresentative del Terzo settore, come già detto, il legislatore affida ampi compiti di indirizzo e coordinamento nella materia delle politiche sociali, condividendo le scelte tra tutti coloro che sono responsabili delle decisioni ai diversi livelli territoriali di governo. Inoltre, l'art. 21 recupera l'idea di una programmazione sociale, collegando direttamente i tre maggiori fondi sociali ad altrettanti

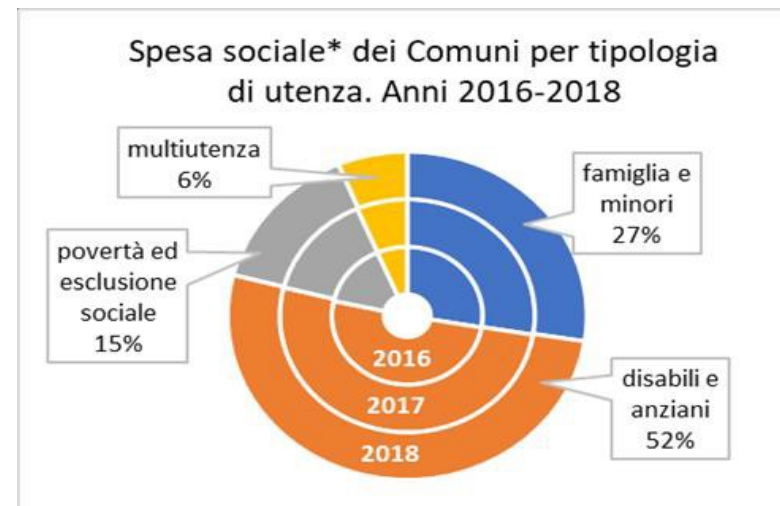
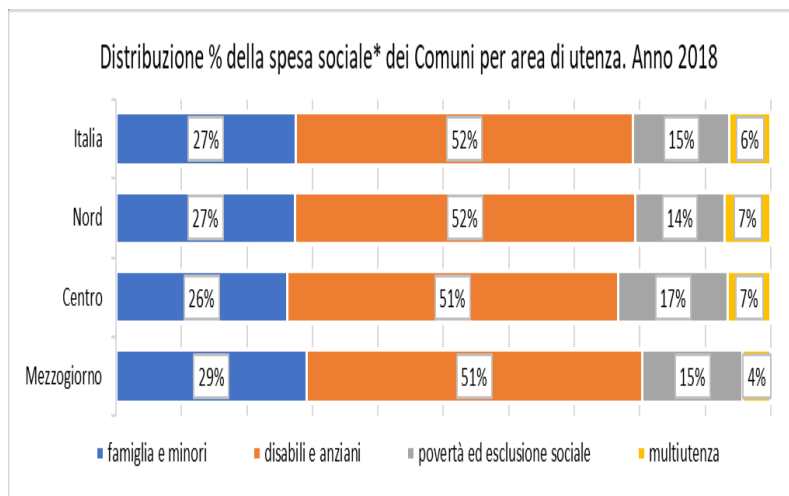
Piani. In questo capitolo 2, dopo la premessa unitaria sviluppata nel capitolo 1 concernente la direttrice di sviluppo e strutturalizzazione dei servizi sociali territoriali, il Piano sociale tratta i temi e le priorità più direttamente collegati al FNPS e alla sua programmazione.

### **2.2 La base conoscitiva**

Riprendendo l'indagine censuaria realizzata dall'ISTAT sulla spesa dei Comuni per il sistema integrato di interventi e servizi sociali, dal 2013 è resa disponibile con dettaglio a livello di ambito territoriale e depurando la spesa già riportata nel capitolo 1 dalla spesa per asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia la spesa sociale nel 2018 risulta essere stata di 6,392 miliardi di euro.

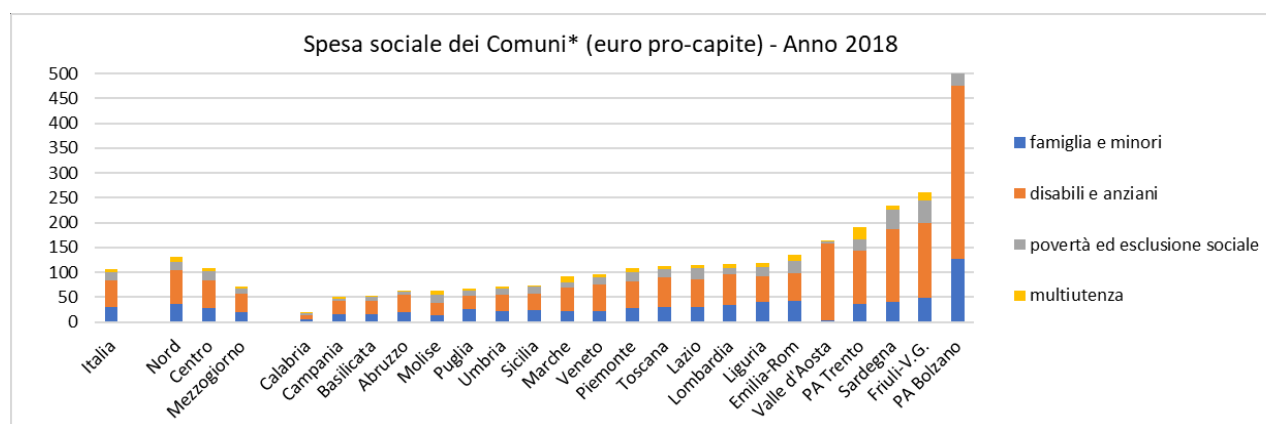
Com'è distribuita questa spesa per aree di utenza? Al netto dei nidi (la cui spesa comunque ammonta a oltre 1 miliardo di euro l'anno), oltre un quarto del totale è destinato ad interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza e a sostegno delle responsabilità familiari; circa metà per politiche in favore delle persone con disabilità e per il sostegno agli anziani (spesso non autosufficienti); un settimo al contrasto alla povertà e altre forme di esclusione sociale (immigrati, RSC, dipendenze); meno di un decimo per il complesso dell'utenza (ad es. segretariato sociale). La distribuzione per aree di utenza mostra una elevata stabilità

temporale: a livello territoriale si osserva invece una maggiore presenza, rispetto al dato complessivo, dell'area famiglia e minori nel Mezzogiorno e dell'area povertà ed esclusione sociale nel Centro.



Ma il carattere forse più sorprendente della spesa sociale è la sua sperequazione territoriale: si va da 19 euro pro-capite della Calabria ai 508 euro della Provincia autonoma di Bolzano. A fronte di una spesa media pro-capite nazionale di 106 euro, nel Nord si spendono 130 euro e nel Mezzogiorno poco più di 79 euro. Ma la sperequazione è ancora più accentuata se si osservano i dati a livello infra-regionale e cioè di Ambito territoriale, la realtà associativa di comuni responsabile della programmazione sociale.

L'esigenza di un rafforzamento generale e di garanzia di un livello uniforme di servizi sul territorio è pertanto evidente



### **2.3 Le priorità**

Il presente Piano, in continuità con i precedenti, ha come obiettivo il benessere sociale della popolazione attraverso lo strumento del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Con specifico riferimento alle azioni che fanno riferimento al FNPS, si distinguono due maggiori ambiti di impiego, Azioni di sistema e Interventi rivolti alle persone di minore età, all'interno del quale vengono individuate alcune attività individuate come prioritarie nell'ottica della programmazione triennale, come già anticipato nel capitolo 1.

Nello specifico, gli interventi considerati come prioritari vengono individuati come segue:

- Area delle azioni di sistema
- Punti unici di accesso
- LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali
- LEPS Dimissioni protette
- Potenziamento professioni sociali
- Interventi rivolti alle persone di minore età
- LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.
- Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up
- Sostegno ai care leavers
- Garanzia infanzia

#### **2.3.1.3 LEPS Dimissioni protette**

Anche sull'onda emotiva degli ultimi accadimenti, si coglie l'occasione della nuova programmazione triennale per riflettere e avviare azioni di sostegno e rafforzamento delle azioni di valorizzazione dell'assistenza domiciliare, laddove possibile e opportune, delle persone con fragilità.

Una tale riflessione ha portato ad ipotizzare tra i LEPS finanziabili le cd. Dimissioni protette, per quanto riguarda, ai fini del presente Piano, la componente direttamente a carico dei servizi sociali territoriali.

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti, nell'ottica del suo riconoscimento come LEPS. Essa verrà finanziata con rilevanti risorse a valere sul PNRR e si prefigura, al di là dell'orizzonte temporale di utilizzo del PNRR, un finanziamento a valere sul FNPS e sul FNA.

#### **2.3.1.4 Potenziamento professioni sociali**

Come richiamato nella stessa sezione 1.4.2, però, il servizio sociale professionale, per quanto fondamentale, non esaurisce l'insieme delle professionalità necessarie all'espletamento dei servizi sociali. Varie altre professionalità sono necessarie, particolarmente in un approccio che vuole fondarsi sulla valutazione delle persone secondo un approccio multidisciplinare.

Da questo punto di vista il Piano sociale ventila il rafforzamento dell'utilizzo di tali professionalità secondo un percorso già sperimentato con gli assistenti sociali, che prevede in primo luogo il rafforzamento della loro presenza e l'eventuale rafforzamento dei servizi pubblici attraverso l'estensione a tali figure delle possibilità assunzionali e tempo determinato e indeterminato. In tal senso, la Commissione fabbisogni standard ha già previsto la possibilità per i Comuni di utilizzare le risorse aggiuntive del Fondo di solidarietà comunale destinate al rafforzamento dei servizi sociali anche a tal fine, mentre verrà confermata la possibilità di utilizzare anche a tal fine, oltre che le risorse del Fondo nazionale, anche le risorse degli altri fondi destinati al sociale, a partire dal Fondo povertà.

#### **2.7.3 Scheda LEPS Dimissioni protette**

Vengono distinte due tipologie di servizio, la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità.

##### **Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.**

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 - "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".

##### **Obiettivi:**

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenziale tutelare;
- favorire il decongestionamento del Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;

- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

**Destinatari:** Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato. L'accesso al sostegno a domicilio è subordinata alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale). Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio.

**Funzioni svolte:** Il DPCM 12.1.2017 contenente i nuovi LEA sanitari, al richiamato art. 22 declina le funzioni e i livelli di assistenza domiciliare: “L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera a).

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un ‘Coefficiente di intensità assistenziale’ (CIA (2)) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la ‘presa in carico’ della persona e la definizione di un ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) ovvero di un ‘Progetto riabilitativo individuale’ (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la ‘presa in carico’ della persona e la definizione di un ‘Progetto di assistenza individuale’ (PAI) ovvero di un ‘Progetto riabilitativo individuale’ (PRI), e sono attivate con le modalità

definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Inoltre, le cure domiciliari sono integrate sempre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale".

Pertanto, può essere individuato quale LEPS in ambito sociale quello per il quale al paziente in dimissione protetta devono essere assicurate, con spesa a carico del Comune per l'intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all'art. 22, commi 4 e 5 le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza "tutelare" temporanea a domicilio.

**Modalità operative e di accesso:** presso ciascun presidio ospedaliero è costituita una unità di valutazione - variamente denominata a livello regionale - composto da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette. Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali, anche attraverso il Piano individuale di assistenza integrata o piano di intervento sociosanitario personalizzato, le situazioni di fragilità a tale unità di valutazione al fine di garantire, anche, il raccordo con il medico di medicina generale, il Distretto sanitario ed il servizio sociale, in armonia con la vigente regolamentazione a livello regionale.

In base alla valutazione il fabbisogno dell'assistenza familiare può essere ricompreso in una prestazione che va da un servizio non inferiore alle 6 ore giornaliere ad un servizio in continuità h24, ove le condizioni alloggiative lo consentono.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.
- Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli 3 opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti incarico.
- Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

**Professionalità coinvolte:** per la dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico -assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del Progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale,

del Territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e dei Servizi sociali comunali. Sono, inoltre, coinvolti, le figure professionali di Operatore socio-assistenziale (OSA) e di Operatore socio-sanitario (OSS).

Va evidenziata l'importanza fondamentale del Servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale e ponendosi come riferimento per le famiglie e le strutture ospedaliere e private accreditate e l'ASL.

**Risorse:** al finanziamento dell'attività, nella prospettiva del suo riconoscimento come LEPS, concorrono 66 milioni a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate dalle risorse proprie e, ove necessario, da risorse del Fondo nazionale politiche sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Fondo nazionale sanitario.

**Costi per il cittadino:** Il Servizio è gratuito.

#### **Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione.**

Intese quali insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale, le dimissioni protette risultano essere di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora. L'impossibilità di garantire setting di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica.

Le dimissioni non programmate dopo un accesso al Pronto Soccorso o dopo un ricovero, spesso rischiano di vanificare il complesso lavoro effettuato dalle équipe di strada di "ricerca della compliance" da parte di soggetti bisognosi di cure ma che rifiutano il ricorso ai servizi sanitari ed ospedalieri.

Al fine di assicurare la continuità assistenziale postospedaliera sono state sviluppate diverse esperienze, spesso confluite in protocolli di collaborazione tra Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, Servizi sociali ed Enti del Terzo settore. In particolare si fa riferimento ad esperienze sviluppate in alcune realtà nazionali.

In alcune di tali esperienze emerge un significativo coinvolgimento della componente di tipo solidaristico e di volontariato, seppure con contributi e sostegni comunali, mentre appare più residuale il coinvolgimento dei servizi sanitari nel loro complesso.

Occorre evidenziare comunque che l'individuazione di procedure e modalità specifiche non devono essere definite in chiave stigmatizzante e non pregiudicano la possibilità, qualora percorribile e ritenuta appropriata dai percorsi di valutazione, di accesso a diversi percorsi di cura, accoglienza e riabilitazione rivolte a tutta la popolazione (ad esempio istituti di riabilitazione extraospedalieri (IDR), strutture riabilitative di psichiatria, ricovero in hospice extraospedaliero, ecc.).

**Target di utenza / destinatari:** persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

**Obiettivi generali:** Migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà urbana estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e delle continuità delle cure; ridurre non solo il periodo di ricovero ospedaliero, ma anche i ricoveri impropri, nonché la riacutizzazione delle patologie e il conseguente ricorso a nuovi accessi alla rete ospedaliera. E infine, di favorire l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema sociosanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza. Gli obiettivi specifici, in quanto applicabili, ricalcano quelli definiti nella scheda per il target generale.

**Servizi ed interventi attivabili:** sul territorio nazionale, pertanto, dovrebbe essere garantito un livello essenziale delle prestazioni sociali che preveda l'attivazione di uno o più strumenti, già presenti sui territori, in maniera anche integrata, di seguito elencati:

- presidio interno alla struttura ospedaliera;
- riserva di posti in alcune strutture di accoglienza che preveda la permanenza fino al termine del periodo di convalescenza;
- intervento socio-sanitario presso il luogo di temporanea accoglienza (casa di ospitalità, struttura di accoglienza, comunità, alloggi di autonomia in convivenza).

All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, a carico dell'Ente locale:

- presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno;
- vitto, alloggio e lavanderia;
- oneri relativi alle utenze ed alla pulizia dei locali;
- sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
- gestione della convivenza;
- monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;
- Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:
  - visite mediche programmate o/e specialistiche (DSM, SERT, ecc.);
  - visite infermieristiche;
  - gestione e fornitura di farmaci.

**Risorse:** come nel caso delle Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.

**Costi per il cittadino:** il Servizio è gratuito

## Il “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza”

Il “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” è un'ampia coalizione sociale nata al fine di valorizzare al meglio l'occasione storica offerta dalla riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il Patto ha iniziato a produrre un “Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata per gli anziani non autosufficienti”. Si tratta di un documento che vuole essere proposta per la legge di Bilancio 2022.

Il Piano inizia la costruzione dei servizi domiciliari di cui l'Italia ha bisogno, utilizzando i nuovi fondi già previsti e aggiungendo gli altri necessari. Le azioni da compiere consistono nel cambiare il modello d'intervento dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata, delle Asl), nello stanziare maggiori risorse per il Sad (Servizio di assistenza domiciliare, dei Comuni) e nel realizzare risposte integrate. Il Patto ritiene necessario rafforzare l'intera filiera dei servizi: domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Gli investimenti del PNRR e le recenti normative concentrano i nuovi stanziamenti per la non autosufficienza sugli interventi a domicilio: il loro utilizzo è in via di definizione. Adesso è, quindi, il momento di presentare una proposta per la domiciliarità.



I passaggi più salienti del Piano, partendo dagli obiettivi della visione di medio-lungo periodo verso cui tendere:

1. Una sola risposta integrata. Superare l'attuale separatezza tra il Sad e l'Adi, i due servizi domiciliari pubblici esistenti in Italia.
2. La possibilità di ricevere il giusto mix di prestazioni che la non autosufficienza richiede. In particolare
  - servizi medico-infermieristico-riabilitativi,
  - sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana,
  - azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti.
3. La possibilità di ricevere assistenza per il tempo necessario. In genere la non autosufficienza si protrae a lungo e richiede interventi frequenti. L'intensità degli interventi (numero di visite per utente) e la durata del periodo di assistenza devono, dunque, essere adeguate. Oggi, in prevalenza, intensità e durata sono troppo limitate.

Il Piano Domiciliarità è orientato su tali obiettivi, ampiamente condivisi a livello internazionale e assegnati dal PNRR alla riforma del settore. Il Piano intende connettere le attività degli attori responsabili della domiciliarità, a livello locale (Comuni e Asl) così come nazionale (i Ministeri competenti per la non autosufficienza, Welfare e Salute). Solo agendo su entrambi i livelli è possibile costruire risposte integrate.

Si prevede che i Ministeri del Welfare e della Salute costituiscano una Cabina di Regia nazionale unitaria, responsabile delle leve cruciali di governo del Piano:

- i fondi (programmazione congiunta dell'impiego dei nuovi finanziamenti a disposizione dei due Ministeri);
- il loro utilizzo (definizione delle indicazioni per l'uso congiunto, da parte di Comuni e Asl, del complessivo pacchetto di risorse aggiuntive);
- la relativa verifica (responsabilità del sistema di monitoraggio dedicato).

Nei territori, il Piano Domiciliarità stabilisce che - nel 2022 - tutti gli Ambiti sociali (Comuni) e i Distretti sanitari (Asl) stipulino un accordo per realizzare insieme i requisiti organizzativi di base per un approccio integrato:

- l'unità di valutazione multidimensionale, dove esaminare le condizioni dell'anziano e individuare gli interventi più adeguati,
- il progetto personalizzato integrato, che comprenda il complesso delle prestazioni pubbliche fruite e le raccordi con l'attività dei familiari e delle badanti,
- il responsabile del caso, punto di riferimento nel tempo per ogni soggetto coinvolto.

Gli ulteriori passi necessari per costruire risposte integrate - ad esempio lo sviluppo dei punti unici di accesso - seguiranno negli anni successivi, in coerenza con l'approccio graduale del Piano.

Tali indicazioni per i territori sono già contenute in numerosi atti, ma risultano inapplicabili in molte parti del Paese. È nell'attuazione, infatti, che si giocano i percorsi di cambiamento. Pertanto, il Piano Domiciliarità dedica uno sforzo particolare a costruire le condizioni per l'effettiva traduzione in pratica, a livello locale, di queste e delle altre azioni previste.

Occorre cambiare il modello d'intervento dell'Adi.

L'Adi è il servizio domiciliare più diffuso. Lo ricevono il 6,2% degli anziani e la spesa annuale è di 1,3 miliardi. Nei prossimi anni, i fondi cresceranno notevolmente (+ 578 milioni nel 2022 a salire sino a + 1,6 miliardi nel 2026). Per utilizzarli al meglio, però, bisogna cambiare l'Adi.

Infatti, in Italia prevale un modello di Adi prestazionale: l'erogazione di singole prestazioni di natura medico-infermieristico-riabilitativa per far fronte a specifiche - e circoscritte - esigenze sanitarie, in assenza di una risposta che prenda in considerazione le molteplici dimensioni della vita legate alla non autosufficienza e la loro complessità. Tale modello si riflette in livelli d'intensità e durata molto bassi. Il valore medio di ore erogate annualmente per utente è pari a 18 e il periodo della presa in carico, perlopiù, non supera i 2-3 mesi (ad es. quelli successivi ad una dimissione ospedaliera). La realtà degli anziani però, richiede interventi più ampi e articolati, e quindi, un sostegno più frequente assicurato per periodi ben più lunghi. Non a caso, la definizione di assistenza agli anziani non autosufficienti della Commissione Europea esclude l'Adi prestazionale da questo settore del welfare.

Si deve evitare di utilizzare le nuove risorse per riprodurre - su scala maggiore - le criticità attuali. Il Piano Domiciliarità, dunque, prevede nel 2022 un atto nazionale che:

- ri-disegni l'Adi a partire dalle effettive condizioni degli anziani e, dunque, puntando agli obiettivi strategici illustrati all'inizio, e - di conseguenza -
- incrementi l'intensità degli interventi, cioè il numero di visite domiciliari per utente e la loro durata nel tempo (differenziandole in base alle specifiche situazioni).

Inoltre, vanno incrementati i fondi per il Sad. Il Sad copre solo l'1,3% degli anziani, la spesa annuale ammonta a 347 milioni e non è previsto alcun incremento significativo di risorse. Il servizio pare così destinato a rimanere residuale e l'auspicato sviluppo di risposte integrate a diventare irrealistico, a causa dell'ampliamento del divario quantitativo con l'Adi (nel 2026, ogni 100 Euro per l'Adi se ne spenderanno 12 per il Sad).

Si prevede che gli utenti crescano progressivamente: 2,6% degli anziani nel 2022, 2,9% nel 2023 e 3,3% nel 2024. A tale scopo il Piano prevede, nella Legge di Bilancio 2022, un nuovo finanziamento dedicato al Sad: +302 milioni di Euro nel 2022, +373 nel 2023 e +468 nel 2024. L'utenza, il prossimo anno, raddoppierebbe rispetto a oggi, per poi continuare a crescere progressivamente: 2,6% degli anziani nel 2022, 2,9% nel 2023 e 3,3% nel 2024. Il finanziamento sarebbe legato al riconoscimento del Sad come livello essenziale delle prestazioni, in modo da strutturarne la presenza nei territori in modo stabile. Si assicurerebbe così uno standard percentuale minimo di anziani raggiunti in tutto il Paese e si garantirebbero alle Regioni che già lo rispettano risorse per incrementare ulteriormente l'offerta.

Il Piano prevede anche di ripensare il modello d'intervento. Oggi prevale quello per anziani disagiati: la sola non autosufficienza generalmente non basta per poter ricevere questo servizio, utilizzato per rispondere a situazioni la cui complessità dipende anche da reti familiari particolarmente carenti e/o da ridotte disponibilità economiche dell'anziano. La prospettiva, invece, è di aprire progressivamente il Sad agli anziani non autosufficienti in quanto tali e alle loro esigenze.

Sia nel Sad che nell'Adi, dunque, si intende compiere un'operazione simile: avviare un processo di superamento del modello d'intervento oggi prevalente (rispettivamente del disagio e prestazionale) per meglio focalizzare i servizi sulla reale situazione di anziani e famiglie, nella direzione degli obiettivi presentati all'inizio. Tale percorso convergente crea le condizioni per realizzare risposte integrate.

#### **D.M. 23 maggio 2022, n. 77, Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.**

Si innesta su quanto prevede il PNRR per la Sanità con particolare riguardo sia allo sviluppo di strutture di prossimità come le Case della Comunità, punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura a rilevanza sanitaria e sociosanitaria, sia al potenziamento delle cure domiciliari, affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza.

Il DM 77 costituisce la riforma dell'assistenza territoriale definendo un nuovo modello organizzativo del SSN che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Obiettivi:

- definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- sviluppare l'assistenza territoriale tramite servizi erogati da équipe multiprofessionali per garantire continuità assistenziale attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità;
- facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche;

- favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario;
- disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico;
- allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

Principali contenuti e standard:

- il Distretto ha un ruolo determinante nel garantire risposte assistenziali integrate efficaci per la presa in carico dei cittadini. Individua gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.
- la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
- la Casa della Comunità. Finanziate con le risorse del PNRR, devono essere diffuse in tutto il territorio nazionale (previste in n. di 1350), aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, e costituire il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano essenzialmente il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. Personale: 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, personale di supporto;
- la Centrale Operativa 116117. Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale;
- l'Infermiere di Famiglia e Comunità. È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali;
- l'Unità di continuità assistenziale. È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;
- **l'Assistenza domiciliare, la casa come primo luogo di cura.** Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana;
- **l'Ospedale di comunità.** È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
- la Rete delle cure Palliative. E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;
- il Servizio per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie. Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza. Le figure professionali

che possono operare nel consultorio familiare sono: l'ostetrica, il ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitaria ed altro personale;

- la Telemedicina. Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

## 8.6 Atti specifici della Regione Piemonte.

DGR 230/1997, Standard organizzativo-gestionali presidi persone disabili

D.G.R. 10 giugno 2002, n. 42 - 6288, Criteri e modalità per la concessione e l'erogazione dei finanziamenti di cui all'art. 81 della Legge 23.12.2000, n. 388, in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari, di cui al Decreto Ministeriale del 13.12.2001, n. 470 . Tipologie di strutture ammesse al contributo: Gruppi appartamento per disabili gravi motori o fisici; Comunità di tipo familiare per disabili gravi; Comunità socio assistenziali per disabili gravi

D.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51 - 11389 - *"D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria"* . Vanno ancora assunti atti per definire l'integrazione sociosanitaria in tema di salute mentale e di dipendenze da sostanze (per ora la spesa è solo della sanità, il cittadino non compartecipa alla spesa).

Vds allegati alla presente dispensa concernenti

- *Accordo di programma per la lungoassistenza domiciliare in applicazione della d.g.r. 51 - 11389 del 23.12.2003, d.p.c.m. 29 novembre 2001 livelli essenziali di assistenza tra le Asl di torino e Comune di Torino*
- *Criteri di accesso e di contribuzione al costo delle prestazioni domiciliari per anziani, disabili e minori*
- *Linee guida per l'appropriatezza degli interventi domiciliari per gli anziani*

L.R. 1/2004 *"Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"*.

L'obiettivo è quello di favorire il benessere della persona, la prevenzione del disagio e il miglioramento della qualità della vita delle Comunità locali. Come attori del sistema vengono individuati i soggetti istituzionali (Regione - Provincia - Comuni), i soggetti non istituzionali quali IPAB e Terzo Settore (org.ni di volontariato, cooperative sociali, ONLUS, altri soggetti privati).

Principi: rispetto della dignità della persona, della sua riservatezza e del suo diritto di scelta; centralità della persona e ruolo della famiglia; sussidiarietà verticale ed orizzontale.

Modalità operative: differenziazione degli interventi e dei servizi per garantire il diritto di scelta; facilitazione della conoscenza da parte del cittadino dei servizi offerti e del loro accesso ai servizi medesimi; coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari, dell'istruzione, della giustizia minorile, con le politiche attive della formazione, del lavoro, delle politiche migratorie, della casa, della sicurezza sociale e degli altri servizi sociali del territorio; sviluppo della domiciliarità per il superamento degli interventi di natura residenziale; predisposizione di progetti individualizzati; requisiti di qualità, verifica di efficacia/efficienza.

La programmazione territoriale deve avvenire attraverso i Piani di Zona. Il PdZ *"rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza"* (art. 17, legge 8 gennaio 2004, n.1). In conseguenza vengono approvate le "linee guida" della Regione Piemonte con D.G.R. 51-13324 del 3 agosto 2004 (primo triennio sperimentale, 2006/08), D.G.R. 28-12295 del 5 ottobre 2009 (nuovo triennio 2010/2012), D.G.R. 8-624 del 20 settembre 2010: proroga del termine per la predisposizione e approvazione del PdZ da parte degli Enti Gestori dei Servizi socio-assistenziali dalla data del 31 dicembre 2010 alla data del 31 dicembre 2011, con slittamento del triennio di riferimento al periodo 2011/2013 e segg.

Come prestazioni essenziali si individuano: il contrasto della povertà, il mantenimento a domicilio delle persone e sviluppo della loro autonomia; la tutela residenziale e semi-residenziale delle persone non autonome e non autosufficienti; il sostegno e promozione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle

responsabilità familiari; la tutela dei diritti del minore e della donna in difficoltà; la piena integrazione dei soggetti disabili; il superamento, al possibile, del disagio sociale proveniente da forme di dipendenza; l'informazione/ consulenza corrette per l'accesso.

Le tipologie dei Servizi riguardano: il Servizio sociale professionale e segretariato sociale; il Servizio di assistenza domiciliare territoriale e di inserimento sociale; il Servizio di assistenza economica; i Servizi residenziali e semi-residenziali; i Servizi per l'affidamento e le adozioni; il Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari.

Tra le Politiche di promozione regionale si individuano: politiche per le famiglie, per la tutela materno-infantile; per le persone disabili; per le persone anziane. Ma, in tutto questo articolato della legge regionale, mancano evidentemente gli elementi di organizzazione per entrare nel merito di queste prestazioni e Servizi essenziali, per rendere di fatto esigibili i diritti di cittadinanza enunciati.<sup>2</sup>

## <sup>2</sup> Nota sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS, LEPS)

Come già detto, la Legge Costituzionale n.3/2001 (vds infra) riconosce *alle Regioni competenza esclusiva nell'implementazione del sistema degli interventi e dei Servizi Sociali previsti dalla Legge 328/00 mentre allo Stato viene conferito il compito di definire gli standard ed i livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps).*

L'innovazione della lettera *m* dell'art.117 è duplice: da un lato costituisce il riconoscimento della categoria dei diritti sociali e della loro equiparazione ai diritti civili, dall'altro attribuisce allo Stato il fondamentale compito di definire gli standard essenziali delle prestazioni volte ad affermare tali diritti. Ciò parrebbe un tentativo di perequare l'impianto *devolutivo* della Legge Costituzionale al fine di garantire il principio di eguaglianza tra titolari di diritti residenti nelle diverse Regioni, anche attraverso il monitoraggio delle modalità di implementazione delle prestazioni sociali erogate.

I diritti civili e sociali, quindi, vengono di fatto riconosciuti come "diritti di cittadinanza", intesi come un insieme di facoltà e poteri che permettono alla persona di arricchire e tutelare la propria sfera di autonomia e che le consentono di partecipare alla vita della propria Comunità - locale e nazionale - nella maniera più ampia. Diritti che si sostanziano in tutte le prestazioni sociali, sanitarie, assistenziali, educative, ecc. che lo Stato è chiamato a definire come "essenziali" ed a garantire - omogeneamente - su tutto il territorio nazionale.

Con la riforma del Capo V della Costituzione, alcuni dei principi della legge 328/00 hanno ricevuto riconoscimento e legittimazione costituzionale: si pensi al conferimento allo Stato dell'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni; si pensi, inoltre, all'attribuzione delle funzioni amministrative ai Comuni in materia di interventi sociali ed all'ordinamento gerarchico degli artt. 6,7,8 che disegnano un'architettura di welfare principalmente municipale e comunale, riservando alle Province attività di analisi sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta assistenziale ed alle Regioni le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali con il concorso degli EE.LL. e la verifica della rispettiva attuazione sul territorio (sussidiarietà verticale).

Si delinea pertanto uno scenario giuridico ed istituzionale in materia di politiche sociali dove le funzioni regolative e di indirizzo, precedentemente affidate all'amministrazione statale, competono ora alle Regioni, mentre sono appannaggio del livello centrale le funzioni di monitoraggio, raccordo e scambio informativo, valutazione e consulenza strategica, strettamente collegate agli obiettivi di eguaglianza sostanziale determinati con i livelli essenziali delle prestazioni e ai connessi poteri finanziari e a quelli sostitutivi di cui all'art.120.

In tal senso, i Leps dovrebbero configurarsi come l'architrave del nuovo welfare italiano in quanto luogo di sintesi tra le aspirazioni al decentramento politico ed amministrativo dei livelli decentrati di governo da un lato ed il principio di uguaglianza e l'effettiva tutela dei diritti sociali dall'altro.

Il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali riflette tale centralità, come si evince dalla natura delle proposte e dei contributi formulati - a vario titolo - dai diversi livelli di governo e stakeholder in materia di politiche sociali: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Regioni, Conferenza Stato-Regioni, ANCI, .....

Ma tale processo si è finora rilevato lungo e tortuoso, a fronte di una situazione, a livello nazionale, assolutamente disomogenea e fondamentalmente discriminante e "disuguale" rispetto al sistema di garanzie offerte, al variare delle Regioni e dei Comuni, ai cittadini italiani.

In questo panorama, la Regione Piemonte non ha ritenuto di assumersi lo spazio per rendere esigibili i diritti configurati nella legge stessa .

La lentezza e tortuosità del processo di definizione a livello nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni sociali muove sicuramente dal riconoscimento di quelle disuguaglianze e di quei fattori di complessità che caratterizzano lo scenario relativo alle politiche sociali nel nostro Paese. In particolare è bene notare come:

- a) a fronte di una forte disomogeneità dell'offerta di protezione sociale a livello territoriale, dei livelli di spesa e degli ambiti di prestazione, nonché di sistemi informativi locali e regionali, permane l'impossibilità di accedere ad un quadro di informazione nazionale, tanto organico ed esaustivo da permettere di comparare le performance dei sistemi di protezione sociale;
- b) esistono oggettive difficoltà ad individuare i contenuti relativi alla definizione dei livelli e a declinare in maniera coordinata una serie di temi quali: l'esigibilità delle prestazioni, appunto; la necessità di condividere tra diversi livelli di governo un catalogo di prestazioni sociali sulle quali costruire, attraverso l'utilizzo di indicatori e misuratori, i livelli essenziali di offerta; la valutazione delle risorse necessarie a finanziare l'erogazione delle prestazioni e delle funzioni di supporto (comunicazione e orientamento ai Servizi e alle prestazioni, monitoraggio e sistemi informativi;
- c) l'articolazione di funzioni che vede lo Stato presiedere la definizione dei Leps, le Regioni titolari della potestà legislativa e gli Enti Locali direttamente coinvolti nelle forme di gestione dei Servizi e la conseguente necessità di integrare questi tre livelli di governo in un ottica di governance del sistema.

E' utile considerare che il Ministero della Solidarietà Sociale (Min. Ferrero) del governo Prodi (2008) si era occupato ad affrontare proprio i temi dell'esigibilità dei diritti, della dimensione delle risorse finanziarie, della necessaria progressività dell'implementazione, dell'opportunità di monitoraggio delle fasi di realizzazione, focalizzando gli sforzi su tre linee di azione principali:

1. analisi della programmazione regionale e sub-regionale al fine di disporre di un catalogo il più possibile compiuto di prestazioni;
2. progettazione di iniziative di carattere sperimentale su alcune funzioni trasversali (a partire dalla c.d. porta sociale);

**DGR 15 marzo 2004, n. 41-12003** = definisce la tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. In particolare:

- Comunità educative residenziali di pronta accoglienza (0-5, 6-10 e 11-17 anni)
- Comunità di tipo familiare
- Casa famiglia per minori
- Comunità mamma - bambino
- Gruppo appartamento per adolescenti e giovani
- Gruppo appartamento per gestanti e mamme con bambino
- Strutture di tutela della salute mentale di minori (Comunità terapeutica per minori, Comunità riabilitativa psicosociale per minori)
- Strutture nell'ambito dei servizi di assistenza ai soggetti con problemi di dipendenza patologica (centri educativi per minori, centri aggregativi per minori, centri diurni, Comunità educative integrate, pensionato integrato)

**L.R. 6 agosto 2007, n.18** = *Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale*

**D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008** e smi “Cartella Geriatrica dell’Unita’ di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n.17-15226/2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” e della D.G.R. n. 14-26366/1998 “Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG”;

**Nota 12/2/2009 dell’Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte “Precisioni sul profilo dell’Educatore professionale”**: si ribadisce che i servizi presenti sul territorio “in integrazione con le strutture sanitarie” debbano dotarsi esclusivamente di “personale conforme per titolo alla direttive ministeriali” anche per i servizi non strettamente rientranti nel settore sociosanitario (servizi educativi, culturali, di sostegno alle famiglie...).

---

3. rilevazione pilota della spesa per Servizi Sociali dei Comuni.

Conseguentemente, si era delineato un percorso di ricerca finalizzata all’acquisizione di elementi ed evidenze in materia di programmazione sociale regionale e locale nonché all’elaborazione di strumenti a supporto del processo di definizione dei Leps. In tal senso si era inteso cogliere la proposta delle Regioni in merito al carattere graduale e progressivo del sistema di definizione dei Livelli, in virtù del forte legame che unisce la determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire in tutto il territorio nazionale sia con le risorse economiche necessarie a finanziarle, sia con la necessità che vengano garantite a tutti coloro che rientrano nel target del bisogno/prestazione. Proprio partendo da tali considerazioni le Regioni hanno individuato nella legge 328/00, opportunamente reinquadrata e reinterpretata alla luce del nuovo dettato costituzionale, il naturale riferimento di legislazione positiva per avviare tale percorso di definizione dei Leps. Nello specifico, si era proposta l’analisi combinata

- del comma 2 dell’art.22 per l’enunciazione delle misure e degli interventi che costituiscono i Leps,
- del comma 4 per le tipologie di prestazioni che le leggi regionali di applicazione della L.328/00 (nello spirito di “Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali”) avrebbero - comunque - dovuto prevedere.

Da tali considerazioni è discesa la proposta di considerare i “livelli essenziali” un insieme di azioni - efficacemente distribuite sul territorio - che vedono concorrere sul piano finanziario i Comuni, le Regioni e lo Stato, aventi come destinatari la generalità dei cittadini e prioritariamente rivolte ai soggetti fragili.

Occorrerà, in ogni caso, prevedere un consistente incremento delle risorse del Fondo Nazionale per le Pol. Soc., necessario per garantire la piena esigibilità dei diritti soggettivi da parte dei cittadini.

Si era ipotizzato inoltre un percorso di definizione dei Leps in grado di giungere ad una loro quantificazione, in termini programmatici e finanziari, sulla base dall’analisi dei dati sullo stato attuale della domanda e sul sistema di offerta dei Servizi attraverso il monitoraggio, omogeneo sull’intero territorio nazionale, di alcuni indicatori collegati ai Liveas.

Ora si tratta di capire come verrà implementato a livello nazionale e regionale il Piano degli interventi e servizi sociali emanato nell’agosto 2021 che prevede appunto una prima lista di Leps che dovranno essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

**D.G.R. 6 aprile 2009, n. 39-11190: Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura**

**D.G.R. 29 marzo 2010, n. 26-13680: Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD).**

**D.G.R. 15 febbraio 2010, n. 56-13332: Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 06 aprile 2009**

**Legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10: Servizi domiciliari per persone non autosufficienti.**

In questo atto fondamentale la Regione Piemonte, nel quadro della realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, dispone gli interventi per promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei cittadini non autosufficienti (*le persone in varie condizioni o età che soffrono di una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone*), per prevenire l'aggravamento delle loro patologie, per evitare ricoveri impropri, per favorire la loro permanenza presso il domicilio nel quadro del rispetto prioritario della cultura della domiciliarità richiesto dalla persona e dalla famiglia.

L'assistenza domiciliare, fornita anche dalla figura dell'assistente familiare, prevede prestazioni

= di cura ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;

= di lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni quali: prestazioni professionali; prestazioni di assistenza familiare; servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di

cura da parte della famiglia; affidamento diurno; telesoccorso; fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

La Valutazione della condizione di non autosufficienza è accertata dalle apposite unità di valutazione competenti per il territorio attraverso strumenti di valutazione delle condizioni funzionali della persona (indicatori di valutazione uniformi valevoli su tutto il territorio regionale, comprendenti gli aspetti sociali e sanitari; massimali di spesa destinabili a ciascuna persona in relazione alla valutazione di gravità; tempi massimi per la valutazione dei casi sottoposti e per l'eventuale revisione del livello di non autosufficienza).

Le prestazioni domiciliari sono assicurate attraverso:

- a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socioassistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;
- b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;
- c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;
- d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari.

Sulla base delle preferenze di scelta espresse dalla persona non autosufficiente o dai suoi familiari, le aziende sanitarie e gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali congiuntamente definiscono l'articolazione delle prestazioni nell'ambito di un Piano di Assistenza Individuale (PAI), da adottarsi entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda.



Per quanto riguarda i criteri di compartecipazione al costo del servizio da parte dei cittadini si prevede che la quota sanitaria sia a carico del servizio sanitario regionale, mentre la quota assistenziale è definita sulla base dei seguenti principi: a) considerazione del reddito e del patrimonio del solo beneficiario; b) definizione, a tutela di un reddito minimo, di franchigie nella compartecipazione alla spesa del beneficiario.

**DGR 35-6552/2013: Istituzione di un nuovo modello organizzativo semiresidenziale sperimentale per persone disabili.**

La Regione Piemonte, in tema di disabilità, ha agito negli anni per la realizzazione, attraverso la definizione di appropriati requisiti tecnico-gestionali e la messa a disposizione di risorse finanziarie dedicate, di una diffusa rete di strutture semiresidenziali e residenziali.

A questo riguardo occorre sottolineare come la concessione ad Enti ed Organismi pubblici e privati di ingenti contributi in conto capitale abbia consentito la creazione di un consistente patrimonio di strutture, ottenuto sia con operazioni di nuova costruzione sia con il recupero e/o la ristrutturazione di immobili esistenti, secondo i parametri strutturali definiti per ciascuna tipologia dalle Deliberazioni G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997 e n. 42-6288 del 10.06.2002.

Con D.G.R. n. 11-24370 del 15.04.1998 la rete delle strutture semiresidenziali è stata ulteriormente ampliata prevedendo un aggiuntivo centro diurno destinato alla stessa utenza prevista per quelli di cui alla D.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997 ma con requisiti strutturali diversi, trattandosi di strutture esistenti fortemente integrate nel contesto locale che si avvalgono di risorse e strutture presenti sul territorio.

Parallelamente alla promozione territoriale della rete delle strutture, con le Deliberazioni G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 e n. 42-6288 del 10.06.2002 sono stati individuati i modelli organizzativo-gestionali diversificati per ciascuna tipologia, con l'obiettivo di rispondere in modo flessibile e appropriato agli effettivi bisogni dell'utenza.

Attualmente le strutture per disabili sono articolate in fasce assistenziali differenziate per intensità della risposta erogata rispetto ai bisogni trattati e, all'interno di ciascuna fascia, l'intensità dell'intervento assistenziale è stata graduata su tre livelli di complessità delle prestazioni erogate rispetto al progetto individualizzato.

La Giunta Regionale ha avviato una riflessione sul modello assistenziale delle strutture semiresidenziali e residenziali per le persone disabili, contenuto nella suddetta D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997, che necessita di una prossima revisione per offrire una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa-gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato alle evoluzioni che si sono determinate nella popolazione disabile, quali ad esempio l'invecchiamento degli assistiti, la specificità degli interventi socio-riabilitativi per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico e da altre patologie. In particolare, la D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 ha definito, tra l'altro, gli standard organizzativo-gestionali dei servizi semiresidenziali, individuando due modelli organizzativi in base al livello di intensità e di complessità più o meno elevato (Centri Diurni socio-terapeutici riabilitativi di tipo A e di tipo B), i relativi parametri minimi di prestazioni giornaliere per utente da garantire, nonché i relativi costi per l'erogazione delle prestazioni con la ripartizione fra gli oneri a carico del servizio sanitario regionale e gli oneri non sanitari.

Tuttavia, nonostante tale articolazione, il modello organizzativo-gestionale semiresidenziale presenta delle rigidità, sia per quanto attiene le prestazioni offerte sia per le modalità di frequenza da parte degli utenti.

I Centri Diurni socio-terapeutici riabilitativi di tipo A e di tipo B sono stati definiti entrambi strutture semiresidenziali di fascia A (alta intensità assistenziale) in quanto accolgono un'utenza con disabilità da medio a alto grado associata a perdita di autonomia, con compromissione cognitiva e/o motoria e alterazioni comportamentali che necessitano di elevata assistenza nelle attività di vita quotidiana, di programmi di attività motoria e di sostegno educativo, nonché socio-riabilitativo, volti a riattivare e mantenere le capacità funzionali residue.

Al momento i Centri diurni delle tipologie sopra citate offrono prestazioni a circa 3.700 persone disabili ed emerge un fabbisogno per circa 300 soggetti, che potranno venir soddisfatti, da un lato, attraverso la prossima attivazione di n. 80 posti, in corso di realizzazione a seguito dei finanziamenti in conto capitale messi a disposizione dalla Regione Piemonte per l'adeguamento qualitativo/quantitativo della rete delle strutture per disabili e, dall'altro, attraverso una specializzazione e diversificazione dell'attuale rete di offerta per intensità assistenziale e per specificità di bisogno trattato.

L'emergere di nuove tipologie di bisogni soprattutto tra le disabilità conseguenti a particolari patologie ha, infatti, evidenziato la necessità di introdurre un nuovo modello organizzativo da erogarsi nell'ambito del Centro Diurno socio-terapeutico, che dotato di una maggior flessibilità progettuale, organizzativa e gestionale, possa garantire una risposta più adeguata ai bisogni, sia per quel che attiene il mantenimento delle abilità cognitive, relazionali e sociali possedute, sia in termini di sollievo, che consenta di prolungare la permanenza al domicilio della persona disabile, garantendo anche una frequenza non continuativa nell'arco della giornata, come già oggi emerge dall'andamento delle attività dei Centri diurni di tipo A e B.

Si rende necessario, pertanto, individuare un ulteriore modello organizzativo da erogarsi nell'ambito del Centro Diurno socio-terapeutico, definito "di tipo C", che prevede un livello di intensità di prestazioni inferiori rispetto a Centri Diurni socio-terapeutici riabilitativi di tipo A e di tipo B, riconducibili ad attività di laboratorio.

In particolare il nuovo modello organizzativo di Centro diurno C, che si ritiene di promuovere in via sperimentale, in attesa dell'adozione del nuovo modello di assistenza residenziale per disabili, in riforma della D.G.R. 230/97, che offrirà il quadro completo delle strutture semi-residenziali e residenziali per disabili, consente di offrire attività socio-riabilitative, articolate per fasce orarie e mirate a conservare ed implementare le abilità sociali, comunicative e di autonomia.

Tali attività offerte attraverso metodologie gruppali, quale strumento di apprendimento di abilità sociali o dei prerequisiti logico-cognitivi concomitanti o successivi ad interventi socio-riabilitativi a rapporto individualizzato, rappresentano un'evoluzione dell'offerta proposta dai Centri diurni socioterapeutici a gruppi di ragazzi selezionati sulla base del livello di abilità ed autonomie sociali possedute.

Per attività laboratoriali si intendono quelle attività, occupazionali, espressive e ricreative, finalizzate a mantenere e stimolare le abilità manuali, organizzative ed emotivo-relazionali dei partecipanti con finalità socio-riabilitative e socio-educative nell'ambito di programmi educativi personalizzati.

Le attività laboratoriali facilitano la socializzazione e la solidarietà di gruppo e favoriscono l'integrazione con realtà culturali, produttive e di volontariato presenti sul territorio, garantendo un'effettiva integrazione nel contesto sociale, ed hanno un notevole valore a livello di sviluppo delle capacità individuali, sia in termini riabilitativi che educativi.

Il livello di intervento adeguato ed appropriato alle esigenze dell'utente viene definito nel Progetto Individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona che, qualora corrisponda ai criteri di cui sopra, potrà trovare un'appropriata risposta anche mediante l'inserimento in un Centro Diurno socio-riabilitativo di tipo C. Il livello di intervento è individuato dall'Unità di Valutazione

Multidisciplinare della Disabilità (U.M.V.D.) che garantisce il percorso di presa in carico delle persone con disabilità che necessitano di interventi sanitari e socio sanitari.

I requisiti gestionali e strutturali necessari ai fini dell'autorizzazione al funzionamento come Centro Diurno socio-terapeutico di tipo C sono specificati nell'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento.

Il modello organizzativo individuato dal presente provvedimento non è da riferirsi ai C.A.D. (Centri Addestramento Disabili), ai laboratori, ai centri di lavoro guidati che continuano ad essere disciplinati dalla D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 e dalla D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009.

Il Centro Diurno definito ai sensi del presente provvedimento rientra tra le strutture accreditabili sulla base dei requisiti e delle modalità stabiliti con la D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 e, pertanto, si rende opportuno integrare il provvedimento anzidetto e i suoi allegati prevedendo anche la tipologia del Centro Diurno socio-riabilitativo di tipo C.

L'autorizzazione al funzionamento come Centro Diurno socio-terapeutico di tipo C, oltre a quella come tipo A e come tipo B, costituisce titolo valido ai fini del mantenimento del contributo concesso ai sensi delle Deliberazioni G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997, n. 60-9690 del 16.06.03 e n. 69-3862 del 18.09.2006.

I Centri Diurni esistenti autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 11-24370 del 15.4.1998, quindi con requisiti strutturali diversi da quanto stabilito con la D.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997, possono adottare il modello organizzativo definito dal presente provvedimento.

Tutto ciò premesso,

vista la D.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997;

vista la D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997;

vista la D.G.R. n. 42-6288 del 10.06.2002;

vista la D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009;

acquisito il parere della Conferenza Permanente Regione - Autonomie Locali espresso nella seduta del 27 settembre 2013;

acquisito il parere del CO.RE.SA espresso nella seduta del 17 ottobre 2013, la Giunta Regionale, unanime, delibera

- di istituire, per le motivazioni espresse in premessa, un nuovo modello organizzativo semiresidenziale per persone disabili, in via sperimentale, denominato di tipo C da erogarsi nell'ambito del Centro Diurno socio-terapeutico;
- di approvare i requisiti gestionali e strutturali necessari ai fini dell'autorizzazione al funzionamento specificati nell'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- di stabilire che il modello organizzativo individuato dal presente provvedimento non è da riferirsi ai C.A.D. (Centri Addestramento Disabili), ai laboratori, ai centri di lavoro guidati che continuano ad essere disciplinati dalla D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 e dalla D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009;
- di integrare la D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.2009 e i suoi allegati prevedendo anche la tipologia del Centro Diurno socio-riabilitativo di tipo C;
- di stabilire che l'autorizzazione al funzionamento come Centro Diurno socio-terapeutico di tipo C costituisce titolo valido ai fini del mantenimento del contributo concesso ai sensi delle Deliberazioni G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997, n. 60-9690 del 16.06.2003 e n. 69-3862 del 18.09.2006;
- di stabilire che i Centri Diurni esistenti autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 11-24370 del 15.4.1998 possono adottare il modello organizzativo definito dal presente provvedimento;
- il presente provvedimento non comporta oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010. (omissis)

Allegato 1

Requisiti gestionali

I requisiti prestazionali minimi individuati devono essere obbligatoriamente forniti sia agli utenti inseriti in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale sia agli utenti inseriti in regime privato.

Tipologia struttura: si istituisce una tipologia di struttura semiresidenziale denominata Centro Diurno socioterapeutico di tipo C che eroga prestazioni riconducibili ad attività di laboratorio.

Tipologia di utenza. Persone disabili con: Parziale perdita di autonomia con modesta compromissione cognitiva. Modesta perdita dell'autonomia nella deambulazione e/o nell'uso degli ausilii. Limitazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, per le quali sono richiesti interventi assistenziali e/o educativi di supporto e di stimolo e protezione, finalizzati principalmente a sviluppare o mantenere le capacità funzionali.

Tipologia progetto e bisogno: supervisione o supporto nelle attività della vita quotidiana compromesse, interventi di recupero e di prevenzione dell'ulteriore perdita di autonomia, nonché di sostegno educativo.

Parametri assistenziali, educativi, riabilitativi (minuti/giorno/utente): 120' complessivi da suddividere sulle seguenti figure professionali in relazione al singolo progetto individuale ed alla tipologia di disabilità:

- almeno i 3/4 ripartiti tra OSS ed educatore professionale (figure da prevedersi obbligatoriamente, i cui tempi di utilizzo sono correlati al bisogno delle singole persone secondo quanto definito nel progetto individuale);
- il rimanente quarto suddiviso tra: infermiere, fisioterapista, logopedista, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, laureati in Scienze Motorie S/76 e LM/67. La presenza ed i tempi di utilizzo di tali figure professionali sono correlati al bisogno delle singole persone secondo quanto definito nel progetto individuale.

Partecipano allo sviluppo del progetto anche esperti di attività di laboratorio, ricreative e occupazionali.

Non rientra in questo monte ore l'eventuale apporto del volontariato.

Nell'ambito del monte ore giornaliero sopraindicato tra gli educatori professionali deve essere individuato il coordinatore referente per i progetti educativi individuali e per l'organizzazione delle attività.

Non rientra nel sopra indicato minutaggio l'eventuale personale addetto ai servizi generali.

Il suddetto monte ore viene previsto per l'apertura giornaliera di 7,5 ore dal lunedì al venerdì.

I suddetti parametri assistenziali, educativi, riabilitativi sono da considerare come standard minimo da garantire complessivamente e vengono articolati nell'ambito del P.I., in relazione agli specifici e diversificati bisogni delle singole persone. L'eventuale necessità di incremento prestazionale sarà individuata e definita dall'UMVD nel progetto individuale in relazione agli specifici e diversificati bisogni delle singole persone.

Requisiti strutturali: i requisiti strutturali sono quelli stabiliti per il Centro Diurno Socio-terapeutico educativo dalla deliberazione G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997 e dal D.M. 21.5.01 n. 308.

**D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2012 “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”.**

**D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, allegato 6 “Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)**

**D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015 “Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015”**

**D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 “Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica”**

**D.M.23 novembre 2016 Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016.**

E' rilevante in particolare l'art 3 “Interventi e servizi per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” che dettaglia:

- gli interventi e i servizi proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta
- per le persone con disabilità grave in vista del venir meno del sostegno genitoriale, il progetto personalizzato prevede un percorso programmato di accompagnamento verso l'autonomia e di uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare
- la rivalutazione delle condizioni abitative alla luce della coerenza con soluzioni che riproducano un ambiente abitativo e relazionale di tipo familiare, al fine di prevedere, ove opportuno, percorsi programmati di deistituzionalizzazione.
- l'accompagnamento della persona con disabilità grave priva del sostegno familiare nel percorso verso l'autonomia attraverso l'inserimento, ove opportuno e secondo le modalità previste nel progetto in programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.

**D.G.R. n. 118-6310 del 22 dicembre 2017, “Applicazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502””;**

**D.G.R. n. 51-8960 del 16 maggio 2019 “L.r. 3/2019. Approvazione di nuove linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente. Revoca D.G.R. n. 48-9266 del 21.7.2008”**

**L.R. 12 febbraio 2019, n. 3: Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità.**

**Art. 1. (Finalità)**

1. La Regione, in coerenza con la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea proclamata a Strasburgo nel 2007, la Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006 ratificata dalla legge 3 marzo 2009, n. 18 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), i principi di cui agli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, i principi statutari, nonché nel rispetto della normativa statale ed europea di riferimento, promuove la realizzazione di interventi volti a favorire le politiche per le persone con disabilità.

2. La Regione, in attuazione delle finalità di cui al comma 1, persegue i seguenti obiettivi:

- a) sostenere la dignità, i diritti e le libertà fondamentali di ogni persona con disabilità, in particolare sulla base dei principi di eguaglianza, non discriminazione e solidarietà;
- b) porre in essere azioni volte a concorrere alla rimozione delle barriere fisiche, sensoriali e culturali che impediscono il pieno sviluppo della persona con disabilità e il raggiungimento della massima autodeterminazione possibile, intesa quale capacità di sviluppare autonomamente le proprie relazioni sociali, economiche e culturali;
- c) disciplinare gli interventi regionali relativi alle politiche per la disabilità, uniformando il contesto legislativo regionale alle finalità di cui al comma 1 e alle linee guida del Programma biennale d’azione, redatte dall’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, di cui alla legge 18/2009;
- d) favorire il coordinamento delle politiche a favore delle persone con disabilità attraverso sinergie e accordi con gli enti pubblici e privati presenti sul territorio regionale, con le associazioni di tutela delle persone con disabilità maggiormente rappresentative e con tutti gli attori coinvolti nella gestione e accompagnamento all’autonomia delle stesse.

**Art. 2 = (Interventi)**

1. La Regione per l’attuazione delle finalità di cui all’articolo 1:

- a) interviene per promuovere l’autodeterminazione e l’autonomia delle persone con disabilità;
- b) favorisce la piena inclusione e la partecipazione effettiva delle persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita, in particolare in quello sociale, scolastico, formativo, lavorativo, economico, culturale, sportivo e politico;
- c) promuove condizioni di pari opportunità e non discriminazione di genere;
- d) sostiene interventi negli ambiti relativi alla mobilità, all’informazione e alla comunicazione in condizioni di uguaglianza con le altre persone.

**Art. 3 (Linee d’azione per le politiche delle persone con disabilità)**

1. La Regione sviluppa linee d’azione per le politiche delle persone con disabilità, in sinergia con le istituzioni pubbliche e gli enti privati presenti sul proprio territorio regionale, nonché con le associazioni a tutela delle persone con disabilità e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nei seguenti ambiti d’intervento:

- a) politiche del lavoro e occupazione;
- b) politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l’inclusione nella società;
- c) trasporti e mobilità;
- d) inclusione educativa e scolastica, processi formativi e di cittadinanza attiva;

- e) salute e politiche sociali;
- f) politiche di welfare abitativo;
- g) cultura e turismo;
- h) sport;
- i) contrasto alla discriminazione e attività di sensibilizzazione.

#### Art. 4. (Attività informative e di sensibilizzazione)

1. Con riguardo alle attività informative e di sensibilizzazione, la Regione:

- a) impiega nelle proprie leggi, nonché nei regolamenti e atti amministrativi, esclusivamente i termini ‘disabilità’ e ‘persone con disabilità’, come previsto dalla Convenzione ONU di cui all’articolo 1 e ne promuove l’uso da parte di tutti gli enti pubblici;
- b) promuove l’attività di informazione, aggiornamento e accesso ai servizi specifici rivolti ai cittadini, istituendo, sul sito istituzionale della Regione, una sezione dedicata al tema della disabilità, con duplice accesso rivolto cittadinanza, nonché alle istituzioni;
- c) incoraggia l’attuazione di provvedimenti per la diffusione di una nuova percezione della disabilità, sostenendo il rispetto per i diritti e la dignità delle persone.

2. La Regione contrasta, altresì, gli stereotipi, i pregiudizi e le pratiche dannose riguardanti le persone con disabilità, compresi quelli fondati sul sesso e l’età in attuazione della legge regionale 23 marzo 2016, n. 5 (Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale).

#### Art. 5. (Politiche del lavoro e occupazione)

1. In attuazione di quanto previsto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e dall’articolo 47 della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento), la Regione promuove l’integrazione lavorativa delle persone con disabilità attraverso interventi finalizzati all’inserimento nel mondo del lavoro, ivi compresi percorsi di riqualificazione professionale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione:

- a) sostiene interventi volti ad armonizzare il funzionamento dei servizi per il collocamento mirato, di cui alla legge 68/1999;
- b) incentiva, nell’ambito della normativa statale di riferimento, l’utilizzo dello strumento della convenzione al fine di favorire l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità;
- c) favorisce il raccordo tra scuola, formazione professionale e mondo del lavoro, per orientare i giovani con disabilità ad un appropriato inserimento lavorativo e concorre all’individuazione di un percorso didattico adeguato alle competenze dello studente con disabilità;
- d) promuove, come previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 2017 (Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità), il ruolo del Disability Manager, quale figura da inserire negli enti pubblici e nelle aziende private, al fine di costruire reti, servizi e soluzioni per sostenere l’autonomia e per promuovere e garantire l’applicazione della legge 68/1999, attraverso il monitoraggio costante di tutto il percorso legato all’inserimento lavorativo dal momento della valutazione del fabbisogno delle aziende, alla valutazione dell’eventuale necessità formativa mirata alla figura richiesta, al matching, all’inserimento lavorativo e al relativo monitoraggio, per sostenere ogni passaggio anche attraverso la promozione delle convenzioni di cui alla legge 68/1999.

#### Art.6. (Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l’inclusione nella società)

1. La Regione promuove l’adozione di politiche efficaci ed adeguate al fine di facilitarne il pieno godimento da parte delle persone con disabilità e la loro piena inclusione e partecipazione nella società.

2. In attuazione delle linee d'azione di cui all'articolo 3, la Regione incentiva la vita indipendente, sostiene l'autodeterminazione delle persone con disabilità e individua nuovi percorsi per agevolare politiche dell'abitare che favoriscono l'autonomia delle persone.

3. La Regione promuove progetti di vita indipendente sulla base di piani personalizzati, affinché le persone con disabilità possano programmare e realizzare il proprio progetto di vita all'interno o all'esterno della famiglia e dell'abitazione di origine, nonché servizi per l'abitare basati su progetti personali che garantiscono il protagonismo della persona con disabilità, o di chi la rappresenta, anche attraverso il coinvolgimento dei servizi, delle reti formali e informali del territorio.

#### Art. 7. (Trasporti e mobilità personale)

1. La Regione adotta in attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 4 gennaio 2000, n.1 (Norme in materia di trasporto pubblico locale, in attuazione del decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422) misure volte a favorire la mobilità individuale con autonomia delle persone con disabilità, nonché l'accessibilità ai mezzi di trasporto ed alle infrastrutture ad essi correlate, all'informazione, alla comunicazione, alle attrezzature e ai servizi offerti al pubblico, sia nelle aree urbane che nelle aree rurali.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione, in particolare:

- a) monitora l'applicazione degli standard minimi e delle linee guida per l'accessibilità alle strutture e ai servizi aperti o offerti al pubblico;
- b) orienta le azioni nei confronti degli enti privati che forniscono le strutture e i servizi di cui alla lettera a) al rispetto delle norme relative all'accessibilità per le persone con disabilità;
- c) monitora la realizzazione del piano per l'eliminazione delle barriere architettoniche e l'abbattimento delle barriere sensoriali da parte degli enti locali, anche mediante interventi di progettazione universale, prevedendo l'accessibilità e la fruibilità ai luoghi pubblici e aperti al pubblico, nonché degli spazi urbani, quale criterio di premialità per l'accesso ai programmi finanziati dalla Regione in base alle norme di settore;
- d) promuove lo sviluppo, la produzione e la distribuzione di tecnologie di informazione e comunicazione, in modo da renderli accessibili e fruibili al minor costo;
- e) favorisce, mediante le aziende di trasporto pubblico locale, la formazione del personale sui temi della disabilità, con particolare riferimento all'accessibilità sui mezzi.

#### Art. 8. (Inclusione educativo-scolastica, formativa e promozione della cittadinanza attiva)

1. La Regione, ai sensi dell'articolo 15 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 28 (Norme sull'istruzione, il diritto allo studio e la libera scelta educativa) promuove la realizzazione di progetti finalizzati all'inserimento scolastico in scuole di ogni ordine e grado e la conseguente inclusione delle persone con disabilità.

2. La Regione realizza interventi di formazione professionale previsti dalla legge regionale 13 aprile 1995, n. 63 (Disciplina delle attività di formazione e orientamento professionale), coordinandoli con gli interventi di inclusione scolastica di cui al comma 1.

3. La Regione promuove percorsi di cittadinanza attiva ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 aprile 2015, n. 7 (Norme per la realizzazione del servizio civile nella Regione Piemonte).

#### Art. 9. (Salute e politiche sociali)

1. La Regione si impegna al fine di evitare, in ambito sanitario, qualsiasi forma di discriminazione derivante dalla condizione di disabilità.

2. La Regione favorisce il superamento dell'approccio alla disabilità separato e frammentato nelle singole patologie, favorendo una presa in carico globale, mirata alla persona, tenendo conto in modo dinamico dei fattori ambientali e personali, secondo il modello biopsicosociale e assicurando il mantenimento delle migliori condizioni possibili di benessere e autonomia.

3. La Regione prevede percorsi di accompagnamento e accesso facilitato a persone con disabilità psico-fisica grave, nell'ambito della organizzazione dei servizi sanitari volti alla erogazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, anche attraverso una specifica qualificazione dei punti di accoglienza ed orientamento presenti nelle aziende sanitarie regionali.

#### Art. 10. (Politiche di welfare abitativo)

1. La Regione, nell'ambito delle politiche di welfare abitativo, mette in atto azioni per il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati e di edilizia sociale, in coordinamento con le risorse statali di cui al Fondo istituito ai sensi dell'articolo 10 della legge 9 gennaio 1989, n. 13 (Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati).
2. La Regione, per il raggiungimento dei fini di cui al comma 1, provvede a disciplinare le procedure atte a individuare i requisiti, le modalità e i tempi per la raccolta dei fabbisogni da soddisfare.

#### Art. 11. (Cultura e turismo)

1. La Regione promuove e monitora, negli ambiti di propria competenza, la piena fruibilità e accessibilità a eventi culturali, luoghi di interesse e percorsi turistici, favorendo un approccio inclusivo che tenga conto delle diverse esigenze e delle caratteristiche fisiche, motorie, sensoriali, comunicative, relazionali, intellettive, psichiche, di tutte le persone.
2. I progetti finanziati anche con il contributo della Regione in base alle norme di settore, relativamente agli eventi, luoghi e percorsi di cui al comma 1, sono realizzati in assenza di barriere architettoniche e sensoriali o con l'impegno di fornire assistenza alle persone con disabilità, al fine di favorirne la piena partecipazione.

#### Art. 12. (Promozione sportiva)

1. La Regione promuove il ruolo sociale dello sport a favore delle persone con disabilità, prevedendo:
  - a) la più ampia partecipazione alle attività sportive a tutti i livelli;
  - b) il sostegno all'attività fisico-motoria quale strumento per migliorare le condizioni psicofisiche e relazionali;
  - c) l'integrazione sportiva delle e degli atleti, al fine di valorizzare in eguale misura le finalità formative e quelle agonistiche;
  - d) la partecipazione delle e dei minori alle attività ludiche e ricreative, agli svaghi e allo sport, incluse le attività previste dal sistema scolastico favorendo in proposito la predisposizione di parchi giochi fruibili e ludoteche prive di barriere;
  - e) l'accessibilità e la fruibilità degli impianti sportivi alle persone con disabilità ed in particolare delle e degli atleti con disabilità.

#### Art. 13. (Confronto con le autonomie locali, le associazioni a tutela delle persone con disabilità e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative)

1. In attuazione di quanto stabilito dal decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017, viene istituito un tavolo di lavoro quale sede di confronto permanente sul tema della disabilità con le autonomie locali a livello regionale, le associazioni a tutela delle persone con disabilità e le organizzazioni sindacali, entrambe maggiormente rappresentative, utilizzando i criteri di rappresentanza adottati dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, di cui alla legge 18/2009, nonché le disposizioni di cui alla legge regionale 7 aprile 2000, n. 37 (Compiti associativi di rappresentanza e tutela delle categorie protette).
2. La Giunta regionale, con apposito provvedimento, individua i componenti del tavolo di cui al comma 1, nonché le modalità di funzionamento dello stesso.
3. In relazione a specifici argomenti, per i quali si renda necessaria una consultazione altamente qualificata, il tavolo di cui al comma 1 può avvalersi della collaborazione di soggetti pubblici o privati presenti sul territorio regionale o nazionale, esperti sui temi trattati, al fine di garantire che gli interventi a favore delle persone con disabilità siano il più possibile integrati tra di loro e rispondenti alle reali necessità.
4. La partecipazione ai lavori del tavolo di cui al comma 1 non comporta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o emolumento comunque denominato.

#### Art. 14. (Istituzione della Cabina di regia)



1. Presso la Giunta regionale è istituita una Cabina di regia, di seguito denominata Cabina, con compiti consultivi e propositivi nella materia della disabilità, di cui fanno parte:
  - a) l'assessore o l'assessora regionale alle politiche sociali, che lo presiede, o un suo delegato o delegata, nonché gli assessori o le assessore, o loro delegati, competenti negli ambiti di intervento individuati all'articolo 3;
  - b) i direttori e le direttrici delle strutture regionali, o loro delegati, competenti negli ambiti di intervento individuati all'articolo 3;
  - c) le rappresentanze dei soggetti di cui all'articolo 13, comma 1;
  - d) le associazioni rappresentative degli enti locali.
2. Alla Cabina possono essere invitati anche soggetti esterni, esperti sui temi della disabilità.
3. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, stabilisce con proprio provvedimento le modalità di funzionamento e organizzazione della Cabina.
4. La Cabina si riunisce periodicamente con il compito di:
  - a) monitorare lo stato di attuazione della legge e proporre progetti per l'inclusione, l'accessibilità e la partecipazione delle persone con disabilità;
  - b) fornire consulenza agli operatori pubblici coinvolti nei percorsi dedicati alle persone con disabilità;
  - c) promuovere iniziative di sensibilizzazione sul tema della disabilità.
5. La Cabina relaziona annualmente sull'attività di cui al comma 4 alla commissione consiliare competente.
6. La partecipazione alle attività della Cabina non comporta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o emolumento comunque denominato.

#### Art. 15. (Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, ai sensi degli articoli 48, 71, comma 1, dello Statuto e del Capo VI della deliberazione del Consiglio regionale 24 luglio 2009, n. 269-33786 (Regolamento interno del Consiglio regionale del Piemonte), rende conto periodicamente al Consiglio regionale delle modalità di attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti in termini realizzazione di un sistema organico e integrato dei diversi ambiti di intervento per la tutela dei diritti della persona con disabilità.
2. Per la finalità di cui al comma 1, la Giunta regionale, avvalendosi anche del supporto della Cabina di regia di cui all'articolo 14, decorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge e con periodicità annuale, presenta alla commissione consiliare competente ed al Comitato per la qualità della normazione e la valutazione delle politiche, una relazione che fornisce in particolare le seguenti informazioni:
  - a) una descrizione dello stato di attuazione della presente legge e le criticità;
  - b) un quadro descrittivo del numero, della tipologia, dell'andamento ed evoluzione degli interventi e delle azioni realizzate nei singoli ambiti di intervento;
  - c) i dati e gli elementi idonei per una valutazione degli effetti finanziari e delle eventuali variazioni compensative derivanti dall'attuazione delle disposizioni della presente legge.
3. Le relazioni sono rese pubbliche unitamente agli eventuali documenti del Consiglio regionale che ne concludono l'esame.
4. I soggetti coinvolti nell'attuazione della presente legge, pubblici e privati, forniscono le informazioni necessarie all'espletamento delle attività previste dal comma 2.

#### Art. 16. (Clausola di invarianza)

1. Dalla presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
2. All'attuazione degli interventi, delle linee di azione e delle misure di cui alla presente legge si fa fronte con le risorse umane, strumentali e finanziarie già presenti nell'ordinamento regionale, nei limiti delle risorse stanziare a finanziamento delle leggi regionali 1/2004, 28/2007, 34/2008, 7/2015, 5/2016.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Piemonte.

Data a Torino, addì 12 febbraio 2019

Sergio Chiamparino

**D.G.R. 12 giugno 2020, n. 39-1523: Approvazione delle nuove Cartelle Disabilità Minori e Disabilità Adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari. Modifica dell'allegato A) e revoca degli Allegati C), D) ed E) alla D.G.R. n. 56-13332/2010. Integrazione dell'allegato A della D.G.R. n. 26-13680/2010 e revoca delle schede 1 e 2.**

**D.G.R. 13 novembre 2020, n. 3-2257 : Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle "Disposizioni attuative della Regione Piemonte".**

**Si riporta di seguito in stralcio di questo importante provvedimento**

#### **REGIONE PIEMONTE "Disposizioni attuative del D.P.C.M. 21/11/2019"**

....Il sistema di risposte in lungoassistenza per persone non autosufficienti è caratterizzato da un complesso di misure di esclusiva competenza statale quale, ad esempio, l'assegno di accompagnamento, che si caratterizza per essere un programma universalistico, valido per tutti i cittadini indipendentemente dal reddito posseduto, le prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 e gli interventi e servizi, sempre finanziati in massima parte con risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), quali:

- a) assistenza domiciliare
- b) trasferimenti monetari
- c) interventi complementari e di sollievo

Dalla sua istituzione, nell'anno 2007, il Fondo per le Non autosufficienze (FNA) ha visto interventi governativi tesi a regolare in maniera più puntuale l'utilizzo delle risorse, l'individuazione dei beneficiari, suddivisi tra "gravi" e "gravissimi", e il sistema di rendicontazione. Nello specifico, nel rispetto delle finalità istitutive e dei modelli organizzativi regionali il D.M. 26 settembre 2016 stabilisce che le risorse del FNA "sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti".

Infine, con il D.P.C.M. del 21 novembre 2019 di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 e relativo riparto delle risorse del F.N.A. per il medesimo arco temporale, lo Stato ha fornito un corpus normativo con il quale chiede alle Regioni ed alle Province autonome di adeguare la propria normativa di dettaglio per poter accedere alle risorse del FNA.

I cardini dell'attuale programmazione nazionale sulla non autosufficienza possono essere riassunti nei seguenti punti:

- a) la definizione di un processo progressivo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali; (art. 1, comma 2)1;
- b) l'individuazione di un "limite" delle risorse impegnate per garantire i predetti livelli essenziali su tutto il territorio nazionale (art. 1, comma 2)1;
- c) il riferimento degli interventi di cui al Fondo per le non autosufficienze esclusivamente a prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale (art. 1, comma 2)1;
- d) l'individuazione precisa dei beneficiari delle prestazioni e loro suddivisione in due categorie "gravi" e "gravissimi" per i quali sono previste tipologie di tutela diversificate:

1) per i "gravissimi" è individuata una soglia ISEE nazionale (50.000 euro, 65.000 in caso di beneficiari minori), mentre per i gravi l'individuazione di tale soglia viene lasciata alla programmazione regionale;

- 2) per i “gravissimi” è individuata una quota minima nazionale di intervento (400 euro), mentre al contrario nei confronti dei “gravi” la determinazione di tale quota viene lasciata alla programmazione regionale;
- e) l’individuazione di un nuovo modello di monitoraggio e rendicontazione da parte governativa sull’uso delle risorse e dei livelli di copertura dei livelli essenziali (art. 3);
- f) l’erogazione delle risorse del FNA condizionata all’adozione da parte delle regioni di uno specifico Piano Regionale per la Non Autosufficienza e la puntuale rendicontazione dell’uso delle risorse pervenute tramite il FNA sulla base di modelli nazionali (art. 3).

La Regione Piemonte deve pertanto procedere all’adozione delle Disposizioni attuative (d’ora in poi “disposizioni”) dei nuovi principi e definizioni introdotte dal Piano nazionale per la non Autosufficienza.

Il contesto regionale, dall’introduzione degli interventi finanziati con le risorse del FNA a partire dall’anno 2007, si è sviluppato seguendo direttrici diversificate a seconda dei territori che evidenziano punti di forza e di debolezza.

A partire dal presente recepimento del Piano nazionale, si intende avviare un processo concertativo finalizzato a garantire la reale fruizione dei livelli assistenziali previsti a tutti i cittadini che ne hanno diritto, tenuto conto che tali livelli assistenziali godono di una tutela costituzionale.

Tale processo prenderà in considerazione la centralità della persona, le caratteristiche epidemiologiche e socio-economiche territoriali, i differenti livelli di integrazione con il comparto sanitario raggiunti localmente, con l’obiettivo di costruire un sistema di protezione unitario adeguato, sostenibile e omogeneo. Andrà altresì affrontata la criticità delle liste d’attesa perseguendo l’equità e la trasparenza del sistema d’accesso.

La Regione Piemonte tramite le presenti Disposizioni, di seguito illustrate nel presente allegato, recepisce i principi cardine della normativa nazionale e, tramite ulteriori provvedimenti, procederà nel definire le norme di dettaglio per un efficace utilizzo delle risorse nazionali e regionali disponibili.

## 1) DEFINIZIONI

- “Budget di cura”: per budget di cura si intende l’insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. La caratteristica peculiare del Budget di Cura è di essere strutturato sui bisogni e per questo di essere flessibile e non legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore;
  - “Caregiver”: familiare che assiste - senza un compenso - un proprio congiunto;
  - “Case Manager”: operatore individuato tra le professionalità sociali o sanitarie in relazione alla prevalenza delle prestazioni; svolge funzioni di contatto tra utente e caregiver, coordinatore delle risorse professionali, responsabile per il monitoraggio e la valutazione del PAI;
  - “Cure Domiciliari”: insieme di servizi sanitari, sociali e sociosanitari tesi a garantire la permanenza al proprio domicilio della persona; per quanto attiene il presente provvedimento si fa riferimento alla fase di cure domiciliari in lungoassistenza finalizzata a mantenere l’autonomia funzionale possibile ed a rallentare il suo deterioramento, e caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo e da un maggiore intervento socio-sanitario rivolto a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita. Di norma tale fase è correlata ai livelli di complessità assistenziale bassa e media, come definiti dalla D.G.R. 41/2002.
  - “Non autosufficienza grave”: non c’è una definizione a livello nazionale delle persone con non autosufficienza grave, ma tali soggetti possono essere individuati in coloro che presentano una condizione di non autosufficienza e che necessitano di assistenza, ma non rientrano nella definizione seguente di “non autosufficienza gravissima”;
- “ Non autosufficienza gravissima”: le persone con non autosufficienza gravissima sono individuate dai criteri previsti dall’art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 novembre 2016, ovvero titolarità dell’indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e con presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del succitato decreto del 2016;

- “P.A.I. Piano di Assistenza Individualizzato”: è un programma sistemico di lavoro formulato dall’equipe multi-professionale, costruito a partire dalle indicazioni contenute nella valutazione multidimensionale che in base alla valutazione dei bisogni della persona richiedente assistenza, individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per raggiungerli, proponendo anche una valutazione in itinere ed ex post per valutare i risultati conseguiti, adeguando - se del caso - le prestazioni erogate. Il P.A.I. permette di valutare l’appropriatezza delle prestazioni pianificate e la loro efficacia, unitamente ai costi;
- “P.U.A. Punto Unico di Accesso”: modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi, sanitari, sociali e sociosanitari, introdotto in Piemonte con la D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 e precedentemente denominato “Sportello Unico Sociosanitario”;
- “Tavolo di co-programmazione e co-progettazione”: si fa riferimento a quanto previsto dai commi 2 e 3 dell’art. 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017;
- “U.V.G. Unità di Valutazione Geriatrica”: è l’equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario designata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona anziana tramite le modalità e scale di riferimento indicate nella D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i.;
- “Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità (U.M.V.D.)”: è l’equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario deputata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona tramite le modalità e le scale di riferimento previste dalla D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020;
- “Valutazione multidimensionale del bisogno”: misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari presenti e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell’ambiente di vita.

## 1.2 L’integrazione socio-sanitaria

### 1.2.2. Punti unici di Accesso.

Punti Unici di Accesso: L’articolo 4, comma 1, lett. a) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell’Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: “prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l’informazione e l’accesso ai servizi sociosanitari”.

Descrivere le modalità di attuazione dell’impegno della Regione.

L’utente e/o la persona che se ne prende cura (caregiver), quando è necessario attivare interventi sociali in ambito sanitario e viceversa, si deve rivolgere agli Sportelli Unici SocioSanitari (SUSS) presenti nelle suddivisioni territoriali di ogni Azienda Sanitaria (ASL Città di Torino, ASL TO3-4-5, ASL CN 1 e 2, ASL Asti, ASL Alessandria, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Novara, ASL Verbano, Cusio Ossola) e/o di ogni Ente Gestore della funzione Socio Assistenziale.

.....

L’attivazione sul territorio di Sportelli Unici Socio-Sanitari è stata prevista allo scopo di porre particolare attenzione a migliorare e facilitare l’accesso ai servizi soprattutto da parte di anziani in condizioni di non autosufficienza, nonché persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica.

I Punti Unici di Accesso sono anche la porta di entrata per la richiesta di prestazioni socio-sanitarie residenziali, semi-residenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti (DGR 14-5999 del 25 giugno 2012).

### 1.2.3. Valutazione multidimensionale:

Valutazione multidimensionale: L’articolo 4, comma 1, lett. c) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell’Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: “implementare

modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

Il PNA ribadisce che agli interventi a valere sul FNA, «si accede previa valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute)».

La valutazione multidimensionale va oltre lo specifico dell'analisi del bisogno assistenziale e «analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita, ed in particolare, almeno le seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione e altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana».

La valutazione multidimensionale per le persone anziane non autosufficienti è affidata alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) come definite dall'allegato 6 alla D.G.R. 45-4248/2012; con i provvedimenti dirigenziali attuativi della D.G.R. 34-3339 del 16 maggio 2016, "RSA Aperta", sono state rimodulate la Cartella Geriatrica, la Scheda Informativa Sanitaria, la domanda di valutazione\rivalutazione.

Per quanto riguarda la composizione dell'équipe sono previste le seguenti figure professionali:

- un medico geriatra con funzione di presidente;
- un medico dell'assistenza sanitaria territoriale;
- un medico fisiatra;
- un assistente sociale, rappresentante dell'Ente gestore dei Servizi Sociali;
- un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria;
- un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;
- un segretario (ruolo amministrativo).

La D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2012 "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente" fornisce misure organizzative per la presa in carico della persona anziana non autosufficiente.

La persona interessata all'offerta degli interventi rivolti a persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti deve presentare domanda di valutazione multidimensionale all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) competente per il Distretto sanitario dell'ASL di residenza tramite lo Sportello / Punto Unico di Accesso.

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, l'UVG esegue la valutazione sanitaria e sociale utilizzando la "Cartella geriatrica", definisce la non autosufficienza e il Progetto Individuale concordato con l'interessato e la sua famiglia. L'ASL, nel comunicare l'esito della valutazione, deve indicare:

- il punteggio sanitario
- il punteggio sociale
- il tipo di progetto assegnato / individuato
- il grado di priorità.

Con la D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)" sono state individuate la composizione e le modalità di funzionamento dell'apposita Unità di Valutazione Multidimensionale, minori e adulti, nonché la scheda contenente la relazione sociale e sanitaria con il progetto individuale, già basata sul sistema di valutazione ICF.

Alla suddetta unità di valutazione, composta da figure professionali sanitarie e sociali, compete, attraverso la valutazione multidisciplinare, l'individuazione dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone disabili e la conseguente predisposizione del progetto individuale contenente gli interventi socio-sanitari da attivare.

Con la D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020 sono state approvate le nuove Cartelle Disabilità minori e Disabilità adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari secondo la logica della multidimensionalità, elemento cardine della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF).

#### 1.2.4. Progetto personalizzato

Progetto personalizzato: L'articolo 4, comma 1, lett. b) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: "attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie". Il PNA prevede che «La valutazione ... è finalizzata alla definizione del progetto personalizzato..., [che] individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita», inclusi gli interventi a valere sul FNA.

Per l'erogazione delle prestazioni a sostegno delle persone non autosufficienti è sempre prevista la definizione di un Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) quale trasposizione operativa del Progetto individuale definito in sede di valutazione delle Unità valutative competenti.

Il Piano di Assistenza personalizzato tiene conto delle necessità individuali della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni sociali e sanitarie, in questo caso le prestazioni sanitarie sono individuate in sede di valutazione multidimensionale dall'apposita Unità di Valutazione. Il P.A.I. può essere integrato con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo. In particolare, relativamente alle persone con disabilità, la valutazione multidimensionale da parte dell'UMVD, ai sensi della DGR n. 26-13680 del 29 marzo 2010, è finalizzata alla definizione di un progetto personalizzato che individui gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità ha bisogno, quali le prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie nonché gli interventi ed i servizi previsti all'art. 3 del D.M. 23.11.2016, come successivamente definito nella D.G.R. n. 47-5478 del 3 agosto 2017 con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

#### 1.2.5. Budget di progetto

L'articolo 4, comma 1, lett. e) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: "formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente (es.: budget di cura)." Il PNA prevede che il progetto personalizzato «contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata».

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

In sede di predisposizione del PAI, le diverse figure professionali procedono alla definizione di un budget di cura, cioè l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per attivare un processo volto a garantire la miglior qualità della vita possibile e una corretta allocazione delle risorse disponibili.

Il P.A.I., inoltre, deve garantire la piena partecipazione della persona e/o della sua rete familiare alla costruzione delle risposte personalizzate e persegue il principio dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, attraverso la definizione del suddetto budget di cura.

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari.

- L'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 stabilisce che "Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013" e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto. Indicare i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale.

- Come evidenziato nel PNA, "il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficienze «gravi», ad oggi però non meglio specificate a livello nazionale e quindi rimesse nei termini definitivi alla programmazione regionale". Indicare pertanto i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in

condizione di disabilità grave e descriverne sinteticamente i contenuti. In particolare, specificare se ai fini dell'accesso alle prestazioni è utilizzata una scala di valutazione multidimensionale (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche. Destinatari degli interventi di domiciliarità in lungo-assistenza sono le persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità. Le persone non autosufficienti, gravissime e gravi, sono valutate dalle competenti Unità di valutazione in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale. Hanno accesso alle prestazioni le persone anziane con valutazione multidimensionali dalla quale risulti lo stato di non autosufficienza come definito dalla D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i. (valutazione sanitaria  $\geq$  a 5 punti) e le persone con disabilità residenti nei territori di competenza ritenute idonee ad un progetto di assistenza domiciliare da parte delle competenti Unità di Valutazione (UVG, U.M.V.D.). Le scale di valutazione fino ad ora adottate sono state oggetto di trans-codifica negli strumenti previsti dal livello nazionale. In particolare, per quanto riguarda i non autosufficienti gravissimi si utilizzano i criteri previsti dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016, richiamati dal decreto del 21 novembre 2019, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento e presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto.

Le Commissioni di valutazione competenti trasmettono copia integrale della valutazione all'ASL e all'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali di competenza nel rispetto delle convenzioni stipulate tra le parti.

Le Commissioni provvedono alla trasmissione all'interessato dell'esito della valutazione (anche in caso di respingimento dell'istanza); nei casi di progetti di carattere "domiciliare", nella comunicazione devono essere riportate:

- il punteggio sanitario;
- il punteggio sociale;
- il punteggio complessivo;
- il tipo di progetto assegnato (domiciliare);
- il grado di gravità (grave o gravissimo). In caso di grado "gravissimo" dovrà essere riportata l'indicazione di almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

I soggetti titolati sono responsabili per quanto attiene gli adempimenti relativi alla privacy e alla trasparenza legata ai beneficiari ed alla regolare tenuta delle graduatorie.

### 3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati.

• L'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 2 del Piano, individua le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;

c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

L'obiettivo prioritario degli interventi domiciliari in lungoassistenza è il raggiungimento di quell'area di non autosufficienza gravissima, la cui cura e sostegno economico sovraccarica ancora pesantemente le famiglie, e su quell'area di non autosufficienza grave su cui l'intervento pubblico locale fatica ad espandersi a causa della carenza di risorse.

La Regione intende rafforzare un modello di servizi alla persona incentrati su due elementi essenziali: il PAI e il Budget di Cura.

Gli interventi previsti nel PAI si declinano in base al budget di cura nelle seguenti aree:

- a) INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
- b) INTERVENTI CON TRASFERIMENTI MONETARI
- c) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE
- d) MIX DI INTERVENTI

a) INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Gli interventi di assistenza domiciliare sono volti a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento attraverso l'erogazione di servizi in forma diretta o attraverso soggetti accreditati. Tali interventi possono declinarsi in:

- 1. prestazioni professionali;
- 2. prestazioni di assistenza familiare;

b) INTERVENTI CON TRASFERIMENTI MONETARI o VOUCHER PER ACQUISTO DI SERVIZI

Gli interventi si riferiscono al trasferimento di contributi economici al beneficiario per sostenere gli oneri di cura sotto forma di:

- 1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
- 2. assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
- 3. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;
- 4. voucher socio-sanitari, cioè titoli economici non in denaro, utilizzabili per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare da enti erogatori accreditati e secondo quanto definito nel PAI, così come indicato dall'art. 17 della Legge 328/2000;

c) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1. servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
- 2. affidamento diurno;
- 3. telesoccorso;
- 4. fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;
- 5. servizi di trasporto o fornitura di voucher per prestazioni di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI;

d) MIX DI INTERVENTI

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di interventi erogabili, come sopra specificati, integrabili anche con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

3.1 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

3.1.1. Assegno di cura e per l'autonomia.

L'assegno per l'autonomia deve:

- avere carattere sostitutivo di servizi;
- si inserisce in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;

- può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);

- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;



- può eventualmente essere condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;

- le erogazioni possono essere sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi.

Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.

Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

3.1.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia (per disabili gravissimi).

3.1.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienti gravissimi.

Si definisce "Assegno di cura e per l'autonomia" l'insieme delle prestazioni di cui al paragrafo 3. "La descrizione degli interventi e dei servizi programmati" previsti dal PAI.

3.1.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima:

assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)

Il P.A.I. può prevedere anche forme di servizi di tregua quali l'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale per un periodo complessivo di 60 giorni annuali.

Il ricovero deve avvenire presso strutture autorizzate e accreditate con il Servizio Sanitario Regionale con l'applicazione delle tariffe previste dal Piano Tariffario regionale in vigore.

L'assegno di cura e autonomia può coprire i costi alberghieri del ricovero fino al raggiungimento dell'importo mensile dell'assegno, la quota sanitaria è a carico dell'ASL di riferimento.

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave

Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare, assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), **interventi complementari (ricoveri di sollievo)**

**D.G.R. 16 aprile 2021, n. 3-3084: Criteri e modalità di erogazione delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (euro 5.465.172,96), di cui al D.M. del 27 ottobre 2020, e del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2020 (euro 5.600.000,00), di cui al D.P.C.M. del 21 dicembre 2020. Riparto a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.**

**D.G.R. 18 maggio 2021, n. 7-3219: L.R. 12 febbraio 2019, n. 3 "Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità". Istituzione Tavolo di lavoro permanente sul tema della disabilità ai sensi dell'art. 13 ed approvazione criteri per l'individuazione delle associazioni a tutela delle persone con disabilità'.**

**D.G.R. 28 maggio 2021, n. 3-3285: Legge 22 giugno 2016, n. 112. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Approvazione proposta Programma attuativo regionale anno 2020 da sottoporre al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e approvazione criteri di riparto delle risorse ministeriali agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.**

**L.R. 28 ottobre 2022, n. 17: Allontanamento zero. Interventi a sostegno della genitorialità e norme per la prevenzione degli allontanamenti dal nucleo familiare d'origine.**

La Regione Piemonte, esercitando i propri poteri di competenza legislativa esclusiva in materia di servizi sociali (art. 117 Cost.), ha preteso di innestare una serie di norme a forte valenza identitaria sul principio cardine dell'intervento pubblico a sostegno delle persone di età minore: il diritto delle stesse a crescere in famiglia. Tale principio - come già ben articolato dalla fondamentale legge nazionale 4 maggio 1983, n.184, "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" - assume due significati.

- il minore ha il diritto di crescere nella famiglia di origine e di esserne allontanato solo ove ciò sia assolutamente necessario per la sua protezione in ragione di una condotta genitoriale che abbia provocato, o rischi di provocargli, un serio pregiudizio. In quest'ottica, la legge nazionale afferma che il minore "ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia" (art. 1 comma 1° legge n.184/1983), esclude che l'indigenza del nucleo possa di per sé portare alla sua separazione dai genitori (ivi, comma 2) e prescrive allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali, nell'ambito delle proprie competenze, di predisporre servizi e interventi a sostegno delle famiglie di origine onde prevenire l'allontanamento (ivi, comma 3).
- nel caso in cui sia necessario allontanare il minore dalla famiglia di origine, la legge nazionale intende privilegiare collocazioni "di tipo familiare", che garantiscano cioè un'attenzione individualizzata alla persona di età minore, in un contesto di ascolto e di assistenza anche morale. Nel caso di difficoltà temporanea del nucleo di origine, l'affidamento avviene ad una famiglia (scelta alla luce dell'interesse del minore e quindi valorizzando legami affettivi esistenti e privilegiando il collocamento presso membri della famiglia allargata o amici di famiglia, se idonei) o, in subordine, a una struttura residenziale che sia organizzata per il rapporto numero tra educatori e minori in modo simile a una famiglia ("comunità di tipo familiare"). Nel caso di difficoltà di lungo periodo o definitiva, l'accoglienza dovrebbe invece avvenire presso una famiglia adottiva (ivi, art. 8).

La Regione Piemonte interviene con la L.R. 17/2022, sull'onda emotiva del cosiddetto "caso Bibbiano", per contrastare alla radice un millantato eccessivo numero di allontanamenti praticato dai servizi sociali piemontesi. Millantato in quanto i dati non confermano tale valutazione: in realtà, in Piemonte gli allontanamenti riguardano una porzione molto ridotta della popolazione minorile, pari a circa lo 0,23% nel 2020 e lo 0,24 nel 2021, inferiore sia al dato nazionale (0,27%), che a quello degli altri Paesi (la media europea è pari allo 0,65%, quella degli Stati Uniti all'1,40%); in sostanza questo provvedimento assume un preminente significato ideologico e strumentale teso a letture dei dati orientate a dimostrare una tesi preconstituita.

Invece della centralità del bambino e della sua tutela come interesse preminente, si adotta un'impronta adultocentrica della potestà genitoriale per "diritto di sangue", da riaffermare, da parte dell'adulto/genitore contro presunte "illecite" interferenze delle istituzioni e dei loro servizi. Da qui ne deriva un impianto che contrappone genitori/famiglia all'insieme dei soggetti (istituzioni/servizi, giustizia minorile, volontariato affidatario, imprese sociali) che hanno un ruolo di tutela del minore orientato appunto alla centralità del bambino. Peraltro, questo provvedimento si inserisce, riguardo al tema della tutela e protezione dei minori, nell'attuale crescente clima socioculturale di crisi di fiducia dei cittadini nei confronti dello Stato e delle sue istituzioni. Clima i cui effetti sono in corso, con un progressivo ritiro del sistema di welfare, in nome, anche, dell'autonomia individuale e sociale da vincoli e condizionamenti istituzionali.

In questo contesto la L.R.17/2022 indica procedure uniformi che i servizi sociali territoriali devono utilizzare per contrastare in ogni modo gli allontanamenti dei minori dal loro nucleo di origine. Su tale obiettivo si dispone un approccio standardizzato e rigido attraverso un percorso a tappe obbligate per il collocamento extrafamiliare. Nelle situazioni di "vulnerabilità familiare", l'allontanamento può essere "proposto solo successivamente all'attuazione di un progetto quadro denominato progetto educativo familiare (PEF) ... che abbia durata almeno semestrale" (art. 2 comma 1°). Inoltre, gli interventi economici e abitativi a sostegno del nucleo familiare "hanno carattere prioritario e vincolante rispetto" all'allontanamento (art. 6 comma 6°). Infine, nella scelta del collocamento extrafamiliare, si deve dare la priorità all'affidamento familiare fino al quarto grado di parentela (art. 6 comma 2°).

Occorre rilevare che questo PEF rischia di tradursi in concreto in un pregiudizio per il minore perché l'incertezza sulla nozione di "vulnerabilità familiare" e la difficoltà in tante situazioni concrete di distinguerlo dal "pregiudizio connesso alle condotte genitoriali" potranno portare i professionisti ad applicare il PEF a tutte le situazioni, con la sola esclusione dei maltrattamenti gravissimi e conclamati. E sicuramente si allungheranno i tempi per disporre gli allontanamenti sui casi più gravi, cioè in situazioni in cui invece la tempestività è uno degli elementi che concorrono alla buona riuscita del progetto poiché ne potenziano gli effetti riparativi. E' anche da considerare come la previsione rigida di una durata almeno semestrale vincoli i professionisti dei servizi, escludendo che possano per esempio ridurre i tempi nel caso in cui l'età e la condizione del minore lo richiedano.

In ordine al disposto riguardante l'attività di tracciamento e valutazione della parentela nei casi di collocamento extrafamiliare del minore, evidentemente si presume che i componenti della famiglia allargata siano uniti da vincoli di affetto e di cura e che dunque sia nell'interesse del minore che non possa vivere con i genitori rimanere comunque all'interno della cerchia dei parenti così da ridurre il possibile trauma derivante dalla separazione dalla famiglia nucleare. Tuttavia, non sempre è così: non è infatti il legame di sangue a rendere il familiare idoneo all'accoglienza del minore, ma l'esistenza di un vincolo di affetto, unitamente alla volontà e alla capacità di istruire, mantenere ed educare il bambino. Già oggi peraltro i servizi sociali verificano regolarmente la possibilità di affido a parenti, se disponibili e idonei. Tuttavia, avviene talvolta che la famiglia allargata colluda con il genitore negando che abbia causato un pregiudizio alla prole.

Talvolta, invece, la famiglia allargata è portatrice di problematiche autonome che la rendono inadatta ad assumere un ruolo genitoriale vicario (es. per l'età o le condizioni di salute del familiare).

Un ulteriore profilo problematico è costituito dall'enfasi posta sulle difficoltà economiche delle famiglie di origine. Il disegno di legge regionale prevede espressamente che “a tutela del diritto del minore a crescere nella propria famiglia, sono disposti interventi di sostegno economico...”, addirittura quantificandoli nella misura “almeno pari al contributo all'affido eventualmente erogabile” (art. 5 comma 2°), Inoltre, si prevede che il PEF debba “espressamente” (e dunque necessariamente) prevedere misure di sostegno economico alla famiglia. Infine, come già detto, si stabilisce che gli interventi economici e abitativi a sostegno della famiglia di origine abbiano “carattere prioritario e vincolante” rispetto all'allontanamento (art. 6 comma 6°). Posto che già la legge nazionale esclude che si possa procedere all'allontanamento nel caso di mera indigenza del nucleo (art.1 comma 2° legge n.184/1983), eventuali allontanamenti in ragione delle condizioni economiche dei genitori sarebbero dunque pratiche gravemente illegittime e andrebbero segnalate alle autorità competenti. In realtà, i dati oggettivi sui provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile non rilevano casi di allontanamenti per mere ragioni economiche dei genitori; si tratta sempre di situazioni multiproblematiche in cui l'indigenza è può al massimo essere solo uno degli elementi che concorre alla situazione di disagio del nucleo. In tali situazioni il sostegno economico può essere una delle misure adottate, ma solo in stretta integrazione con le altre, educative e sociali, che devono per loro natura avere la precedenza.

Occorre notare che questa legge regionale non prevede lo stanziamento di fondi aggiuntivi, ma solo il passaggio da un capitolo di bilancio ad un altro. La mancanza di risorse rischia di rendere irrealizzabili alcune previsioni normative; infatti numerose azioni proposte sono onerose in quanto comportano adempimenti aggiuntivi per i servizi sociali, già in sofferenza di organico e risorse economiche per gli interventi da attuare. Inoltre, la previsione secondo cui “in ogni azienda sanitaria locale del territorio regionale i servizi afferenti ai Dipartimenti Materno Infantile, Salute Mentale e Dipendenze realizzano una propria valutazione sullo stato psicologico del minore e degli adulti coinvolti e svolgono attività psicoterapeutica, al fine di rafforzare le capacità del nucleo familiare” (art. 7 comma 3°) è certamente condivisibile ma velleitaria in una situazione in cui, allo stato, i servizi non riescono neanche a far fronte alle richieste di approfondimento da parte delle autorità giudiziarie.

Desto preoccupazione, infine, la previsione secondo cui saranno destinate “una quota non inferiore al 50% delle risorse del sistema integrato dei servizi sociali delle politiche familiari per sostenere le azioni di prevenzione all'allontanamento” (art. 4 comma 2°, lett. c). Ciò significa, infatti, che con il restante 50% i servizi dovranno assicurare quelli che, nell'attuale situazione di cronica assenza di personale e risorse, costituiscono la grande maggioranza degli interventi erogati e cioè gli interventi d'urgenza e gli interventi in esecuzione di provvedimenti dell'autorità giudiziaria. L'effetto della nuova normativa rischia dunque di essere non solo il peggioramento della qualità dei servizi prestati, ma addirittura la paralisi del sistema attuale dei servizi.

## **Cap. 9 Autorizzazione - Accredimento - Certificazione delle strutture pubbliche e private**

### **9.1 Autorizzazione**

provvedimento mediante il quale una Pubblica Amministrazione “legittima” una struttura pubblica o privata all'apertura ed all'esercizio di una attività. Disciplina introdotta dal DPR 37/97 del 14/1/97, che ne definisce anche i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi.

Prevede la verifica, preliminare e periodica, della struttura partecipante al processo dell'accertato possesso degli specifici requisiti minimi previsti da norme e regolamenti. E' un presupposto necessario ed obbligatorio per tutte le strutture pubbliche e private per ottenere il riconoscimento di soggetto accreditato e per poter erogare prestazioni per conto dell'Ente autorizzante.

L'Autorizzazione è quindi necessaria per la costruzione di nuove strutture o la modificazione di quelle esistenti e l'esercizio delle attività.

### **9.2 Accredimento**

rappresenta una forma in evoluzione di verifica della qualità e di spinta al miglioramento. Si distingue in

- ✓ Accredитamento Istituzionale = Valuta il processo più dal punto di vista degli aspetti strutturali che sui risultati e garantisce che un'organizzazione rispetti i requisiti che sono stati definiti. Rif normativi: D.Lgs 502/92 (Art. 8 c. 7), L. 724/94, DPR 37/97 (Artt.2-3), D.Lgs. 298/98 (Art. 8 quater), D.Lgs. 19/6/99 n. 29 (Artt.8bis, 8quater, 16, 19bis). E' compito dei livelli governativi (Stato - Regioni) definire requisiti minimi e requisiti ulteriori della struttura sanitaria che obbligatoriamente partecipa al processo e verificare preliminarmente e periodicamente la rispondenza della struttura ai requisiti definiti al fine di rilasciare l'accreditamento per l'accesso al mercato delle prestazioni in ambito di finanziamento a carico di SSN e SSR (DPR 37/97 del 14/1/97). L'accreditamento Istituzionale è il fulcro fra l'azione di autorizzazione e la definizione degli accordi di fornitura fra committenti ed erogatori pubblici e privati.
- ✓ Accredитamento Professionale = è compito di Agenzie Professionali (ad es. Società Scientifiche). Queste sono chiamate a definire i requisiti minimi e requisiti ulteriori di buona qualità della struttura che volontariamente partecipa al processo e verificano preliminarmente e periodicamente la rispondenza della struttura ai requisiti definiti al fine di migliorarne la qualità. L'Accreditamento nasce all'interno del sistema professionale, come esigenza di non limitarsi al raggiungimento dei livelli minimi di qualità, ma come volontà di tendere a requisiti di eccellenza, quale unica garanzia di miglioramento continuo.

### 9.3 Certificazione

una parte terza, indipendente (Ente Certificatore, per l'Italia il SINCERT), sulla base di una specifica norma o di un altro documento normativo di riferimento (ad es. norme ISO 9001-2000) emanati dalle autorità competenti, verifica preliminarmente e periodicamente la struttura che volontariamente partecipa al processo dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio è conforme alla norma e gli conferisce un certificato e/o marchio di qualità come titolo preferenziale sul mercato. La Certificazione, infatti, verifica la conformità del processo operativo in esame ai requisiti di minima, generalmente definiti in sede istituzionale o, comunque, esterna al sistema professionale.

Il momento valutativo si manifesta in una visita a carattere ispettivo-sanzionatorio.

La differenza sostanziale tra la Certificazione e l'Accreditamento è che la prima rispetta i criteri ISO, è "rigida" ed amministrativa, controlla se l'aspetto organizzativo è "a norma" ma non verifica se i cambiamenti vengono attuati; il secondo invece è più "tarato" sul miglioramento del servizio e dell'intervento operativo dei professionisti, offre caratteristiche di flessibilità associate ad un forte coinvolgimento dei professionisti, aventi come finalità ultima il miglioramento continuo.

I criteri che definiscono i diversi Accredитamenti si devono individuare per tipo di riferimento legislativo, di cogenza, di modalità di controllo, di visitatori/valuatori, di gestione (quali Agenzie), ambito o livello di verifica, finalità.

### Autorizzazione, Accredimento Istituzionale, Certificazione, Accredimento Professionale

	<b>Autorizzazione</b>	<b>Accreditamento istituzionale</b>	<b>Certificazione</b>	<b>Accreditamento professionale</b>
<b>Riferimenti</b>	DPR 14/1/97	DPR 14/1/97 e direttive regionali	Norme ISO 9001	Evidenze scientifiche e stato dell'arte
<b>COGENZA</b>	Obbligatorio	Obbligatorio	Facoltativo	Facoltativo
<b>MODALITA'</b>	Ispezione	Ispezione	Ispezione	Consulenza
<b>VISITATORI</b>	Funzionari pubblici	Funzionari pubblici	Esperti di gestione	Professionisti della sanità
<b>GESTIONE</b>	Istituzionale	Istituzionale	Agenzie di certificazione	Professionisti e società scientifiche
<b>AMBITO</b>	Requisiti minimi	Requisiti minimi ed ulteriori	Processi gestionali	Processi tecnico-specifici
<b>FINALITA'</b>	Esercizio di attività sanitarie	Accesso al mercato delle prestazioni	Acquisizione titolo sul mercato	MCQ

## Cap. 10 normativa specifica riguardante la non autosufficienza

Nel quadro del dettato costituzionale, l'art.1 della L.833/1978 dispone che il Servizio sanitario deve operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario. L'art. 2 della stessa legge stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e deve altresì provvedere «alla tutela dalla salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Ne consegue che

- il Servizio sanitario deve curare tutte le persone malate siano esse giovani o adulte o anziane, colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri.
- violano sicuramente la Costituzione e le leggi vigenti gli ospedali e le case di cura pubbliche e private che dimettono anziani malati cronici non autosufficienti, appena risolte le patologie acute che avevano determinato il ricovero o al termine del prefissato periodo per la riabilitazione.

In base alle norme sopra richiamate il Servizio sanitario è obbligato a garantire la continuità terapeutica fino all'inserimento in convenzione del malato non autosufficienti o al rientro al domicilio, previa presa in carico dell'Asl di residenza e se necessario l'attivazione delle prestazioni domiciliari, nel caso vi siano congiunti volontariamente disponibili. Si ricorda che ai sensi dell'art. 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»; quindi lo Stato ha posto in capo al Servizio sanitario l'obbligo delle cure e non ai familiari.

La legge n. 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", riguarda anche i malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle Rsa, dove non ci risulta che sia attuata come dovrebbe la terapia del dolore, né tanto meno praticate le cure palliative nella fase terminale. L'articolo 1 della legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", precisa che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività», che «si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative» e che «alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».

All'interno delle prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, ovvero di «tutela della salute» (articolo 32 della Costituzione), vanno riconosciute anche quelle prestate da soggetti cosiddetti «informali», familiari e/o assistenti familiari regolarmente assunti, volontari... che riguardano l'idratazione e l'alimentazione (spesso imboccamento), la mobilitazione, il monitoraggio delle condizioni cliniche generali del malato, la somministrazione e il controllo dell'assunzione della terapia. Si tratta di prestazioni eseguite sotto indicazione medica o infermieristica che riguardano la tutela della salute della persona non autosufficiente, che attualmente sono fuori dai Livelli essenziali delle prestazioni domiciliari (articolo 22 dei Lea) e che invece vengono riconosciute a pieno titolo sanitarie e socio-sanitarie nei ricoveri residenziali per gli stessi pazienti.

Le prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie non devono limitarsi a quelle «professionali» dell'attuale Adi (Assistenza domiciliare integrata) o Adp (Assistenza domiciliare programmata), comunque a totale carico sanitario. Esse sono infatti esigue per quantità (una media di 18 ore all'anno - Fonte Ministero della Salute) e inappropriate per qualità (il malato cronico non autosufficiente ha necessità del soddisfacimento delle esigenze succitate, per corrispondere alle quali è obbligatoria una prestazione continuativa nell'arco delle 24 ore).

### 10.1 Qualche elemento circostanziale sugli adulti e gli anziani cronici non autosufficienti, i malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile

Un corretto profilo dello stato di queste persone è contenuto nel documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia (6 luglio 2015) ove si precisa che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro auto-sufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*». In sostanza si tratta di persone (in numero consistente nel nostro Paese, calcolate in oltre 1 milione di individui da assistere

24 ore su 24) destinate senza alcuna eccezione a morire nel giro di pochi giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze.

Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività affidate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai parenti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. La conseguenza è che spesso sempre più le famiglie cadono in situazioni di povertà e a volte di vera e propria miseria. Risulta quindi evidente il ruolo fondamentale dei familiari che volontariamente assumono il compito di assicurare le prestazioni domiciliari e dei medici di medicina generale che non solo conoscono le esigenze dei pazienti, ma anche le capacità ed i limiti dei familiari disponibili.

Queste persone devono essere assistite a titolo gratuito in ospedale, nelle case di cura convenzionate, con l'assistenza domiciliare integrata e il medico di medicina generale, oppure con la corresponsione del 50% della retta da parte delle Asl che hanno disposto il ricovero in una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

In questo contesto normativo le Asl sono quindi obbligate a curare le persone non autosufficienti. Come accade per gli altri malati l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari o residenziali non può essere condizionato dalla situazione economica del malato non autosufficiente, né da quella dei suoi familiari.

## Cap. 11 Gli strumenti di protezione giuridica

Il nostro ordinamento giuridico contempla tre differenti istituti giuridici di protezione per le persone che hanno una ridotta (o nulla) capacità di manifestare la propria volontà, con l'obiettivo comune di tutelare le persone "fragili", siano esse maggiorenni che minori emancipati (cioè quelli autorizzati a contrarre matrimonio a 16 anni e i giovani che abbiano compiuto il 17 anno di età):

### La Curatela,

prevista dal codice civile all'art. 392 e segg e all'art. 415 e seguenti, è una misura di protezione e tutela degli interessi personali e patrimoniali di quei soggetti che, per infermità non tanto grave da far luogo alla interdizione o in presenza di determinate patologie, sono *inabilitati*. La curatela è finalizzata ad assistere l'inabilitato nel compimento di atti di straordinaria amministrazione e viene aperta d'ufficio a seguito di sentenza di inabilitazione pronunciata dal Tribunale. l'inabilitato può provvedere all'ordinario, ma deve essere assistito dal curatore per il compimento degli atti eccedenti l'ordinaria amministrazione. Di fatto il curatore assiste ma non sostituisce la persona. E' uno strumento ormai residuale totalmente sostituito dall'Amministrazione di Sostegno.

### L'Amministrazione di Sostegno

è la forma di protezione giuridica prevista dal codice civile, introdotta dalla Legge n. 6/2004, che permette alla persona che ne beneficia di poter essere aiutata da un Amministratore di Sostegno. Quest'ultimo può compiere esclusivamente gli atti che il Giudice Tutelare gli attribuisce, in alcuni casi *affiancando* in altri *sostituendo* il beneficiario nelle decisioni. L'Amministrazione di Sostegno è pertanto uno strumento diretto a supportare la persona fragile nel compimento di alcuni specifici atti. E' uno strumento flessibile, costruito in base alle esigenze e alle capacità residue dei singoli beneficiari. L'amministrato è considerato, di norma, capace di curare i propri interessi, e la sua sfera di capacità viene limitata solo in relazione al compimento di determinati atti per i quali viene designato l'Amministratore di Sostegno. L'istituto e' pertanto caratterizzato dalla continua adattabilità alle esigenze del beneficiario spesso destinate a modificarsi nel tempo. A differenza dell'interdizione e dell'inabilitazione, dotate di tendenziale stabilità, l'amministrazione di sostegno può inoltre configurarsi anche come misura di tutela meramente temporanea. E' fondamentale che l'Amministratore, oltre ad acquisire dimestichezza con le attività amministrative e patrimoniali del beneficiario, sappia relazionarsi, in maniera adeguata ed opportuna, ai servizi socio - assistenziali e sanitari per condividere assieme le migliori soluzioni circa l'attuazione del progetto di vita dell'interessato.

Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dallo stesso soggetto beneficiario, dalla persona stabilmente convivente genitori, fratelli, nipoti, suoceri, altri parenti entro il quarto grado o affini entro il secondo grado.

Se il ricorso concerne persona interdetta o inabilitata il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione davanti al giudice competente per quest'ultima.

I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso.

### La Tutela

è la forma di protezione giuridica prevista dal codice civile permette alla persona che ne beneficia (il tutelato) di poter essere aiutata nel compimento dei suoi atti, da un Tutore. Quest'ultimo *sostituisce completamente il tutelato in tutti gli atti giuridici e relativi alla condizione patrimoniale, sociale e sanitaria* con l'obiettivo di assicurargli le migliori condizioni di vita possibili. Il Tutore pertanto non compie atti per se stesso ma *come se fosse* il tutelato

Il Tutore, quando compie atti nell'interesse del tutelato, deve sempre riferire che sta agendo in nome e per conto del tutelato



## Cap. 12 La carta dei Servizi

La Carta dei Servizi è stata introdotta come strumento di tutela dei cittadini nel gennaio del 1994 con la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dir.P.C.M. 27 gen. 1994), ha avuto un ruolo di rilievo nella riforma della pubblica amministrazione (legge n.59/1997 art.17) e ha trovato una ulteriore conferma in materia di servizi sociali nella *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (legge n.328/2000 art.13).

La Legge 1/2004 ha previsto l'adozione, in ogni ambito territoriale di riferimento, della carta dei servizi, in conformita' agli schemi generali di cui all'articolo 13 della l. 328/2000.

La Carta dei servizi è il mezzo attraverso il quale qualsiasi soggetto che offre un servizio pubblico individua gli standard della propria prestazione, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti al cittadino. Ogni ufficio della Pubblica Amministrazione deve fornire ai propri utenti questo documento dove sono descritti finalità, modi, criteri e strutture attraverso cui il servizio viene attuato, diritti e doveri, modalità e tempi di partecipazione. La Carta è anche lo strumento fondamentale con il quale si attua il principio di trasparenza, attraverso la esplicita dichiarazione dei diritti e dei doveri sia del personale, sia degli utenti.

Con questo documento ogni ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza e dichiara quali servizi intende erogare, con quali modalità e quali standard di qualità intende garantire. Quindi

- è un patto tra la pubblica amministrazione e i cittadini attraverso il quale il Comune si impegna *formalmente* sui servizi erogati al cittadino e sulla loro qualità. Gli standard di qualità garantiti sono l'elemento chiave della Carta dei Servizi: sono infatti il livello al di sopra del quale il Comune si impegna a mantenere la qualità dei propri interventi.
- è uno strumento di tutela del cittadino rispetto ai *diritti di cittadinanza* e un *accordo di collaborazione* tra ente pubblico e cittadini per il miglioramento della qualità dei servizi.
- implica un costante monitoraggio della qualità dei servizi erogati, la verifica degli standard garantiti e la definizione degli obiettivi di miglioramento. Costituisce quindi uno strumento efficace per il miglioramento e il controllo della qualità dei servizi sociali e per il miglioramento e l'innovazione dei servizi, deve diventare uno strumento aperto e partecipato.
- garantisce la più ampia partecipazione dei cittadini sia nel momento della *negoziazione* degli standard di qualità dei servizi, sia attraverso il coinvolgimento diretto nella valutazione del servizio, il ricorso alle procedure di reclamo e l'accesso alle forme di risarcimento.

La carta dei servizi e' quindi finalizzata ai seguenti obiettivi:

- a) stipulazione da parte dei comuni singoli o associati di un patto sociale per il benessere della cittadinanza, attraverso l'assunzione degli impegni generali sui servizi da attivare sul territorio;
- b) individuazione, da parte dei soggetti gestori istituzionali, dei criteri e delle mappe di accesso ai servizi, delle modalita' di erogazione e di finanziamento dei servizi e delle prestazioni, dell'elenco dei soggetti autorizzati o accreditati, dei livelli di assistenza erogati, degli standard di qualita' dei servizi, delle modalita' di partecipazione dei cittadini al costo dei servizi, delle forme di tutela dei diritti degli utenti, delle regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonche' delle modalita' di ricorso da parte degli utenti, anche attraverso gli istituti di patronato. La carta dei servizi costituisce requisito necessario per l'accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni sociali.