

Allegato. n. 04 – 1

**Presa d'atto della
Conferenza dei Sindaci
del 16/12/2015**

**LA DELEGA DEI SERVIZI SOCIALI
DA PARTE DEI COMUNI
ALL'ULSSN. 22**

**L'INTEGRAZIONE SOCIO-
SANITARIA**

dr. MASSIMO GIACOMINI

SOMMARIO

CAPITOLO 1. QUADRO NORMATIVO.....	5
1.1. Costituzione, Decentramento e Riforma Sanitaria	5
1.2. Integrazione socio-sanitaria e deleghe in Veneto.....	8
1.3. Autonomie Locali e Riforma Sanitaria del 1992.....	13
1.4. Leggi Regionali di attuazione della Riforma del 1992.....	16
1.5. Conferimento di funzioni amministrative a Regioni ed EE.LL.	20
1.6. Riforma Sanitaria del 1999 e Legge quadro dei Servizi Sociali	22
CAPITOLO 2. IL RAPPORTO FRA COMUNI E ULSS.....	27
2.1. I servizi delegati dai comuni	27
2.2. L'integrazione fra i servizi sociali e sanitari.....	30
CAPITOLO 3. LA GOVERNANCE DELL'ULSS NEL QUADRO DEL RIORDINO ISTITUZIONALE.....	33
3.1. L'obbligo di gestione associata dei piccoli Comuni	33
3.2. Il ruolo delle unioni e delle convenzioni fra comuni.....	35
3.3. Gli ambiti di programmazione	38
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	41
ALLEGATI 43	
Mappa Ulss n. 22	45

CAPITOLO 1.

QUADRO NORMATIVO

1.1. Costituzione, Decentramento e Riforma Sanitaria

Per affrontare il tema specifico delle deleghe dei servizi sociali dai Comuni all'ULSS e dell'integrazione socio-sanitaria, occorre fare un excursus normativo che parte dai principi costituzionali e arriva alle leggi cardine delle varie riforme sanitarie (1978, 1992 e 1999) e di organizzazione dello Stato (decentramento amministrativo DPR 616/1977, riforma del titolo V del 2001, riforma delle autonomie locali L. 142/1990 e conferimento di funzioni da Stato a Regioni con il Dlsg 112/1998) fino ad approdare alle varie leggi di attuazione della Regione Veneto in campo sanitario e sociale con, in primo luogo, la LR 55/1982, ancora oggi attuale e in vigore.

La Costituzione Italiana, legge fondamentale dello Stato, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, afferma i principi dell'autonomia e del decentramento, stabilisce cioè che il potere decisionale sia spostato verso la periferia dello Stato invece che posto nelle mani di un unico apparato collocato al centro del sistema.

Il Comune è l'ente pubblico territoriale più vicino al cittadino che ha il compito di rappresentare, curare e promuovere lo sviluppo della comunità locale. Le funzioni del Comune riguardano la popolazione e il territorio. Svolge anche per conto dello Stato servizi anagrafici, leva, statistica ed elettorale.

Gli articoli della Costituzione che riguardano la materia sanitaria e sociale sono:

- l'art. 3 che afferma *“l'uguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche e di condizioni personali e sociali”*. Quindi la condizione sociale non deve essere motivo di disuguaglianza. La Repubblica, che con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, è rappresentata

in un corpo solo da Stato, Regione, Province e Comuni, deve *“rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana”*.

- l'art. 32 della Costituzione che è rivoluzionario rispetto alla precedente impostazione post Unità d'Italia: *“la salute è fondamentale diritto dell'individuo e della collettività”*. Quindi si afferma la valenza di diritto soggettivo, ma anche collettivo della salute ponendo le basi per un servizio sanitario universale, prevedendo *“cure gratuite per gli indigenti”*;
- l'art. 38 che afferma il *“diritto al mantenimento e all'assistenza di ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere”*. Si introduce anche l'obbligo dell'assicurazione previdenziale obbligatoria contro il rischio di infortuni e per garantirsi una rendita pensionista in età anziana. E' previsto anche il *“diritto di educazione e avviamento professionale per inabili e minorati”*

Sono dunque fissati in Costituzione i diritti da cui discende poi l'organizzazione di servizi sanitari e sociali.

A livello organizzativo il decentramento regionale previsto dagli articoli 117 e 118 della Costituzione troveranno piena attuazione solo con l'istituzione delle Regioni nel 1970 e finalmente con la Riforma Sanitaria attraverso la L. 833/1978 che dà vita al Servizio Sanitario Nazionale superando la frammentazione di enti corporativi, eredità del Ventennio Fascista, che gestivano in maniera disomogenea sul territorio nazionale la sanità pubblica.

Un anno prima il Dpr n. 616/1977 aveva finalmente avviato il processo di delega alle Regioni (decentramento).

La Regione diventa il luogo di programmazione, coordinamento e indirizzo, mentre il Comune diventa la sede erogazione e gestione delle prestazioni assistenziali alla popolazione.

Il primo effetto del Decreto è lo scioglimento di enti nazionali di assistenza (ECA, ENPMP, ENAOL, OMNI...); e il trasferimento a Comuni e Regioni delle

loro funzioni in materia di *“beneficienza pubblica”*, accezione che richiama la Legge Crispi n. 6972 del 1890, ma che si declina in un concetto sicuramente più moderno in quanto concerne *“tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore di singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza, a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale”*.

Questa definizione mette le basi dell’assistenza sociale nell’accezione dai noi conosciuta.

Le funzioni attribuite ai comuni sono ben specificate nell’art. 25: *“tutte le funzioni amministrative relative all’organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza,, sono attribuite ai Comuni ai sensi dell’art. 118, primo comma, della Costituzione”*.

Ed ecco in nuce il principio della delega e del rapporto Comune/Regione, sempre citato nell’art. 25:

“La Regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo ai sensi dell’art. 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione tra gli stessi”

Ed anche il principio dell’integrazione socio-sanitaria da realizzarsi in un’area vasta ed omogenea: *“gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari”*.

La Legge di Riforma Sanitaria L. 833/1978 riprende questi principi riferendoli in particolare all’ambito sanitario, ma presupponendo sempre un’integrazione con l’ambito sociale in un contesto di gestione aggregata delle funzioni spettanti ai comuni.

Lo strumento operativo sono le Unità Sanitarie Locali che non hanno

propria autonomia, ma dipendono dai comuni: *“I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale”*.

Sarà solo con la Seconda Riforma sanitaria del 1992 che le Unità Sanitarie Locali diventeranno aziende autonome, dipendenti direttamente dalle Regione ed i Comuni perderanno il governo, a livello locale, della gestione sanitaria, ma anche sociale per tutti i servizi che nel frattempo erano stati delegati.

Questo punto è nevralgico nello sviluppo del ragionamento della presenti tesi rispetto alla risposta delle domande di ricerca che sono state poste nell'introduzione: *“come possono i comuni far crescere il loro peso nei confronti del management dell'ULSS, espressione politica regionale?”*

L'articolo 15 comma II della L.833/1978 intitolato *“Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali”* prescrive che siano le leggi regionali a stabilire le norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti sul territorio.

Fissato quindi il principio dell'integrazione socio-sanitaria viene lasciata alle Regioni la libertà di organizzare tale modello.

La Regione Veneto lo farà qualche anno più tardi nel 1982 con la LR 55, che sceglierà la strada della delega dei servizi sociali e socio-sanitari all'ULSS come modello di riferimento per realizzare l'integrazione.

1.2. Integrazione socio-sanitaria e deleghe in Veneto

Prima di entrare nel dettaglio della legge regionale n. 55 del 15 dicembre 1982 *“Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”*, che rappresenta la pietra miliare nel modello veneto dell'integrazione socio-sanitaria occorre spiegare il concetto di *“integrazione”*.

Il termine *“integrare”* significa rendere completo, aggiungere ciò che manca e vale specialmente nel lavoro con le persone, le famiglie e i gruppi sociali,

tenuto conto della complessità dei bisogni, dei valori, degli interessi in gioco; oggi giorno è imprescindibile la necessità di intervenire in modo integrato, coinvolgendo diverse discipline e saperi, più punti di vista, differenti professioni per rispondere ai bisogni e ai problemi rispettando la globalità e l'unitarietà della persona e perseguendo il benessere bio-psico-sociale.

L'integrazione può avvenire a più livelli:

- istituzionale (tra istituzioni diverse con comuni obiettivi di salute);
- pubblico-privato;
- socio-sanitaria (tra politiche diverse);
- operativo/gestionale (tra servizi diversi al fine di incrementare approcci multidimensionali e metodologie di lavoro per progetti);
- professionale con l'adozione di linee guida che orientino il lavoro multiprofessionale, la costituzione di unità valutative integrate.

Il legislatore veneto ha perseguito la disciplina della materia attraverso la realizzazione di un sistema di servizi sociali coordinati sul territorio e integrati al complesso di servizi sanitari già presente con la finalità di potenziare l'organizzazione del welfare locale.

L'Unità Sanitaria Locale (USL) diventa pertanto Unità Locale Socio - Sanitaria (ULSS). La famosa "s" in più del Veneto che tanta confusione provoca a livello giornalistico e dei non addetti ai lavori che si ostinano a dimenticare questa "s" parlando di ULS, ASL ecc in cui c'è solo la "s" sanitaria e non quella "sociale".

Il comune, di conseguenza, viene ad essere l'ente più significativo per le competenze sociali, assistenziali ed educative.

La Legge regionale all'art. 1 richiama i principi generali previsti dalla Costituzione nei già citati art. 3, 32, e 38 parlando di "assistenza sociale" (qui è già superato il termine arcaico di "beneficienza") come l'insieme degli interventi diretti a garantire al cittadino il libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita della comunità.

Un altro concetto modernissimo e alla base del servizio sociale è quello

dello sviluppo delle autonomie delle persone che supera la mentalità assistenzialistica purtroppo ancora persistente in molti ambiti: *“Tale intervento ha per fine la prevenzione e la progressiva riduzione del bisogno assistenziale concorrendo a rimuovere le cause di natura personale, familiare, sociale ed economica attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati ed integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale nonché attraverso prestazioni economiche.”*

Inoltre è affermato il principio della domiciliarità come obiettivo prioritario rivolto alle persone in condizioni di non autosufficienza, favorire quindi il più possibile la permanenza nell’ambiente familiare come presupposto essenziale per la qualità della vita, riducendo il più possibile il ricorso all’ istituto, peraltro anche economicamente più costoso per il sistema pubblico di assistenza.

La legge individua poi il distretto, ambito territoriale omogeneo in cui sono suddivise le ULSS, come il livello ottimale in cui attuare il decentramento dei servizi sul territorio coordinando l’integrazione dei programmi e degli interventi assistenziali e sanitari.

E’ presente anche il principio di sussidiarietà quando si parla, sempre nell’art. 2 della LR 55/82, della *“partecipazione dei cittadini e delle forze sociali e associazioni interessate per il raggiungimento degli obbiettivi indicati e per la programmazione dei conseguenti servizi”*.

Nell’art. 3 intitolato “programmazione” si parla già di *“elaborare un programma triennale coordinato con il piano socio - sanitario regionale, con i programmi e i piani delle Ulss e dei comuni per le funzioni di loro competenza, che realizza sul territorio l’uniforme erogazione dei servizi”*.

In questa legge è dunque ben presente la programmazione come strumento principale non solo a livello regionale, ma anche a livello locale, preludio poi dei Piani di Zona che si realizzeranno solo dopo il 1996.

Nell’art. 6 si fa poi una chiara distinzione delle funzioni e dell’attribuzione delle competenze fra ULSS e Comuni.

Alle ULSS sono attribuite tutte quelle funzioni e relative prestazioni che richiedono una componente professionale sanitaria considerate le caratteristiche dei destinatari degli interventi (disabili, tossicodipendenti) in cui si evinca, oltre che un disagio sociale, anche una problematica legata alla salute fisica e psicologica:

1. l'assistenza ai portatori di handicap con riferimento ai particolari servizi e sussidi necessari per il recupero e l'inserimento degli stessi;
2. la gestione delle strutture tutelari e residenziali sia miste che specifiche per handicappati e per inabili in età lavorativa, fatta salva la loro autonomia funzionale;
3. la gestione dei consultori familiari;
4. la prevenzione delle tossicodipendenze, il recupero e l'inserimento sociale dei tossicodipendenti.

E' di competenza dei singoli comuni la gestione delle rimanenti funzioni e prestazioni socio assistenziali e in particolare:

- a) la gestione degli asili nido;
- b) la gestione dei centri sociali, asili notturni, case albergo;
- c) la gestione delle strutture residenziali per minori e anziani secondo quanto previsto dal successivo art. 8;
- d) l'erogazione del fondo sociale per l'equo canone (abrogato con L. 431/1998);
- e) l'erogazione degli interventi economici anche se finalizzati a garantire il minimo vitale;
- f) gli interventi a favore degli emigrati e immigrati;
- g) l'erogazione degli interventi economici per soggiorni climatici;
- h) l'assistenza domiciliare ai minori, agli anziani e agli inabili in età lavorativa;
- i) gli interventi previsti dall'art. 23 del DPR 24 luglio 1977, n.616 (assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei defunti e delle vittime del delitto, assistenza post-penitenziaria, interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili, interventi di protezione speciale Legge Merlin 75/1958 contro lo sfruttamento della

prostituzione)

“Le funzioni di cui alle lettere c), g), h), i) del precedente comma per i comuni che ne facciano richiesta con deliberazione dei rispettivi consigli vengono gestite dalle Ulss e attuate nell’ambito del distretto di base territorialmente competente”.

Quindi si delinea già in maniera chiara un modello di Welfare che punta ad una gestione integrata, attribuendo all’ULSS quei servizi, che per la complessità delle problematiche ad essi afferenti, richiedono una programmazione e una gestione unitaria in ambito territoriale più ampio del singolo comune e delle funzioni che vedono una necessaria integrazione fra interventi sociali e interventi sanitari (l’handicap, i consultori familiari e le tossicodipendenze).

Inoltre, rispetto ad alcune funzioni comunali, si dà la possibilità di delegare la gestione dei servizi all’ULSS proprio per una migliore efficienza ed efficacia di intervento su più ampia scala.

La delega presuppone il mantenimento in capo al delegante della titolarità della funzione, mentre viene affidata al delegato solo la gestione di tale funzione attraverso l’organizzazione del servizio.

Questo concetto è fondamentale e distingue la delega dal trasferimento di funzioni in cui si sposta anche la titolarità in capo ad un altro ente.

Quindi con la delega dei servizi all’ULSS, il Comune affida la gestione di un servizio, ma mantiene la titolarità e quindi la competenza sulle funzioni in materia sociale.

Questo elemento è alquanto importante nel rapporto fra Comuni e ULSS laddove è stata fatta una delega significativa di servizi come, ad esempio, il Servizio Sociale di Base con la figura dell’assistente sociale che dipende dal punto di vista organizzativo dall’ULSS, in quanto ente gestore della delega, ma che risponde al Comune per quanto attiene all’espletamento delle sue funzioni di predisposizione del sistema dei servizi sociali.

1.3. Autonomie Locali e Riforma Sanitaria del 1992

La legge n. 142/1990 ha importanti connessioni e riflessi con la legge di Riforma Sanitaria e con le attribuzioni dei comuni per l'organizzazione e le modalità di gestione dei servizi sociali.

La legge stabilisce l'autonomia dei comuni, ovvero la potestà di stabilire nell'ambito dei principi della legge le norme fondamentali per l'organizzazione dell'ente, per le attribuzioni degli organi, per l'ordinamento degli uffici e dei servizi pubblici, la collaborazione tra Province e Comuni, la regolamentazione della partecipazione popolare, l'accesso dei cittadini alle informazioni e ai procedimenti amministrativi, l'organizzazione del decentramento.

All'interno dello Statuto dei Comuni non dovrebbe mancare l'istituzione del Servizio Sociale di Base, l'indicazione delle principali aree di intervento sociale, il riordino dei servizi e degli uffici per il coordinamento degli interventi compresi quelli sanitari, il tipo di gestione dei servizi ecc.

Particolarmente importante il riferimento al volontariato fatto all'art.7 della presente legge che ha fatto emanare la Legge Quadro sul Volontariato n. 266 del 1991.

Prima di questa legge le competenze dei comuni non erano ben specificate. Con la L. 142/1990 si arriva finalmente a superare con un corpus unico normativo una frammentarietà risalente al 1934.

Come è stato spiegato anche dalla prof.ssa Adriana Vigneri durante la lezione del Master del 24/01/2014, le Regioni e gli enti locali si differenziano fra di loro per il fatto che le Regioni hanno poteri loro garantiti, mentre le autonomie degli enti locali stanno nelle leggi ordinarie.

Quindi se da un lato le Regioni, nella previsione originaria del legislatore dovevano avere principalmente funzione programmatica e di controllo affidandosi agli enti locali (Comuni e Province) per le funzioni amministrative, dall'altro nel processo storico seguito alla costituzione delle Regioni nel 1970 si è assistito alla creazione di un apparato amministrativo regionale, mentre i Comuni

hanno continuato ad avere propria autonomia e a dipendere direttamente dallo Stato centrale.

Quindi non c'è stata valorizzazione degli enti locali da parte delle Regioni. Alcune Regioni come l'Emilia Romagna, già nella fase costitutiva, avevano spinto per un'impostazione che privilegiasse il rapporto Regione/enti locali in un'ottica di attribuzione di funzioni agli enti locali da parte delle Regioni.

Tornando al dettaglio della L. 142/1990 all'art. 9 vengono definite le funzioni dei comuni *“Spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione e il territorio comunale precipuamente nei settori organici dei settori sociali, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico, salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze”*.

Si fa quindi esplicito riferimento ai servizi sociali e si precisa che *“il comune, per l'esercizio delle funzioni in ambiti territoriali adeguati attua forme sia di decentramento sia di cooperazione con altri comuni e con la provincia”* presupponendo la necessità di ambiti di gestione più ampi dei singoli confini comunali per alcune materie fra cui, sicuramente, i servizi sociali.

Nel 1992, durante l'ultimo ministero Amato, il governo chiede la delega al parlamento per poter emanare un decreto che riordinasse la pubblica amministrazione.

Sotto la spinta della crisi della finanza pubblica e della necessità del contenimento del deficit, il servizio sanitario è stato uno degli ambiti principali di questo ordino che è stato definito attraverso il Decreto Legislativo n. 502/1992 noto come Riforma Sanitaria bis.

Con questo decreto si inaugura una fase cosiddetta “manageriale” di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Le maggiori novità introdotte riguardano:

- previsione di livelli uniformi di assistenza,
- regionalizzazione,
- aziendalizzazione,

- competizione,
- accreditamento.

L'art. 3 della presente legge prevede che le Usl possono svolgere funzioni di assistenza sociale, ovvero attività non strettamente sanitarie ma definite socio - assistenziali.

La legge promuove l'integrazione tra sanitario e sociale.

Nell'analisi condotta dal presente Project Work ecco dunque un altro passaggio fondamentale in cui sono fortemente affermati il principio dell'integrazione socio-sanitaria e della delega dei servizi.

All'art. 3 comma 3 si afferma testualmente: *“L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio - assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie”*.

Vista la necessità del controllo della spesa, si sottolinea l'importanza delle coperture economiche per poter svolgere i servizi delegati da parte dell'ULSS.

L'altro aspetto importante introdotto dalla nuova riforma sanitaria è il cambio della governance delle ULSS, da strumenti operativi di sanità locale controllati dai comuni ad aziende con personalità giuridica propria.

L'ULS non è più una struttura tecnico-operativa dei comuni, come stabilito nella legge 833/78, ma diventa una struttura strumentale allo svolgimento dell'attività sanitaria. L'ULS non è più una struttura di un altro ente (comuni), ma diventa un distinto soggetto di diritto.

Quindi all'ULS viene data la possibilità di gestire servizi sociali e socio-sanitari su delega dei Comuni, i quali però perdono potere di controllo sull'ULS, rimanendo in capo a loro solo la Conferenza dei Sindaci come organo collegiale di controllo e di indirizzo, ma con poteri più limitati rispetto a quelli attribuiti con la L. 833/1978.

1.4. Leggi Regionali di attuazione della Riforma del 1992

In applicazione della riforma sanitaria bis (D.Lgs. 502/92 e D.Lgs. 517/93), con cui veniva realizzata la definitiva regionalizzazione del servizio sanitario nazionale e l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, l'integrazione andò rafforzandosi e specificandosi ulteriormente attraverso le leggi regionali di attuazione sull'aspetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie (LR 14 settembre 1994, n. 55) e sull'aspetto organizzativo e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (LR 14 settembre 1994, n.56), nonché mediante la LR 3 febbraio 1996, n. 5 di approvazione del Piano sociosanitario regionale per il triennio 1996/98.

La Regione Veneto ha accolto in pieno il dettato della legge nazionale che raccomandava l'integrazione tra sanitario e sociale.

Lo strumento dell'integrazione passa attraverso la definizione di modalità e risorse della gestione all'interno del Piano di Zona.

I Piani di Zona devono definire il livello di prestazioni da erogare in relazione alle risorse messe a disposizione dall'ente locale.

La struttura prescelta dalla legge regionale per realizzare concretamente l'integrazione è il Distretto.

All'art. 7 della LR 55/1994 si richiama quanto previsto dal Dlgs 502/1992 rispetto al finanziamento dei servizi socio-assistenziali delegati dagli enti locali.

Nello specifico è prevista anche la stipula di una convenzione fra ULSS ed ente delegante che deve:

- a) stabilire in modo puntuale le clausole che regolano contenuti, quantità e modalità di svolgimento dei servizi da realizzare;
- b) richiamare gli estremi della delibera dell'ente locale delegante con la quale l'ente medesimo assume impegno definitivo per l'importo totale previsto dalla convenzione stessa;

- c) impegnare l'ente locale delegante a definite scadenze nei pagamenti

Nel confronto fra le due ULSS n. 15 e 22 rispetto alle convenzioni, in

entrambi i casi si riscontra una certa lacunosità nella formalizzazione delle convenzioni con testi approvati in maniera frammentaria dai vari consigli comunali, ma mai sottoscritti in modo congiunto dalle parti.

Vengono poi enunciati in maniera chiara i compiti della Regione e quindi dei comuni.

In particolare alla Regione (art. 2 della LR. 56/1994) spettano funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio - sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.

Un principio molto importante che viene affermato dalla LR 56/1994 è quello dell'accreditamento nel rapporto fra istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati. Solo nel 2002 però sarà emanata una legge regionale specifica in materia di accreditamento ed in ambito di servizi sociali che però rimane disattesa con il mantenimento, soprattutto nell'ULSS 22, di un'impostazione di affidamento di servizi tramite gara pubblica con criteri prevalentemente economici.

Ai Comuni, come previsto dall'art. 5 della LR 56/1994, spetta il compito di partecipare al processo di programmazione socio - sanitaria regionale attraverso la rappresentanza della Conferenza di Sindaci, che deve dotarsi di apposito Regolamento e che ha i seguenti compiti:

- a) formulare le osservazioni sulla proposta di Piano socio - sanitario regionale;
- b) provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio - sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'Unità locale socio - sanitaria;
- c) provvedere alla elaborazione dei piani di zona dei servizi sociali
- d) esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio d'esercizio;
- e) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale socio sanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale socio - sanitaria e alla Regione.

Come si nota il bilancio è esaminato e neppure approvato, mentre, seppure non specificato, la parte relativa alla contabilizzazione dei servizi delegati, essendo a totale carico dei comuni, va approvata in maniera specifica con la definizione delle quote attribuite su base capitaria per abitante ai comuni a livello distrettuale come si evince dalla lettura combinata del già citato art. 7 in cui assume importanza proprio la Convenzione che regola i rapporti fra ULSS e Comuni.

L'articolo 8 della LR 56/1994 è centrale rispetto a tutta l'analisi in corso e si intitola proprio *“Delega dei servizi socio - assistenziali e piani di zona dei servizi sociali”*.

Il comma 1 recita testualmente: *“La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali socio - sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio – sanitario”*.

E al comma 2 afferma: *“La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio - sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell' Unità locale socio - sanitaria coincida con quello del comune o della conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio - sanitario regionale”*

Si riafferma in continuità con quanto previsto dalla LR 55/82 l'obiettivo strategico dell'integrazione socio-sanitaria attraverso lo strumento della delega.

La Regione Veneto legiferando a seguito delle due riforme sanitarie ha sempre colto il suggerimento nazionale dell'integrazione e lo ha fatto proprio attraverso un modello di welfare incentrato sull'ULSS e, a livello territoriale, sul distretto socio-sanitario.

Nel contesto normativo suddetto, venne fatta la scelta strategica di creare,

nell'ambito della direzione aziendale, la figura del direttore dei servizi sociali, con la specifica funzione di assicurare, nell'ambito dell'Azienda Unità Socio Sanitaria Locale, il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le attività sanitarie, socio-sanitarie (ad elevata integrazione sanitaria) e socio-assistenziali, sia per gli aspetti istituzionali che gestionali.

Fino al 1994 era prevista dalla LR 55/1982 la figura del coordinatore dei Servizi Sociali, ora tale funzione viene formalizzata istituendo il Direttore dei Servizi Sociali, non presente nelle altre realtà regionali, proprio per il fatto che in Veneto il settore sociale dell'ULSS ha una particolare rilevanza per i servizi delegati dai comuni e per la forte integrazione socio-sanitaria.

All'art. 22 della LR 56/1994 si spiega in maniera dettagliata la funzione del distretto che è *“la struttura tecnico - funzionale mediante la quale l'Unità locale socio - sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione”*,

“Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio - sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, socio - sanitari e sociali a livello territoriale”.

La tendenza degli ultimi anni è di ridefinire i confini delle ULSS ampliandoli con aggregazione di distretti fino ad arrivare alla costituzione nell'ambito di una ULSS di un unico distretto articolato poi in ambiti territoriali.

Questa tendenza accentratrice è stata realizzata nell'ULSS n. 22 già nel 2009 dopo che i distretti sono passati da 5 a 3. Se, da un lato, questa riorganizzazione è funzionale alla riduzione degli incarichi dirigenziali, dall'altra snatura la funzione del distretto facendole perdere la sua connotazione di ambito territoriale ottimale per l'erogazione di servizi socio-sanitari integrati.

Con la LR. 5/1996 viene approvato il primo Piano Socio-Sanitario Regionale per il periodo 1996-1998 e si dà impulso alla programmazione territoriale attraverso la stesura dei primi Piani di Zona. Nell'ULSS n. 22 il primo piano di zona viene approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 27/04/1998 quando

era direttore dei Servizi Sociali il dr. Lorenzo Dani.

Il Piano di Zona serve a definire

- le caratteristiche dei bisogni della popolazione
- le risorse disponibili
- il livello della organizzazione dei Servizi che si decide di attivare per rispondere ai bisogni

Sono seguiti poi altri Piani di Zona: quello del 1999-2001 contenente i primi testi di convenzione fra comuni e ULSS con la descrizione dettagliata di tutti i servizi delegati, poi altri due piani di zona che hanno coperto il periodo 2002-2010, fino alla stesura dell'ultimo piano di zona 2011-2015 ancora in vigore che ha ottenuto il visto di conformità della Regione con una valutazione molto alta rispetto al criterio di “descrizione degli interventi in modo completo”.

E' stato seguito, come previsto dalla linee guida regionali, un metodo partecipativo con la costituzione di tavoli di lavoro per aree: persone anziane, dipendenze, disabili, famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio, giovani, immigrazione, marginalità ed inclusione sociale, salute mentale.

Grazie alla presenza capillare sul territorio di assistenti sociali ed educatori formati per anni sul lavoro di comunità (empowerment) è stato possibile realizzare focus group per far emergere da amministratori, rappresentanti delle formazioni sociali, delle cooperative, delle associazioni e delle parrocchie i bisogni emergenti riscontrati nelle varie aree cercando di indicare proposte e priorità d'intervento da inserire poi nel piano di zona.

1.5. Conferimento di funzioni amministrative a Regioni ed EE.LL.

La materia dei servizi sociali è disciplinata dal decreto legislativo n. 112/1998 *“Conferimento di funzioni amministrative alle Regioni e agli Enti Locali”* nel Capo II (artt. 128-134) del Titolo IV, complessivamente dedicato ai *“Servizi alla persona e alla comunità”*.

I servizi sociali costituivano già uno dei settori organici di materie oggetto

di trasferimento alle Regioni ai sensi del D.P.R. n. 616/1977, il quale, tra l'altro, procedeva anche alla diretta attribuzione di funzioni (in base all'art. 118, c. 1 Cost.) a Province e Comuni, ritenuti – soprattutto questi ultimi – destinatari “naturali” dei compiti amministrativi in materia. Pertanto, in questo settore, come del resto in altri casi di materie già oggetto di ampia regionalizzazione e localizzazione, il decreto n. 112 interviene a completare un processo in gran parte già realizzato e consolidato, soprattutto in ordine alla titolarità di talune funzioni.

La ripartizione di competenze operata dal decreto n. 112 segue il metodo dell'individuazione delle funzioni che permangono in capo allo Stato (ricducibili in linea di massima alle competenze, necessariamente unitarie, connesse con la funzione di “governo” del sistema: determinazione degli obiettivi e delle caratteristiche organizzative della “rete” degli interventi; definizione degli standard dei servizi sociali; rapporti con gli organismi internazionali), procedendo poi al conferimento alle regioni e agli enti locali della generalità delle residue funzioni (senza precisa elencazione), e attribuendo alla legislazione regionale il compito di provvedere all'ulteriore riparto di competenze, secondo alcuni criteri allocativi individuati dallo stesso decreto.

Nell'ambito delle funzioni conferite, il decreto n. 112 procede anche all'attribuzione diretta ai comuni – con possibilità di esercizio attraverso le comunità montane – dei compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché dei compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle province.

La Regione Veneto ha dato attuazione al Dlgs 112/1998 con la Legge Regionale n. 11 del 13/04/2001.

Anche questa legge incentiva la gestione associata delle prestazioni sociali e socio-sanitarie in continuità con quanto affermato con la LR 55/1982 e con la LR 56/1994, infatti all'art. 130 comma 3 della LR 11/2001 si afferma che che *“allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale promuove la delega da parte dei comuni alle ULSS anche mediante l'utilizzo delle risorse nel fondo sociale regionale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*

di cui al comma 2 lettera b) dell'articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché della gestione dei servizi sociali”.

La legge regionale 11/2001 ha confermato le scelte regionali in materia di pianificazione sociale zonale definendo il piano di zona *quale “strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria”.*

1.6. Riforma Sanitaria del 1999 e Legge quadro dei Servizi Sociali

Nel 1999 l'integrazione socio-sanitaria trova una risposta a livello nazionale con il D.lgs. del 19 giugno 1999 n. 229, riforma sanitaria ter, laddove si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale.

Il D.lgs. tripartisce le prestazioni per enti di competenza in:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (competenza ASL e carico delle stesse),
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (competenza dei comuni) e
- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Aziende ULSS a carico del fondo sanitario nazionale).

Nella legislazione veneta le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei comuni sono state tutte delegate all'ULSS.

Viene introdotto il concetto di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

La Regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, alle strutture pubbliche ed equiparate che soddisfino alle condizioni sopra richieste, alle strutture private non lucrative (istituzioni che svolgono attività sanitaria e sociosanitaria a scopo non lucrativo) e alle strutture private lucrative.

Altro strumento innovativo sono gli accordi contrattuali: l'accreditamento

individua una sorta di "albo dei fornitori" del SSN con cui le Regioni e le ULSS definiscono gli accordi contrattuali per l'erogazione dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini, tenendo conto della qualità e dei costi.

La Regione Veneto ha recepito queste novità solo nel 2002 con la LR 22/2002 sull'accreditamento.

Per quanto riguarda la sua applicazione in ambito sociale, soprattutto degli accordi contrattuali, si registra un notevole ritardo e una difficoltà culturale nella classe dirigente pubblica ad aprirsi a queste nuove forme di rapporto con il privato-sociale.

IL Decreto rafforza l'autonomia delle Regioni cui spetta la responsabilità primaria di gestire ed organizzare l'offerta di servizi di cura e riabilitazione. Le Regioni concorrono alla definizione del PSN (Piano Sanitario Nazionale) e alla determinazione del fabbisogno complessivo del SSN.

I Comuni hanno un ruolo più incisivo nella programmazione e nella valutazione dei servizi e del raggiungimento degli obiettivi, nonché nella valutazione dell'operato del Direttore Generale.

Nel SSN entra la formazione permanente e l'aggiornamento professionale per migliorare le competenze tecniche gestionali, ed adeguare così le conoscenze al progresso scientifico e tecnologico.

La riforma sviluppa ruolo e funzioni del distretto, fondamentale livello dell'assistenza sanitaria.

Il distretto garantisce la continuità e tempestività della risposta assistenziale, elaborando programmi di attività che coinvolgono tutte le strutture operative dell'USL. Il distretto realizza l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari: percorsi assistenziali integrati assicurano una risposta unitaria a quei bisogni di salute per i quali è necessario sia un intervento strettamente sanitario sia azioni di protezione sociale.

Ogni Regione deve istituire la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria regionale.

Fanno parte della Conferenza il presidente della Conferenza dei Sindaci e i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

Ha il compito di formulare osservazioni sul PSR (Piano Sanitario Regionale), partecipa alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere.

Inoltre è accresciuta la partecipazione dei cittadini attraverso forme previste dalla Regione per coinvolgere le organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto della salute.

A distanza di un anno verrà emanata la L. 328 dell' 8/11/2000 denominata *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*. Finalmente viene varata una legge organica sui servizi sociali dopo la Legge Crispi risalente al 1890 i cui principi sono rimasti in vigore anche dopo l'avvento della Repubblica soprattutto in materia di IPAB.

La L. 328/2000 è ricca di principi assolutamente moderni e innovativi, ma purtroppo non ha trovato adeguata applicazione a livello di decreti attuativi e di normativa regionale.

Il legislatore aveva due possibili scelte di impostazione generale della materia sociale: quella di uscire dalla responsabilità dei servizi sociali delegando tutto al Terzo Settore oppure quella di monopolizzare l'intervento nei Servizi Sociali marginalizzando il Terzo Settore.

Si è scelta una terza via: quella della creazione di un sistema integrato di Servizi con responsabilità dello Stato e coinvolgimento attivo e responsabile del Terzo Settore (accreditamento).

Alla base di questa scelta c'è il principio di sussidiarietà, stabilito dalla Costituzione, ripreso dal DPR 616/1977 di attuazione del decentramento e dalla riforma degli enti locali con il Dlgs 142/1990.

La parola sussidiarietà significa “aiuto”, quindi questo principio fissa l'intervento di aiuto/sussidio del soggetto istituzionale maggiore sul soggetto istituzionale minore quando quest'ultimo non è in grado di adempiere alle sue funzioni.

L'ente chiamato a svolgere le funzioni principali di realizzazione del sistema dei Servizi Sociali è il Comune che è alla base della piramide. Risalendo troviamo la Provincia, la Regione e infine lo Stato.

La sussidiarietà può essere verticale quando si stabilisce fra Comuni, Province, Regioni e Stato.

E' orizzontale quando si stabilisce fra le istituzioni pubbliche e le formazioni sociali a livello locale. In questo modo anche i privati possono svolgere una funzione pubblica (la L. 265/99 di riforma della L.142/1990 dice che i Comuni e le Province svolgono le proprie funzioni anche attraverso le autonome iniziative delle formazioni sociali). Questo significa il coinvolgimento delle formazioni sociali nella programmazione, progettazione, gestione e valutazione degli interventi sociali.

Per funzione pubblica si intende la diretta responsabilità nel raggiungimento di una finalità di rilevanza pubblica.

Viene ribadito il sistema dell'accreditamento anche in ambito sociale inteso come "concessione senza selezione". L'Istituzione pubblica accredita tutti coloro che vogliono essere accreditati secondo le condizioni previste. Il soggetto privato si integra nella rete dei servizi pubblici attraverso l'esercizio diretto di una funzione pubblica e un coinvolgimento di responsabilità.

Viene anche ribadita la necessità dell'integrazione socio-sanitaria nella programmazione ed erogazione dei servizi nell'art. 1, interamente dedicato alla strutturazione della pianificazione ed alla legittimazione del principio di sussidiarietà con il piano di zona come strumento di connessione al territorio di differenti livelli istituzionali, differenti soggetti e differenti ambiti del sociale e sanitario: *"I comuni associati, negli ambiti territoriali, (...) a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale a definire il piano di zona (...)".*

E' questa un'ulteriore conferma a livello nazionale dell'importanza della collaborazione a livello territoriale dei Comuni con le ULSS, attraverso anche lo

strumento della delega per realizzare una programmazione integrata dei servizi sociali con quelli sanitari e nella gestione di servizi con una compresenza sociale e sanitaria di prestazioni.

In sintesi con la L. 328/2000 si cambia prospettiva: da interventi riparativi a un sistema di protezione attiva, da interventi “categoriali” a interventi che pongano al centro la persona e le famiglie, da trasferimenti monetari a un mix di assegni economici e servizi in rete (formativi, sanitari, sociali di avvio al lavoro, abitativi), da interventi disomogenei a livelli essenziali ed uniformi definiti a livello nazionale, da prestazioni rigide e “preconfezionate” a prestazioni flessibili e “personalizzate”, da intervento centralistico a “regia” delle Regioni e degli enti locali, da gratuità degli interventi per tutti alla partecipazione ai costi sulla base delle condizioni economiche attraverso lo strumento dell’ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente introdotto con il Dlgs 109/1998).

CAPITOLO 2.

IL RAPPORTO FRA COMUNI E ULSS

2.1. I servizi delegati dai comuni

Le due ULSS prese in esame sono l'ULSS n.22 di Bussolengo, di cui fa parte il Comune di Sommacampagna e l'ULSS n. 15 dell'Alta Padovana, presa come termine di confronto per alcune analogie.

L'analogia principale consiste nel fatto che entrambe i Comuni delle ULSS prese in esame hanno delegato molti servizi sociali fin dagli anni Ottanta.

Le due ULSS nascono dalla fusione nel 1995 di ULSS più piccole a seguito della riorganizzazione socio-sanitaria di tutta la Regione.

In entrambe le ULSS una delle ULSS di partenza aveva già delegato molti servizi e l'altra di meno: in particolare nel caso dell'ULSS n. 22, l'ULSS n. 26 del Baldo-Garda aveva molte deleghe, mentre l'ULSS n. 33 ne aveva molte di meno.

Nel caso dell'ULSS n. 15 una delle ULSS del Camposampierese aveva meno deleghe e quella di Cittadella molte di più.

In tutti e due i casi si è dovuto uniformare il livello dei servizi con un progressivo allineamento delle deleghe.

Per quanto riguarda il territorio dell'ULSS 22, già a seguito delle indicazioni della LR 55/1982, i comuni hanno ritenuto più economica ed efficiente una gestione unitaria dei servizi attraverso la delega di funzioni socio-educative e socio-sanitarie all'ULSS. Si citano in ordine di tempo il Servizio Sociale Professionale di Base (1987), il Servizio Educativo Territoriale (1991); la Tutela e Protezione dei Minori (ULSS 33 nel 1986 e ULSS 22 nel 1995), il Servizio Stranieri (1995), Il Centro di Pronta accoglienza e gli appartamenti per donne in difficoltà (2005), Il Servizio Civile (2004).

Nel primo piano di zona 1999-2001 dell'ULSS n. 22 era indicata in maniera chiara la suddivisione dei servizi e le deleghe ai sensi dell'art. 8 della LR. 56/1994, dell'art. 27 della LR 5/1996 e successivamente dell'art. 130 della LR. 11/2001.

Servizi organizzati dall'ULSS per competenza

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizio Assistenza Personale (SAP)
- Servizio Integrazione Scolastica (SIS)
- C.E.O.D. (Centri Educativi Occupazionali Diurni) per disabili
- Servizi residenziali per disabili (comunità alloggio)
- Servizi residenziali per anziani (r.s.a.)
- S.i.l. (Servizio di integrazione lavorativa) e S.i.t (Servizio Inserimenti Territoriali)
- Consultorio familiare
- Ser.T. (Servizio tossicodipendenze) poi divenuto Sert.D (Servizio Dipendenze) confluito in un Dipartimento specifico
- Dipartimento per la tutela della salute mentale

Servizi organizzati dall'ULSS su delega da parte dei Comuni:

- - Servizio Sociale Professionale di base (SSPB)
- - Servizio Tutela Minori
- - Servizio Educativo Territoriale (SET)
- - Casa famiglia e affidi (per minori)
- - Trasporti per disabili
- - Servizio Stranieri
- - Servizio Civile Nazionale
- - Ufficio Piano di Zona

Anche l'ULSS n. 15 ha gli stessi servizi delegati con alcune differenze:

- il Servizio di Assistenza domiciliare è delegato dai Comuni all'ULSS, mentre nell'ULSS n. 22 non c'è questa delega ed ogni comune gestisce in proprio il

servizio con la caratteristica che il coordinamento è comunque in capo all'assistente sociale ULSS che lavora con delega in comune.

- Gli educatori non sono presenti in ogni comune come nel caso dell'ULSS n. 22, ma fanno capo ad un progetto di promozione del benessere a livello sovracomunale.
- L'ULSS n. 15 gestisce, per conto di alcuni comuni, degli Sportelli Informazioni e il coordinamento dei Centri estivi che nell'ULSS n. 22 avviene a livello comunale attraverso l'educatore ULSS.

Sia nell'ULSS n. 22 che nell'ULSS n. 15 il piano di zona è redatto da un Ufficio di Piano composto da personale ULSS.

L'ULSS n. 22 presenta un servizio sociale di base più articolato e diffuso in maniera più capillare in tutti i comuni con standard legati al rapporto fra operatore e numero di abitanti migliore (un assistente sociale in media ogni 6900 abitanti) in quanto nel tempo i comuni che hanno avuto una crescita demografica hanno incrementato le ore di assistente sociale.

Nell'ULSS n. 15 invece, secondo quanto riferisce il dr. Pozzobon, si è cristallizzata una situazione successiva all'unificazione delle ULSS e si è mantenuta nel tempo senza tenere conto poi dell'evoluzione demografica e delle mutate esigenze dei vari comuni.

Altra differenza importante fra le due ULSS è il modo di calcolare la quota da attribuire ai comuni.

Nell'ULSS n. 15 la spesa a carico dei comuni è ripartita in forma solidaristica su tutti i comuni e la quota per abitante è uguale per tutti. Questo fa sì che non ci siano molti margini di modifica, perché per rispondere a maggiori esigenze di un comune si va ad incidere su tutti.

Nell'ULSS n. 22 invece si è partiti da una situazione analoga di quota uguale per tutti e nel 2000/2001, grazie ad un progetto di informatizzazione che ho seguito personalmente, si è arrivati a diversificare le quote per distretto determinando quindi una solidarietà, appunto distrettuale, che tiene conto maggiormente delle specificità e delle esigenze di ogni territorio facendo quindi pagare una quota

maggiormente vicina al valore del servizio effettivamente erogato in ogni comune: ricevo quanto pago, fatti salvi i costi di gestione generale che sono ripartiti in maniera indistinta su tutti i comuni.

I vantaggi delle deleghe sono molteplici:

- gestione in economia di scala con riduzione dei costi di gestione generali e maggiore efficienza dell'intero sistema;
- maggiore qualità dovuta al fatto che servizi come il servizio sociale di base o il servizio educativo, composto da personale assunto dall'ULSS in maniera stabile e distribuito nei comuni, sono coordinati a livello centrale con formazione continua, possibilità di confronto periodico con maggior circolarità delle informazioni, condivisione di buone pratiche e progetti
- ottimizzazione delle risorse umane: comuni di dimensioni medio-piccole non erano in grado di assumere assistenti sociali od educatori. Attraverso la delega si dispone di un gruppo di professionisti che possono essere impiegati anche a scavalco di più comuni con maggiori possibilità di interscambio, ad esempio, in caso di assenza per ferie o malattia. Inoltre è possibile, oltre che utile, la rotazione del personale dopo anni di presenza in un territorio, per ridare motivazione e superare anche situazioni di burn-out;
- maggiore possibilità di ottenere finanziamenti, soprattutto regionali, attraverso la presentazione di progetti sovra comunali, che hanno maggiori possibilità di approvazione in alternativa alla presentazione di microprogetti comunali.

2.2. L'integrazione fra i servizi sociali e sanitari

Di integrazione si è già parlato in particolare nel paragrafo 2 del Primo Capitolo con riferimento a tutta la normativa nazionale e regionale che richiama e insiste molto sul principio dell'integrazione socio-sanitaria.

In questo capitolo cercherò di analizzare come concretamente si è realizzata tale integrazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari in particolare nell'ULSS n. 22.

L'approccio dell'integrazione parte dal presupposto che non si possono distinguere i vari servizi da offrire alla persona in quanto la persona è una e integra e ai suoi bisogni occorre rispondere in maniera unitaria in quanto tutte le componenti fisiche, psichiche sociali sono collegate fra di loro.

Questo presuppone un metodo di lavoro interdisciplinare che si è andato affermando a partire dai primi anni 2000 con l'introduzione dell'Unità Operativa Distrettuale poi evolutasi in Unità Valutativa Multidimensionale (UVMD) che presuppone la compresenza in équipe delle varie professionalità coinvolte in un progetto individualizzato: medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, educatore ecc.

Questa modalità si è consolidata in particolare per la valutazione nell'ambito dell'area degli anziani, quindi dei disabili e, ultimamente, anche per i minori in modo da dare a tutte le professioni la stessa dignità in un'ottica, appunto, di integrazione delle valutazioni che inglobano tutte le componenti sociali, sanitarie, educative.

Nel gruppo tutte le figure hanno uguale dignità e lavorano per approfondire le conoscenze sullo stato di bisogno e per individuare la risposta più idonea, in riferimento alle risorse presenti sul territorio. L'insieme dei singoli punti di vista, ognuno dei quali prende in considerazione un aspetto del bisogno, consente di ricostruire il bisogno e di farvi fronte in modo adeguato.

Per coordinare al meglio l'ambito sanitario e quello sociale a livello territoriale occorre individuare un'area non troppo estesa, ma neppure troppo ridotta e limitata a pochi comuni. Il distretto socio-sanitario con una popolazione di almeno 50.000 abitanti è stato ritenuto l'ambito ottimale per perseguire l'obiettivo della integrazione.

Il recente accorpamento dei distretti passati da cinque a tre fino al distretto unico ha snaturato l'originaria impostazione e valorizzazione dell'ambito territoriale per l'integrazione socio-sanitaria.

Grazie alle deleghe di molti servizi sociali e in particolare del servizio sociale di base nelle ULSS prese in considerazione e, in particolare, nell'ULSS

n.22, il livello d'integrazione raggiunto negli anni è stato notevole.

Con il coordinamento a livello di ULSS delle assistenti sociali è stato possibile garantire una continua formazione sulle varie novità normative e sulle disposizioni a livello sanitario, creando così un background e un linguaggio condiviso da tutti gli assistenti sociali che operano nei comuni. Quando poi sono convocate a livello di distretto, in quanto dipendenti ULSS, sono allo stesso livello del medico o dell'infermiere senza intermediazioni e tutte con la stessa formazione e preparazione di base.

Questo valore aggiunto è indubbiamente incalcolabile dal punto di vista economico, ma certamente lo è dal punto di vista delle ricadute nei confronti dell'utenza e della qualità dei servizi, realizzando nel concreto l'integrazione socio-sanitaria.

CAPITOLO 3.

LA GOVERNANCE DELL'ULSS NEL QUADRO DEL RIORDINO ISTITUZIONALE

3.1. L'obbligo di gestione associata dei piccoli Comuni

La Regione Veneto con la LR 18 del 27/04/2012 ha inteso recepire il piano di riforma nazionale degli enti locali avviato con il Decreto Legge n. 78 del 2010 che prevede l'obbligo di gestione associata di funzioni fondamentali (art. 19 del D.L 95/2012 che ha sostituito l'art. 21 c. 3 L. 42/2009 che aveva specificato l'art. 117, c. 2, lettera C della Costituzione) per i comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti.

Le funzioni fondamentali dei comuni sono:

- a) Organizzazione generale dell'amministrazione, gestione finanziaria contabile e controllo;
- b) organizzazione dei servizi pubblici di interesse generale di ambito comunale, ivi compresi i servizi di trasporto pubblico comunale;
- c) catasto, ad eccezione delle funzioni mantenute allo Stato dalla normativa vigente;
- d) pianificazione urbanistica ed edilizia di ambito comunale nonché la partecipazione alla pianificazione territoriale di livello sovracomunale;
- e) attività, in ambito comunale, di pianificazione di protezione civile e di coordinamento dei primi soccorsi;
- f) l'organizzazione e la gestione dei servizi di raccolta, avvio e smaltimento e recupero dei rifiuti urbani e la riscossione dei relativi tributi;
- g) progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo

118, quarto comma, della Costituzione;

- h) edilizia scolastica, organizzazione e gestione dei servizi scolastici;
- i) polizia municipale e polizia amministrativa locale;
- l) tenuta dei registri di stato civile e di popolazione e compiti in materia di servizi anagrafici nonché in materia di servizi elettorali e statistici, nell'esercizio delle funzioni di competenza statale

Le funzioni relative alla lettera l) (servizi demografici) non sono soggette all'obbligo di gestione associata, mentre sono da gestire obbligatoriamente in forma associata le funzioni il cui esercizio comporta l'uso di tecnologie di informazione e comunicazione, quali la realizzazione e la gestione di infrastrutture tecnologiche, rete, dati, fonia, apparati di banche dati, di applicativi software, l'approvvigionamento di licenze per il software, la formazione informatica e la consulenza nel settore dell'informatica.

I comuni obbligati avevano queste scadenze (alcune di esse sono state prorogate):

- entro il 31 dicembre 2012, tre funzioni fondamentali;
- entro il 30 giugno 2014 (scadenza posticipata al 30 settembre), ulteriori tre delle funzioni fondamentali;
- entro il 31 dicembre 2014, le restanti funzioni fondamentali

Per quanto riguarda la materia dei servizi sociali, essa è ricompresa nelle funzioni fondamentali alla lettera g).

Rispetto alla formulazione della L. 42/2009 che elencava nello specifico i servizi sociali: asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori, Servizi di prevenzione e riabilitazione, Strutture residenziali e di ricovero per anziani, Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona, servizio necroscopico e cimiteriale, nella nuova formulazione si parla di *“progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali”* richiamando il titolo della L. 328/2000, legge quadro dei servizi sociali, che mette l'accento sulla programmazione e sul sistema dei servizi più che sulla semplice erogazione degli stessi.

C'è da chiedersi se la delega dei servizi sociali all'ULSS può rispondere alla prescrizione normativa dell'obbligo associato di funzioni.

La risposta, a mio parere, è negativa in quanto la delega non è tecnicamente una gestione associata, che deve essere fatta invece fra enti dello stesso tipo quindi fra comuni e non fra Comuni e ULSS.

Nel caso quindi dei comuni con meno di 5.000 abitanti, presenti nell'ULSS n. 22, permane l'obbligo della gestione associata anche per i servizi sociali, ciò non toglie che, fatta ad esempio una convenzione fra Comuni, si decida, di delegare all'ULSS la gestione di alcuni servizi sociali da parte dei Comuni convenzionati (non si sono registrate infatti Unioni), confermando nei fatti la situazione attuale.

3.2. Il ruolo delle unioni e delle convenzioni fra comuni

L'obiettivo principale del legislatore nazionale è quello di ridurre la spesa pubblica incentivando gestioni associate, che, nella logica dell'economia di scala, dovrebbero comportare una minore spesa e una maggiore possibilità di controllo potendo ridurre gli enti erogatori di servizi.

Con la LR 18/2012 il Veneto ha colto l'occasione per ripensare, a livello più generale, la riorganizzazione territoriale ponendosi un obiettivo più ampio di quello semplicemente finalizzato all'efficienza del sistema, come previsto a livello nazionale. La Regione punta invece all'efficacia della riorganizzazione territoriale con l'obiettivo di riconsiderare la governance più generale del sistema territoriale cercando di ridurre gli attuali livelli di governo settoriali da undici a soli cinque o sei livelli.

Per raggiungere questo obiettivo è stata fatta una differenziazione in base alle caratteristiche territoriali delle diverse aree della regione che è stata suddivisa in: area montana, area del Veneto Centrale, area ad elevata urbanizzazione, area del Basso Veneto. Per ogni area sono stati definiti limiti demografici diversi per la costituzione di forme associate.

Le forme di esercizio associato previste dalla LR 18/2012 sono:

- Unioni
- Convenzioni
- Consorzi monofunzionali esistenti alla data di entrata in vigore della L.R.
- Ulteriori forme associative riconosciute con legge regionale

Per quanto riguarda la forma associativa, l'Unione di Comuni è la forma che viene privilegiata nel piano, in quanto struttura gestionale polifunzionale, purché adeguatamente dimensionata. A tal fine la dimensione ottimale dovrà coniugare il livello demografico con riferimento ai livelli minimi per area omogenea definiti dall'art. 8 della L.R. 18/2012 con l'adeguatezza funzionale, ovvero l'esercizio di almeno quattro funzioni fondamentali con ricadute finanziarie importanti (per il bilancio dei Comuni conferenti).

Nella realtà dell'ULSS n. 22 che stiamo analizzando l'unica esperienza di Unione di Comuni è quella denominata "Tartaro Tione", costituitasi nel 2002 fra cinque comuni (Erbè, Mozzecane, Nogarole Rocca, Trevenzuolo e Vigasio) per un totale di circa 22 mila abitanti, che negli anni ha visto la fuoriscita di vari comuni (Mozzecane e Vigasio) fino al dissolvimento completo di quest'anno.

Le cause di questo fallimento sono da ricondurre alle ridotte dimensioni dei comuni che la componevano, alla scarsa lungimiranza politica delle amministrazioni che si sono susseguite, alla mancanza di una visione oltre le iniziali convenienze economiche.

Inizialmente l'Unione era partita anche con l'obiettivo di gestire in forma associata i servizi sociali. E' stato costituito un settore sociale unico con un responsabile di servizio e con assistenti sociali ed educatori assunti in proprio. Poi con il progressivo sfilarsi dei comuni, questo livello organizzativo ha perso di valore.

L'Unione si trova nella zona a Sud dell'ULSS n. 22, ai confini con la Provincia di Mantova, nella zona dell'ex ULSS n. 33 con la presenza di Comuni che prima del 1995 non avevano delegato molti servizi all'ULSS. Si voleva creare

un modello alternativo alla delega all'ULSS con l'associazionismo comunale. L'idea poteva essere anche valida, ma la sua applicazione ad un numero così limitato di comuni non ha portato al successo sperato, mentre, contemporaneamente, gli altri comuni, che avevano delegato, raggiungevano maggiori livelli di qualità dei servizi in maniera anche più omogenea.

Per quanto riguarda le convenzioni non ho il quadro completo di tutte le forme di convenzionamento presenti nei comuni dell'ULSS n. 22.

Sicuramente i comuni sotto i 5.000 abitanti hanno utilizzato questo strumento per assolvere all'obbligo della gestione associata delle funzioni. Sono a conoscenza della convenzione fra il Comune di Pastrengo con circa 3.000 abitanti che ha stipulato una convenzione con il vicino comune di Bussolengo che conta quasi 20.000 abitanti.

Il Comune di Sommacampagna, come già citato in precedenza, è capofila di varie convenzioni specifiche: progetto Carta Giovani, PIAR "Terre del Custoza", servizio civile. E' interessante spiegare quest'ultimo caso di convenzionamento in quanto emblematico del rapporto ULSS e Comuni.

Con l'avvio del Servizio Civile Volontario nel 2002 si apriva una nuova possibilità, che il Comune di Sommacampagna ha colto scrivendo i primi progetti di servizio civile per poter accedere ai bandi nazionali. In quell'occasione si preferì fare una convenzione con i comuni del distretto socio-sanitario Bussolengo, Pescantina, Sona e Sommacampagna e presentare un progetto unico per avere più forza nei confronti dell'appena costituito Ufficio Nazionale per il Servizio Civile. Fu un successo, con l'avvio il 3 novembre 2003 dei primi 16 volontari. Poi la normativa cambiò e impose che l'ente gestore fosse accreditato, quindi la convenzione non era più uno strumento sufficiente in quanto non costituiva giuridicamente un ente. Certamente non si poteva costituire un Unione di Comuni per questo solo scopo e allora ci fu l'intuizione di avvalersi dell'ULSS, sempre secondo la logica della delega. All'epoca l'ULSS era molto disponibile ad impegnarsi a livello territoriale avendo una rete di servizi formata dalle assistenti sociali e dagli educatori presenti in quasi tutti i territori. L'ULSS quindi si accreditò

come ente di seconda classe (quindi a livello di ente provinciale, uno dei più grandi della Regione Veneto) e si strutturò per fare progetti e gestire volontari per conto di tutti i comuni. Dal 2004 ad oggi sono stati impiegati circa 300 volontari in tutti i comuni dell'ULSS con grande vantaggio soprattutto dei comuni più piccoli che mai avrebbero potuto beneficiare di un volontario di servizio civile. Questo è un altro esempio dell'importanza di una gestione associata dei servizi, in questo caso attraverso un ente strumentale come l'ULSS.

3.3. Gli ambiti di programmazione

La politica regionale di riordino territoriale per la gestione associata dei servizi pubblici locali prevede una netta semplificazione degli ambiti di settore, con la definizione a regime, di quattro diversi Ambiti Territoriali Adeguati e Omogenei (art.8), con classi demografiche differenziate per la gestione associata dei servizi:

- ambito territoriale minimale, per le funzioni fondamentali che richiedono il superamento della soglia dei 5000 abitanti previsto dalla normativa nazionale.
- ambito territoriale adeguato di gestione, coincidenti con quelli di area omogenea (distretti socio-sanitari, di protezione civile, di polizia locale) e facenti capo preferibilmente a unioni di comuni;
- ambito territoriale di programmazione, con un livello dimensionale coincidente con quello di una ULSS e facente capo all'Intesa Programmatica d'Area (IPA) e alla Conferenza dei sindaci.
- ambito di area vasta che fa capo alla Città Metropolitana o alla Provincia.

Il disegno complessivo delineato dal legislatore è certamente interessante, preoccupa però lo stato di attuazione attuale dello stesso. L'intento di concertare a livello locale il percorso di aggregazione dei comuni e la definizione degli ambiti di programmazione, se da un lato è apprezzabile, dall'altro, in mancanza di una regia regionale determinata a perseguire l'obiettivo finale, rischia di dilatare i tempi e di frammentare il quadro complessivo.

Infine lo scarso coinvolgimento dei comuni con oltre 5.000 abitanti rischia di non rendere incisivo il quadro complessivo generale prestando attenzione solo ai comuni obbligati e non incentivando, anche con risorse economiche, i comuni non obbligati, che in molti casi sono chiamati in causa da comuni limitrofi di minori dimensioni senza un coinvolgimento e una visione di prospettiva di medio e lungo periodo.

A rendere ancora più complesso il quadro c'è anche la nuova programmazione Europa 2020, che potrebbe essere da stimolo per sostenere il processo di riforma della governance territoriale, ma che rischia invece di creare ancora maggiori spinte centripete rispetto al disegno regionale, visto l'orientamento a far ruotare tutto intorno ai maggiori centri urbani, come luogo privilegiato dall'Unione Europea per lo sviluppo dei territori.

Un esempio di quanto sta accadendo è il caso di Verona, la cui Provincia è l'unico caso Veneto dove manca un' IPA dei comuni centrali della provincia (sono aggregati solo quelli della montagna e quelli della Pianura in ragione dei fondi rurali e montani legati ai GAL). Verona in questi ultimi anni ha puntato sull'autosufficienza, non coinvolgendo i comuni limitrofi della cintura urbana e la Provincia, contrariamente a quanto avvenuto a Rovigo, Padova e Treviso, non si è fatta promotrice della costituzione di Intese Programmatiche d'Area in questa zona.

Il risultato è che ad ottobre 2014 il comune di Verona ha deciso di costituire un'IPA invitando tutti i comuni della Provincia con il solo scopo di non perdere il treno per l'Europa, al di fuori di ogni logica che vorrebbe l'IPA coincidere con l'ULSS e senza un progetto organico che parte dal basso. Hanno aderito vari comuni della cintura urbana fra cui Sommacampagna, ma anche comuni come Lazise, Valeggio e Castelnuovo del Garda senza alcuna contiguità territoriale con il comune capoluogo e con il rischio di costituire un'IPA a macchia di leopardo.

Il Comune di Sommacampagna è stato lungimirante nel 2009 quando ha costituito un PIA-R (Progetto Integrato d'Area Rurale) "Terre del Custoza" con i

comuni di Bussolengo, Sona, Villafranca e Valeggio presentando un progetto europeo che ha ottenuto un cospicuo finanziamento a favore dello sviluppo rurale di tutto il territorio che ha caratterizzato la sua identità per la produzione di vino di qualità, il famoso vino Custoza, che prende il nome proprio da una frazione di Sommacampagna, per la diffusione di ristoranti e agriturismi di ottimo livello che propongono prodotti tipici locali.

Forse l'ULSS poteva fare da collante e promuovere un'IPA, proprio in ottemperanza alle linee guida regionali sulla coincidenza fra ULSS e IPA, ma l'attuale situazione impedisce qualsiasi progetto di lungo respiro.

Per quanto riguarda la programmazione sociale e socio-sanitaria l'ambito previsto dalla legge fin dal 1996 (LR 5/96 PSSR 196/1998) è proprio quello dell'ULSS.

RIFERIMENTI NORMATIVI

L. n. 6972 del 17 luglio 1890 “Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”, legge Crispi

DPR 616/1977 “Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382”

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"

L.R. 15 dicembre 1982 n. 55 “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”,

L. 142 dell’ 8 giugno 1990 Ordinamento delle autonomie locali

Legge n. 266 dell’ 11 agosto 1991, “Legge Quadro sul Volontariato”.

D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

D.Lgs.n. 517 del 7 dicembre 1993, Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

L.R. n. 55 del 14 settembre 1994 “Norme sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

L.R. n. 56 del 14 settembre 1994 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”

L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996 “Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 1996/98”

Dlsg n. 112 del 31 marzo 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"

D.lgs. del 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

L. n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

L.R. n. 11 del 13 aprile 2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" sez. II "Servizi sociali e integrazione socio-sanitaria"

L.R. n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali"

Conferenza dei Sindaci dei Comuni dell'ULSS n. 22, Piano di Zona 1999-2001

Conferenza dei Sindaci dei Comuni dell'ULSS n. 22, Piano di Zona 2011-15 approvato il 26/11/2010, con visto di congruità della Regione Veneto DDR 240 del 07/10/2011

ALLEGATI

[illegible]





La rete policentrica di attori



*Sintesi tratta dal **Project Work** di Massimo Giacomini “Ulss 22, ieri, oggi e domani” anno accademico 2013/14 – Università degli Studi di Padova, facoltà di Scienze Politiche. **Master di I livello** “Governo delle reti di sviluppo locale”*