

Partecipare agli itinerari del



La Legge Regionale n. 3/2008

Sussidio formativo per volontari e operatori sociali e socio-sanitari

Indice

| | |
|--|--------|
| Introduzione | |
| La Legge Regionale 3/2008 e il ruolo della Caritas | pag. 7 |

PARTE I

| | |
|--|---------|
| Scheda 1 - La Legge Regionale 3/2008, nell'ottica della Riforma del Titolo V della Costituzione - Il quadro di riferimento | pag. 11 |
| Scheda 2 – Il quadro sintetico della Legge Regionale 3/2008 - I principali articoli | pag. 13 |
| Scheda 3 – I diritti della persona - Articoli 6 e 7 | pag. 17 |
| Scheda 4 – La compartecipazione degli utenti alla spesa - Articolo 8 | pag. 21 |
| Scheda 5 – Presa in carico personalizzata, Carta dei Servizi, Pubblica Tutela - Articoli 7 e 9 | pag. 25 |
| Scheda 6 - I titoli sociali e socio-sanitari - Articolo 10 | pag. 27 |
| Scheda 7 – La sussidiarietà istituzionale - Definizione delle funzioni pubbliche: Regione, Province e Comuni | pag. 29 |
| Scheda 8 - Il rapporto con la programmazione socio-sanitaria e sociale - Il Piano Socio-sanitario Regionale e i Piani di Zona | pag. 33 |
| Scheda 9 – La sussidiarietà orizzontale - Il ruolo del Terzo settore | pag. 35 |
| Scheda 10 - Le unità d'offerta sociali e socio-sanitarie – L'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento | pag. 39 |
| Scheda 11 - L'integrazione socio-sanitaria - Possibilità e limiti | pag. 43 |

PARTE II

| | |
|---|---------|
| Legge Regionale 12 marzo 2008 n.3 Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario – Testo della Legge | pag. 49 |
| Adempimenti e attività dei soggetti nella Legge Regionale 12 marzo 2008 n.3 | pag. 79 |
| DGR applicative della L. R. 3/2008 | pag. 89 |
| Glossario | pag. 95 |

PARTE I

Introduzione

La Legge Regionale 3/2008 e il ruolo della Caritas

Con la nuova legge regionale 3/2008 sul “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario”, la Regione Lombardia si è dotata di una legge quadro che, come dichiara il titolo, si occupa di regolare la rete dei servizi che devono provvedere a “...*promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali...*” (art. 1).

In particolare la legge “...*disciplina la rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, (...) in armonia con i principi enunciati dalla L. 328/2000 e con le leggi regionali di settore.*” (art. 1).

Questa norma recepisce i principi di sussidiarietà introdotti nella riforma costituzionale del 2001, nei quali si afferma che “*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*”.

Il percorso di elaborazione e approvazione della legge da parte del Consiglio Regionale è stato lungo e articolato. Il testo originario, approvato dalla Giunta Regionale nel febbraio del 2007¹, è stato radicalmente rivisitato nel dibattito in Commissione consiliare, dopo numerosissime audizioni, ed anche nella plenaria del Consiglio Regionale. Tale percorso ha visto una partecipazione significativa delle realtà del Terzo settore lombardo, tra le quali anche la Delegazione delle Caritas Lombarde. L'apporto del Terzo settore ha contribuito a migliorare alcuni punti significativi del progetto di legge iniziale, affermando in particolare il vincolo, in diversi punti del processo di programmazione delle politiche sociali, di consultare in modo formale le diverse espressioni della società civile organizzata, oltre a prevedere la partecipazione e la collaborazione dei soggetti che operano in ambito sociale e socio-sanitario.

Il carattere originario della legge (rimasto nella sua titolazione) sta nel defi-

¹ Cfr. Deliberazione della Giunta Regionale del 2 febbraio 2007, n. VIII/4041 *Proposta di legge regionale “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”*

nire l'orizzonte dei servizi alla persona, a partire dalla rete dell'offerta e non dalle esigenze, non dai bisogni, non dai soggetti referenti e garanti della risposta, nell'ottica dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociale, ai sensi dell'art. 117, c. 2 lett. m)² della Costituzione. Questa impostazione può costituire un difetto, dal momento che il quadro dei problemi e dei bisogni sociali è in continuo e radicale cambiamento, in questi ultimi vent'anni (dalla prima legge quadro regionale del 1986). Si tratta dell'emergere di nuove povertà, di inedite fragilità relazionali, di bisogni immateriali, legati all'impoverimento dell'orizzonte di senso e di valore della vita.

Il tema dei nuovi bisogni e del loro cambiamento appare quindi meno sviluppato nella nuova legge. Non è qui in discussione la legittimità di una legge sul governo delle reti e la regolazione dell'offerta. Sarebbe tuttavia utile una maggiore affermazione, nella formulazione di una legge quadro sul *welfare* regionale, della centralità dei diritti di cittadinanza delle persone³.

Fatta questa premessa, la legge regionale 3/2008 costituisce un elemento importante di coinvolgimento dei soggetti della società civile dei territori (cooperative, associazioni, enti ecclesiali, gruppi informali di reciproco aiuto, ecc.) in quanto riconosce un loro fondamentale ruolo, come già previsto dalla legge 328/00, non solo e non tanto nella gestione di servizi ma anche nella fase di programmazione e progettazione della rete di unità d'offerta sociali e socio-sanitarie.

L'obiettivo che caratterizza la Caritas fin dalla sua fondazione è la promozione, presso la comunità cristiana e la comunità civile tutta, della piena dignità delle persone, del loro sviluppo integrale, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi. Tale obiettivo si traduce in diversi compiti, in cui da sempre la Caritas è impegnata, come il coordinamento delle iniziative e delle opere caritative assistenziali di ispirazione cristiana, la promozione degli operatori pastorali della carità e del personale di ispirazione

² 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: m) *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.*

³ Peraltro l'affermazione dei principi, dei diritti, dei soggetti referenti e garanti per la tutela della garanzia della risposta riappare nei primi articoli della legge. Infatti l'art. 7 della legge afferma che *"le persone che accedono alla rete delle unità d'offerta sociale e socio-sanitaria hanno diritto..."*. È un curioso rovesciamento di prospettiva. Sono le persone che, in quanto titolari del diritto, accedono alla risposta (sia pure nell'ottica dell'universalismo selettivo).

cristiana impegnato nei servizi pubblici e privati. Con il sempre maggiore spazio che si apre nelle politiche sociali per il contributo della società civile, si rende sempre più attuale per la Caritas anche il compito di essere presente in maniera competente e costruttiva in quei luoghi e in quei momenti istituzionali dove ci si interroga sui bisogni delle persone, si tutelano i diritti di cittadinanza e la loro esigibilità, si programmano i servizi e gli interventi per contrastare le povertà. Una delle occasioni più importanti per esercitare questo compito è la costruzione e l'attuazione dei Piani di Zona, lo strumento istituzionale di programmazione partecipata degli interventi e dei servizi socio-assistenziali introdotto in Italia con la legge 328/2000. Si tratta del principale luogo nel quale le istituzioni chiedono alla società civile, nelle sue diverse espressioni, un contributo nella costruzione delle politiche locali in questo campo e nel mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio.

La nuova legge regionale conferma la centralità dello strumento dei Piani di Zona e articola l'insieme dei numerosi spazi di partecipazione per la società civile. Se però l'approvazione della legge costituisce un passaggio importante nella costruzione di un terreno di partecipazione, altrettanto importante è il processo di attuazione della legge, nel quale si gioca davvero la possibilità che siano effettivamente praticati i principi di sussidiarietà e di solidarietà che la legge dichiara. Ciò significa che la vera sfida per i soggetti organizzati della società civile parte adesso.

Per le Caritas Diocesane e la Delegazione delle Caritas Lombarde ciò rappresenta dunque l'occasione per consolidare l'impegno di presidiare tempi, luoghi e spazi nelle e delle istituzioni, cercando di essere presente soprattutto là dove è in gioco la tutela dei poveri, per dare voce a chi non ha voce, per introdurre prospettive di *advocacy*, di tutela di giustizia e non solo assistenziali. Tale impegno si declina in alcune parole chiave, che possiamo così sintetizzare:

- **Partecipare agli uffici di piano** ed essere in grado di proporsi ai tavoli di lavoro, con l'obiettivo di saper rappresentare e tutelare i bisogni condivisi con la rete di soggetti del territorio. Ciò non implica una competenza giuridica specifica, ma solo una conoscenza di base dei diritti di cittadinanza e degli obblighi che la legge assegna alle amministrazioni locali.
- **Riconoscere i bisogni e le risorse del territorio.** I tavoli nei quali si partecipa per costruire i Piani di Zona sono il luogo dove leggere con competenza i cambiamenti sociali in atto e le criticità emergenti, le nuove e vecchie povertà, ma anche dove riconoscere, valorizzare e rafforzare tutte le realtà formali e informali che sul territorio già agiscono per rispondere a tali bisogni.
- **Costruire percorsi di formazione sul territorio, in cui promuovere competenze non solo tecnico-giuridiche ma anche pastorali** destinate

alle persone della comunità cristiana che, in diversi modi, partecipano alla costruzione dei Piani di Zona. Si tratta di ricercare e rafforzare gli elementi fondativi e condivisi del proprio impegno nel sociale fra gli operatori e i volontari che si ritrovano intorno alla Chiesa locale e che hanno deciso di impegnarsi in forme di rappresentanza.

- Promuovere la **costruzione di una rete fra le varie comunità ecclesiali che abitano nel territorio** dell'ambito distrettuale, imparando a lavorare insieme e promuovendo uno stile e una metodologia di azione coerente e coordinata e facilitando, ove possibile, comuni rappresentanze.

Per svolgere questi compiti, le comunità parrocchiali sono chiamate a diventare protagoniste del proprio ruolo sul territorio, attraverso i soggetti promossi al loro interno (associazioni, cooperative, le stesse Caritas) promuovendo delle forme di coordinamento e di rappresentanza. Tale lavoro dal basso potrà poi giovare di supporti tecnici e formativi provenienti dal livello diocesano, costruendo così una rete di scambio e di comunicazione tra livelli locali, diocesani e regionali, utili a garantire continuità e competenza nel lavoro con le istituzioni pubbliche.

Queste schede rappresentano dunque un primo strumento informativo e formativo che le Caritas Lombarde si sono date per avviare momenti di sensibilizzazione e formazione dei propri operatori, dei responsabili Caritas Parrocchiali, dei volontari dei Centri di Ascolto e dei gruppi di volontariato. Sta alle singole Diocesi cogliere in pieno la sfida che gli spazi di partecipazione lanciano nei nostri territori e nelle nostre comunità.

Don Roberto Davanzo
Delegato Caritas Regione Lombardia

Scheda 1

La Legge Regionale 3/2008 nell'ottica della Riforma del Titolo V della Costituzione

Il quadro di riferimento

La Legge Regionale 3/2008 è il nuovo testo unico della Regione Lombardia per quanto attiene i servizi e gli interventi sociali e socio-sanitari. Esso assume particolare valore e significato, nel contesto della riforma del Titolo V della costituzione (L. cost. 3/2001). La riforma costituzionale definisce e attribuisce in maniera differenziata le competenze legislative: *esclusive* dello Stato; *concorrenti* tra Stato e Regioni (con la riserva allo Stato dei meri principi generali); *residuali* alle Regioni, per tutte le altre materie. Per questo, l'assistenza socio-sanitaria compete in maniera concorrente allo Stato e alle Regioni, l'assistenza sociale compete in maniera pressoché esclusiva alla potestà legislativa delle Regioni, salvo che per i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS).

Qualora una Regione non abbia ancora legiferato nelle materie che la riforma costituzionale assegna alla sua competenza residuale, valgono per quella Regione le norme di una legge quadro nazionale (in quanto esistente – cfr. L. 131/2003). Con l'entrata in vigore della Legge Regionale 3/2008 vengono quindi meno in Lombardia le prescrizioni della legge quadro nazionale nel campo dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari (L. 328/2000), salvo che per le indicazioni concernenti i LIVEAS (art. 22).

Si tratta di un testo unico, di una legge quadro, e ciò è evidente sia dall'articolato del testo⁴, che per l'abrogazione pressoché totale delle leggi quadro precedenti: in particolare della L. R. 1/1986 (con le modifiche della L. R. 25/1990) e di moltissimi commi dell'art. 4 della L. R. 1/2000.

Il quadro generale della legge regionale, insieme alle due proposte di legge di riordino, riprende positivamente alcuni profili concernenti le finalità (art. 1), i principi e gli obiettivi (art. 2), i soggetti (art. 3).

Innovazione e cambiamento

Gli aspetti di novità della legge sono diversi. Sinteticamente possiamo indi-

⁴ Cfr. in particolare la Scheda n. 2

viduare i seguenti: la traduzione in norme di legge di regole che precedentemente erano solo atti amministrativi; la delegificazione delle successive implementazioni attuative della legge (in particolare per la definizione delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie), compresa tutta la parte concernente i regolamenti; i compiti assegnati alla Regione con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale; la definizione di ulteriori LEA e LIVEAS (oltre a quelli definiti o definibili dalla Regione); l'abrogazione dell'autorizzazione al funzionamento delle unità d'offerta (*comunicazione* per quelle sociali, *denuncia d'inizio di attività* – DIA - per quelle socio-sanitarie); le nuove forme di collaborazione pubblico/privato; l'istituzione e la costituzione obbligatoria dell'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) e dell'Ufficio di Relazione con il Pubblico (URP); la costituzione di un fondo per la non autosufficienza; l'obbligatorietà del segretariato sociale; il rapporto più organico con il terzo settore; la codificazione di un piano personalizzato degli interventi; una puntuale definizione dei compiti della Regione, della Provincia, del Comune e delle ASL; la formazione delle professioni sociali e socio-sanitarie.

Orizzonte Caritas

Per quanto riguarda l'orizzonte della Caritas si può affermare che permane una debolezza di fondo nell'individuazione e nella definizione dei bisogni, dei titolari del diritto e della garanzia della risposta, a fronte di una sufficiente definizione dei livelli di *responsabilità*, di una sufficiente affermazione e riconoscimento del dovere di *solidarietà*, di una riconosciuta *sussidiarietà orizzontale* (in 14 articoli è evocato direttamente o indirettamente il privato sociale, tra l'altro distinto ed articolato nei soggetti del Terzo e del Quarto settore, oltre che degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose), di una quasi assente *sussidiarietà verticale*. Una legge quadro relativa ai servizi alla persona dovrebbe sostenere *la persona* (non solo il cittadino, il cliente, l'utente...), *la famiglia* (come patto e alleanza e non solo come contratto), *le comunità* (intese come "formazioni sociali" e non solo come soggetti associativi).

Resta aperto il problema di accompagnare il complesso *iter* attuativo della legge, che in un'analisi testuale delle competenze relative alle materie tocca almeno 35 profili. Le competenze sono riferite alla Regione, alla Giunta Regionale, ai Comuni, alle Province, alle ASL e alle Aziende Ospedaliere. Decisiva dunque appare la disciplina relativa alla determinazione delle modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all'art. 11, c. 1, lett. *m*) (entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge).

Scheda 2

Il quadro sintetico della Legge Regionale 3/2008

I principali articoli

L'indice della legge regionale raccoglie le indicazioni fondamentali in 8 capitoli: I. Disposizioni generali - II. Soggetti e unità d'offerta - III. Gli utenti - IV. Assetto istituzionale e organizzativo - V. Livelli essenziali di assistenza e di programmazione - VI. Assetto finanziario - VII. Disposizioni concernenti modifiche e abrogazioni - VIII. Norme transitorie e finali.

Finalità, principi ed obiettivi

Il primo articolo della legge indica le *finalità*: il governo delle reti è finalizzato alla promozione di condizioni di benessere e di inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità. La rete delle unità d'offerta garantisce il diritto alla esigibilità.

Tra i *principi* e gli *obiettivi* sono da sottolineare: il rispetto della dignità della persona, l'universalità del diritto di accesso, la libertà di scelta, la personalizzazione delle prestazioni al fine di una effettiva e globale presa in carico della persona, la promozione dell'autonomia, la sussidiarietà orizzontale e verticale, il riconoscimento e la valorizzazione, oltre che il sostegno, della famiglia, la promozione degli interventi per i soggetti in difficoltà.

I soggetti della realizzazione della rete

I *soggetti* che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità d'offerta sono i Comuni, le ASL, le ASP, altri soggetti di diritto pubblico, le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà, i soggetti del Terzo settore, le organizzazioni sindacali, i soggetti di diritto privato, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

Sono i soggetti per i quali si prevedono, in maniera articolata e/o differenziata, la *consultazione*, la *collaborazione*, la *programmazione*, la *progettazione* e la *realizzazione della rete delle unità d'offerta*, la *programmazione partecipata*, la *promozione*, la *partecipazione*, l'*adesione*, l'*affidamento di servizi*, la *realizzazione di iniziative sperimentali e innovative*. Sono i soggetti cui è garantita la piena libertà di svolgere attività sociali e socio-assistenziali indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità d'offerta sociali.

Le unità d'offerta

Altro capitolo fondamentale della legge è la definizione delle *unità d'offerta sociali*, e l'individuazione dei loro compiti fondamentali: aiutare la famiglia, tutelare la maternità e i minori, sostenere le responsabilità familiari, promuovere il benessere psico-fisico della persona, assistere le persone in condizione di disagio psico-sociale, di bisogno economico (anziani e disabili in particolare), favorire l'integrazione degli stranieri, prevenire l'esclusione sociale, promuovendo azioni di inclusione. Nel quadro dei servizi troviamo anche le *unità d'offerta socio-sanitarie*, i cui compiti essenziali sono: sostenere la persona e la famiglia, accogliere e sostenere le persone che non possono essere assistite a domicilio, prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di quelle lecite, assistere le persone in condizioni di disagio psichico, assistere i malati terminali.

Gli utenti

Nel capitolo relativo agli *utenti* la legge definisce i soggetti che hanno titolo di accesso alla rete delle unità d'offerta: i cittadini italiani e della UE, quelli non appartenenti alla UE in regola con i permessi, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso di soggiorno umanitario, gli apolidi, i rimpatriati e tutti coloro che beneficiano di protezione sociale, riconosciuta a livello internazionale; tutti gli altri soggetti, comunque presenti sul territorio, per interventi non differibili. Sono garantite la tutela della maternità e delle condizioni di salute e sociali dei minori.

Di particolare importanza sono la definizione dei criteri per *l'accesso prioritario* alla rete delle unità d'offerta socio-sanitarie (anche per le prestazioni non incluse nei LEA) e l'organizzazione del segretariato sociale (da assumersi nel significato allargato e pluriprofessionale, attesi i compiti assegnati), finalizzato alla presa in carico della persona.

Diritti della persona e della famiglia

Il *diritto della persona e della famiglia*, sia pure impropriamente individuato tra coloro che accedono alla rete, riguarda la scelta, l'informazione, l'accesso, la permanenza nel contesto familiare, la presa in carico personalizzata, la valutazione globale del bisogno, e garantisce la presenza della famiglia e il diritto di accesso alle strutture da parte dei ministri di culto.

Partecipazione alla spesa

La *partecipazione al costo delle prestazioni* fa riferimento alla definizione regolamentare dell'I.S.E.E. e alla titolarità del Comune di residenza o dimora (antecedente all'eventuale ricovero), per l'onere delle prestazioni sociali. Per favorire libertà di accesso e garanzia della corretta risposta vengono definite sia la *Carta dei Servizi* che l'*Ufficio di Pubblica Tutela* (promuovendo così

l'amministrazione di sostegno ex L. 6/2004). Nella prospettiva della libertà di scelta sono individuati i criteri per la definizione dei *titoli sociali* e dei *titoli socio-sanitari*.

Attribuzioni di competenze

Come è compito di una legge quadro, vengono definite le *competenze della Regione* (funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica), le *competenze delle Province* (funzioni di concorso alla programmazione e alla realizzazione della rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie), le *competenze dei Comuni* (funzioni amministrative che si riferiscono agli interventi sociali, con particolare attenzione alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità d'offerta sociale), le *competenze delle ASL* (funzioni di programmazione delle unità d'offerta socio-sanitarie, di vigilanza e di controllo su tutte le unità d'offerta).

La legge definisce altresì le *modalità di esercizio* dei servizi alla persona (*iniziato di attività e accreditamento*)

Livelli di Assistenza e Piano di Zona

Punto qualificante e decisivo, per l'esercizio del diritto del cittadino all'assistenza, è la definizione dei *Livelli Essenziali Regionali di Assistenza* e gli interventi per la *non autosufficienza*.

La programmazione locale vede nel *Piano di Zona* lo strumento essenziale, anche in ordine ai profili dell'integrazione socio-sanitaria, che deve essere approvato entro un anno dall'entrata in vigore della legge regionale. Per il Piano di Zona si confermano le procedure esistenti (accordo di programma, ente capofila, ufficio di piano, forme differenziate di gestione associata).

Rapporti pubblico/privato

Un ultimo profilo di particolare interesse per il cittadino (e dunque interessante per l'orizzonte antropologico di Caritas) è la definizione dei *rapporti pubblico/privato*, con l'individuazione delle forme di collaborazione, la promozione della sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d'offerta innovative.

Formazione professionale e piano finanziario

Accanto alla *formazione delle professioni sociali e socio-sanitarie*, viene definito l'*assetto finanziario* (sia per la parte corrente che in conto capitale), ai diversi livelli di competenza: statale, regionale, provinciale e comunale. Concludono il testo la *modifica (possibile) delle ASP*, l'istituzione dell'*Osservatorio regionale sulle dipendenze*, le *abrogazioni*, le *norme transitorie e finali* e una *clausola valutativa*.

Scheda 3

I diritti della persona

Articoli 6 e 7

La materia dei diritti soggettivi di carattere assistenziale è ad oggi definita dall'intreccio delle competenze tra Stato e Regione. Infatti, anche dopo la riforma del titolo V della Costituzione, resta di pertinenza esclusiva dello Stato la “*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*” (art. 117 c. 2 lett. m) della Costituzione così come risulta modificato dalla Legge Costituzionale n. 3 del 2001).

La nuova Legge Regionale va dunque letta, in tema di diritti soggettivi, ancora insieme all'art. 22 della Legge quadro nazionale 328 del 2000, in quanto questo resta direttamente collegato alla Carta Costituzionale.

Priorità

L'aspetto dei diritti risulta relativamente poco sviluppato dalla L. R. 3/2008. Si accenna a quanto disposto a livello nazionale (art. 17 c. 2). Ma soprattutto la legge parla delle unità d'offerta piuttosto che dei diritti e della garanzia dei diritti. L'ordine degli articoli del capo III, riguardante gli utenti, tratta dapprima l'accesso alla rete (art. 6) quindi i diritti della persona e della famiglia (art.7).

Il primo tra questi diritti è la facoltà di “scegliere liberamente le unità d'offerta” ed esplicitamente richiama uno dei principi cardine dell'ispirazione dell'intero testo: quello appunto della “*libertà di scelta*” (art. 2 c. 1 lett. c).

Accesso alla rete

I diritti vanno qui perciò fondamentalmente rinvenuti nell'accesso alla rete delle unità d'offerta.

L'art. 6 fornisce l'elenco delle categorie di persone e di bisogno che godono di tale accesso. Il quadro è peraltro il più ampio che probabilmente si possa dare e prevede il diritto per: i *cittadini italiani ed europei* presenti, anche temporaneamente, in Lombardia, i *cittadini di altri Stati* che dimostrino la *regolarità riconosciuta* legalmente della loro presenza, tutte le *persone, comunque presenti*, sul territorio della Lombardia che si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili. E' sempre garantita la *tutela della gravidanza e maternità* consapevole e della condizione sociale e di salute dei *minori* (art.6, c.1, lett. c). In questo caso la categoria di *persona* prevale su quella di *cittadinanza*, quando la persona non avesse titolo di residenza o soggiorno, se stra-

niera. Si tratta di affermazioni già presenti in precedenti leggi regionali, ma è importante che siano state ribadite.

E' scritto che “*accedono prioritariamente alla rete delle unità d’offerta sociali le persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione*” (art. 6 c. 2).

Livelli essenziali e risorse adeguate

Come detto, agli articoli citati restano sovrapposti i livelli essenziali delle prestazioni sociali presentati dall’art. 22 della Legge 328/2000 con l’obiettivo, non ancora completato, di definire matrici di diritto intimamente connesse a situazioni di bisogno effettivamente rilevate nel territorio. Si ricordi, inoltre, che nella legge nazionale non ci si occupa di livelli minimi, ma di *livelli essenziali*, ossia idonei a corrispondere proprio a quei bisogni; livelli stabiliti per legge perché siano effettivamente garantiti sulla base di *risorse adeguate*.

Limiti rispetto alla L.328/2000

Rimane dunque l’attesa della determinazione da parte dello Stato delle prestazioni che vadano a completare e a realizzare detti profili di assistenza sociale; attesa che evidentemente interessa la Lombardia come tutte le Regioni italiane.

La L. R. 3/2008 avrebbe potuto o dovuto, tuttavia, definire l’erogazione delle prestazioni evidenziate nel quarto comma dell’art. 22 della legge nazionale, ossia: servizio sociale professionale e segretariato sociale, pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità, centri di accoglienza diurna a carattere comunitario. La norma nazionale dispone infatti che ciò sia previsto con legge regionale. Il testo regionale non tratta queste prestazioni se non con riferimenti limitati all’attività di segretariato sociale e alla permanenza a domicilio.

Per l’attività di segretariato sociale si afferma (art. 6 comma 4) che essa è “finalizzata alla presa in carico della persona” da parte dei “comuni in forma singola o associata anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all’art. 3 comma 1”. Risultano positive e coinvolgenti le finalità di presa in carico come le possibili forme di collaborazione con “gruppi informali di solidarietà”, “soggetti del Terzo settore”, “enti riconosciuti delle confessioni religiose”.

Per quanto riguarda gli strumenti volti a sostenere la permanenza a domicilio si ribadisce il ruolo dei titoli sociali e socio-sanitari (art. 10).

Niente altro si cita delle altre prestazioni essenziali⁵ salvo il riferimento contenuto nell’art.17 (Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza) dove al comma 1 si dice che la Regione “definisce i livelli delle prestazioni socio-sanitarie, mediante l’individuazione di prestazioni o di ser-

vizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.”

Impegno Caritas

Gli organismi Caritas e le opere collegate possono trovare in questo settore alcuni riferimenti di attenzione ed impegno. A livello regionale, per una migliore definizione dei livelli delle prestazioni essenziali, ad esempio, attraverso le consultazioni previste per le unità d'offerta (art .4, c. 2 e art. 5, c. 2). A livello di ciascuna Diocesi e territorio, per la declinazione dei diritti individuati nelle programmazioni dei Piani di Zona, oltre che per l'osservazione puntuale dell'effettivo accesso alla rete delle persone più fragili.

⁵L'unica traccia in tal senso risale alla Circolare Regionale n. 18 del 6/6/2003, peraltro non più ripresa, ove, in una tabella, si esemplificava una declinazione delle prestazioni in ragione di alcune categorie di bisogno. Solo in quella carta si parla, ad esempio, di *comunità alloggio non terapeutica di contrasto alla povertà*.

Scheda 4

La compartecipazione degli utenti alla spesa

Articolo 8

Diritto universale, ma correlato alle condizioni economiche

La Legge Regionale 3/2008, in materia di partecipazione alla spesa, riprende i principi informatori di universalismo e selettività che caratterizzano la legge nazionale 328/2000, adeguandoli tuttavia alla propria impostazione di fondo. Al diritto di usufruire delle prestazioni assicurate a tutti dalla Costituzione (*universalismo*), accompagnato dal criterio di inclusione/esclusione o misura della partecipazione dell'utente al costo del servizio (*selettività*), si sostituisce il concetto di *accesso alla rete* "in rapporto alle proprie condizioni economiche" (art. 8, c. 1).

Norme di riferimento

Per stabilire quali sono le condizioni economiche del soggetto, la Legge Regionale fa esplicito riferimento all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente o I.S.E.E. (decreto legislativo 109/98 e altre integrazioni) e rimanda alla disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'area dell'integrazione socio-sanitaria (allegato 1 C del D.P.C.M. 29 novembre 2001), per quanto riguarda la garanzia di accesso al servizio.

La Giunta Regionale "previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3" (fra cui gli Enti riconosciuti delle confessioni religiose) e della competente Commissione Consiliare, stabilirà i criteri di determinazione delle rette.

Anche per quanto riguarda la partecipazione alla spesa dei soggetti civilmente obbligati, la legge fa riferimento alla normativa vigente..

L'esplicito riferimento alle normative nazionali esclude la possibilità che l'Indice di reddito e patrimonio possa essere stabilito con diverse formule di calcolo, o che il concetto di nucleo familiare possa essere diversamente inteso da quanto già previsto.

Ciò presuppone che anche il trattamento delle situazioni di grave disabilità e non autosufficienza sia considerato secondo il reddito della sola persona assistita (art. 3, c. 4 del Decreto Legislativo 130/2000). La precisazione della partecipazione alla spesa dei soggetti civilmente obbligati (di cui al n. 433 del Codice Civile) "secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti" significa che tale partecipazione dovrebbe essere invocata solo dal soggetto interessato, ovvero disposta dalla magistratura, ma non dagli Enti Locali.

I gestori delle unità d'offerta accreditate sono chiamati a garantire massima trasparenza sulle rette e a fornire tutte le informazioni relative alla possibilità di avere contributi pubblici o integrazioni economiche (art. 8, c. 2). Questo deriva da quanto previsto dall'art.16, c. 6, dove si dice che "i gestori (...) sono tenuti ad adottare sistemi di contabilità analitica, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate".

Caratteristica espressione dell'approccio regionale è l'esplicazione del ruolo dei gestori delle unità d'offerta accreditate nel garantire massima trasparenza sulle rette e nel fornire tutte le informazioni in merito (art. 8, c. 2).

Responsabilità dei Comuni

Il gestore deve anche informare il Comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, in caso di ricovero urgente, dell'accettazione.

Risulta, quindi, chiaro che il ruolo della presa in carico, con tutto quel che ne consegue, spetta al Comune di residenza, anche nei casi di ricovero in unità d'offerta di carattere diurno e residenziale e in unità d'offerta geograficamente dislocate al di fuori del proprio territorio (commi 3, 4 e 5). Le medesime condizioni sono estese ai casi di assistenza a persone non residenti ma comunque "dimoranti" nel territorio comunale (art. 6, c.1, lett. *b* e *c*).

Limiti dell' I.S.E.E.

Gli oneri delle prestazioni per servizi sociali e socio-sanitari gravano, dunque, sui Comuni, salvo la facoltà di questi di chiamare in causa il nucleo familiare o il solo assistito per la compartecipazione alla spesa. L'uso dello strumento dell'I.S.E.E è garanzia di omogeneità per quanto riguarda la determinazione della capacità contributiva del soggetto, mentre manca qualsiasi criterio di determinazione di soglie di reddito omogenee cui applicare la quota di pagamento e la misura di questo, lasciando spazio, di fatto, a qualsiasi disomogeneità.

L'annunciato lavoro sulle rette dovrebbe proporsi di dare indicazioni in merito.

Quota sanitaria

Il richiamo ad una corretta ripartizione della spesa tra quota sanitaria (a carico della Regione) e quota sociale (a carico del Comune e/o dell'utente) per servizi di carattere socio sanitario (secondo il dettato del citato allegato 1 C del D.P.C.M. 29 novembre 2001) impegna la Regione stessa, non solo i gestori delle unità d'offerta, alla massima trasparenza nella definizione delle rette.

Una quota sanitaria non corrispondente (in particolare inferiore) a quei Livelli Essenziali di Assistenza provoca automaticamente un incremento della quota sociale che grava sui Comuni e, spesso, su utenti e famiglie.

L'attenzione di Caritas

Gli organismi Caritas e i collegati servizi caritativi (soprattutto i Centri di Ascolto territoriali) risultano decisamente interessati alla corretta individuazione ed applicazione dei criteri di partecipazione alla spesa, secondo le priorità etiche citate dalla legge per quanto riguarda le “persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione” (art. 6, c. 2).

A livello regionale è atteso un coinvolgimento nella formulazione delle rette e, implicitamente, nella verifica del rispetto dei riparti di spesa.

A livello locale (comunale, distrettuale, provinciale) gli operatori Caritas dovranno dedicare particolare attenzione all'uso dello strumento dell'I.S.E.E., alla promozione di soglie di reddito omogenee per l'accesso a medesime tipologie di unità di offerta, alla garanzia che le persone a rischio di emarginazione abbiano accesso ai servizi socio-assistenziali essenziali.

Scheda 5

Presa in carico personalizzata, Carta dei Servizi, Pubblica Tutela

Articoli 7 e 9

Chi deve garantire il diritto

Riferendosi alle “persone che accedono alla rete delle unità d’offerta”, l’art. 7 (al comma 1 lettera f) afferma il “diritto” alla “presa in carico in maniera personalizzata e continuativa”. Il testo tuttavia non indica quale soggetto debba garantire la descritta presa in carico. Si deve dare per indubbio che si tratti dell’Ente Locale (Comune di residenza o di dimora), citato nell’articolo che precede e in quello che segue, anche quando il servizio sia reso da distinte unità di offerta (pubbliche o private che siano).

Presa in carico continuativa

Sono importanti la personalizzazione della presa in carico (che sembra richiamare il concetto di progetto individuale che la legge nazionale 328/2000 aveva più precisamente elaborato per le persone disabili), e il coinvolgimento della persona stessa nella “formulazione del progetto”.

Alla personalizzazione la legge associa il carattere della continuità della presa in carico, molto probabilmente da intendersi sia nella successione degli interventi, sia nel coordinamento degli interventi operati da più soggetti.

E’ anche qualitativamente significativo il “diritto” di “ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno”.

Anche in questi casi però non è esplicitato a quale soggetto facciano capo tali elementi di continuità e di competenza nella valutazione globale. Per norma costituzionale, si deve trattare sempre del Comune, referente e garante del cittadino nel suo stato di bisogno.

Carta dei Servizi ed Enti Locali

Nel perseguire la finalità di governo della rete dei servizi in ambito sociale e socio-sanitario, la legge impegna le unità d’offerta a informare e coinvolgere i cittadini utenti, dotandosi di strumenti oggettivi, in primo luogo la Carta dei Servizi.

La Carta dei Servizi viene presentata come condizione caratteristica dell’accreditamento delle unità d’offerta e, quindi, come dotazione di trasparenza delle stesse nei confronti del cittadino.

Questa esclusiva sembra esonerare gli Enti Locali, specie i Comuni, singoli e/o aggregati, dal dovere di offrire proprie Carte dei Servizi. Eppure, in una logica

sussidiaria e di affidamento delle prestazioni, proprio di ciò si avverte il bisogno: ossia di una presentazione scritta dei servizi e delle relative modalità di accesso (regolamenti, soglie di reddito e quanto altro) da parte dell'Ente deputato alla presa in carico.

Ufficio di Pubblica Tutela

Gli Enti Locali, invece, sembrano avere un ruolo di controllo e verifica di quanto viene dato come servizio, attraverso le azioni di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle unità d'offerta e gli spazi messi a disposizione della cittadinanza, come il nuovo Ufficio di Pubblica Tutela.

Si rivela, comunque, importante la parte dell'art. 9 (che va a sostituire l'art. 11 della legge regionale 11 luglio 1997 n. 31) circa l'istituzione di un Ufficio di Pubblica Tutela. Ma si tratterebbe di una misura parziale se riguardasse soltanto contenziosi e problemi tra gestori e cittadini.

Difensore civico

È riconosciuta ai cittadini la possibilità di ricorrere al Difensore civico comunale (del Comune sede legale dell'unità d'offerta) e, in mancanza di questo, a quello Regionale, nel caso in cui si verificassero *“atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni”*.

Il Difensore civico si deve pronunciare entro 15 giorni.

La Regione svolge il suo ruolo di controllo superiore attraverso le ASL.

Il compito di Caritas

Gli organismi Caritas e i collegati servizi caritativi (in particolare i Centri di Ascolto territoriali) sono chiaramente interpellati dalle norme presentate. Si può stimolare l'effettiva presa in carico da parte degli Enti preposti e concorrere alla personalizzazione dei progetti, al coinvolgimento attivo degli utenti, oltre che alla continuità e al coordinamento degli interventi. La partecipazione ai tavoli politici e tematici dei Piani di Zona può proporsi inoltre l'obiettivo di redazione di Carte di Servizi distrettuali, per quanto più possibile complete e omogenee, secondo i bisogni del territorio, anche se non è espressamente previsto dalla legge regionale.

Scheda 6

I titoli sociali e socio-sanitari

Articolo 10

Legge 328/2000 e scelte della Regione

La politica perseguita dalla Regione nelle due ultime legislature in materia di titoli sociali e socio-sanitari trova naturale conferma nella nuova legge regionale.

Vengono ribaditi i consueti orientamenti di principio circa il *sostegno alla famiglia* per il *mantenimento al domicilio*, la *libertà di scelta* del cittadino utente ed il corrispondente sviluppo del *ruolo privato di cura*.

L'ulteriore definizione nell'uso dei titoli - che la legge annuncia previa consultazione dei soggetti interlocutori di cui all'art. 3 - potrà realizzarsi con una attenta verifica dei risultati di tale politica, ottenuti dall'esperienza dei Piani di Zona e dei voucher socio-sanitari, di cui erano titolari le ASL.

I titoli sono stati introdotti con la legge 328/2000 (art. 17).

In quel contesto assumevano un carattere aggiuntivo, "su richiesta degli interessati" ed in ragione della determinazione dei Comuni, una volta garantiti i livelli essenziali di assistenza.

La Lombardia ne ha fatto una precisa scelta di peso con riferimento alla assistenza domiciliare, che dunque attiene ai livelli essenziali. Infatti ai Comuni aggregati nel primo ciclo dei Piani di Zona è stato posto l'obbligo dell'impiego del 70% delle risorse derivanti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per l'erogazione di Buoni e Voucher. Il vincolo è stato in seguito ridotto al 50% circa. L'obiettivo rimane quello di "sostenere la permanenza a domicilio".

I titoli sociali sono distinti, in precedenti atti, in *buoni* e *voucher*. Anche se la legge non riprende tale terminologia, in mancanza di diversa indicazione, questa rimane.

Il Buono

Per *buono* si intende un trasferimento economico volto a sostenere la cura in famiglia di una persona non autosufficiente, riconoscendo così l'attività di cura *svolta direttamente dalla famiglia*. La legge esplicita pertanto la volontà di "riconoscere l'impegno delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza" (art. 10, c. 1).

Il Voucher

Per voucher si intende un buono-spesa (di valore definito), rilasciato dal Co-

mune, con il quale *si acquistano prestazioni erogate da soggetti accreditati*. La legge vuole in tal modo “agevolare l’esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell’acquisizione di prestazioni”. La libera scelta dovrebbe di concerto incentivare l’offerta da parte di più operatori e sviluppare, dunque, il mercato dei servizi.

Seguendo la logica, in altri documenti indicata, della volontà di valorizzare il libero mercato dei servizi, si dovrebbe passare nel tempo dall’uso del buono all’uso prevalente del voucher.

Risultati dell’esperienza e legge di mercato

L’esperienza pregressa dovrebbe ora consentire una prima verifica dell’efficacia degli strumenti. Il titolo sociale più ampiamente impiegato risulta tuttora il buono. Ma spesso questo non appare impiegato secondo le previste finalità di sostegno alle risorse interne della famiglia, ma nel verso dell’acquisto di prestazioni presso soggetti privati (per lo più individuali) che si pongono, per loro natura, al di fuori delle garanzie di qualità (e spesso di regolarità).

Il voucher stenta ad entrare nell’uso corrente anche perché l’attesa proliferazione di soggetti accreditati e accreditabili non ha, di fatto, ancora avuto luogo. Quanto questi strumenti, per i quali vanno attualmente spese buona parte delle risorse dei Piani di Zona (unitamente ai voucher socio-sanitari rilasciati direttamente dalle ASL) effettivamente incidano sulla permanenza a domicilio dei soggetti fragili è in ogni caso, appunto, da verificare.

L’impegno di Caritas

Gli organismi Caritas possono offrire le proprie osservazioni, per i casi di cui sono a conoscenza, in fatto di riflessi d’uso dei citati titoli: a livello regionale i riscontri potranno essere portati nella consultazione prevista dalla Giunta; a livello di ciascun territorio potranno contribuire a determinare dei criteri di impiego omogenei e più vicini ai bisogni delle persone con maggiori fragilità.

Scheda 7

La sussidiarietà istituzionale

Definizione delle funzioni pubbliche: Regione, Province e Comuni

I ruoli

Una corretta interpretazione e applicazione della sussidiarietà, soprattutto in campo sociale, deve essere correlata alla sottolineatura della necessità che l'ente pubblico eserciti il proprio ruolo di referente e garante per la tutela del bene comune e della responsabilità sociale per cui, come afferma la Costituzione all'art. 3: “È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”.

Quando si parla di Repubblica, non si intende solo lo Stato centrale ma tutte le articolazioni regionale e locali che la compongono⁶.

Il cittadino, singolo o associato, può partecipare alle promozione e alla gestione del bene comune, ma non può sostituirsi all'ente pubblico.

Perché la sussidiarietà

La sussidiarietà consente di mantenere i diritti sociali, senza mettere in discussione le libertà (contro la concezione binaria o bipolare, di tipo illuminista: statalismo e individualismo non riconoscono le formazioni sociali intermedie). Infatti vi può essere presunzione di *autoreferenzialità* da parte della *pubblica amministrazione* (quando essa utilizza strumentalmente la libera iniziativa o non la riconosce o la rifiuta o la nega) o della *libera iniziativa del cittadino singolo o associato* (quando si sostituisce alla pubblica amministrazione, nel duplice senso di una sua delegittimazione, ponendosi in posizione alternativa e oppositiva, o nel senso dell'autarchica prerogativa di definire l'interesse generale, che con la partecipazione propositiva del privato sociale, resta pur sempre competenza della pubblica amministrazione).

Dal punto di vista semantico (sussidiarietà, da *subsidium afferre*), l'aiuto sussidiario (*subsidium*) contiene almeno due significati: il primo evoca l'idea di un possibile *aiuto suppletivo* (come di riserva, allorquando un soggetto, nei differenziati livelli, non ce la fa a svolgere le proprie funzioni; quasi truppe di riserva: sussidiarie, appunto) e insieme di *aiuto promozionale* (di supporto

⁶Come recita l'articolo 114: “La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”.

preventivo perché il soggetto titolare di funzioni possa adeguatamente svolgere il proprio ruolo).

La sussidiarietà istituzionale, attiva e passiva

Sotto questo profilo risulta evidente che la sussidiarietà istituzionale o verticale contiene le due dimensioni: sussidiarietà *passiva* (non faccia l'ente sovradeterminato ciò che tocca l'ente sottodeterminato; lo aiuti solo se non ce la fa) e sussidiarietà *attiva* (l'ente sovradeterminato crei le condizioni perché l'ente sottodeterminato possa svolgere adeguatamente il proprio ruolo ed esercitare pienamente le proprie funzioni).

La legge regionale

La stessa legge regionale, di cui all'oggetto, riprende, anche se non lo cita formalmente, il dettato costituzionale, che rovescia l'ordine dei referenti istituzionali: Comune, Provincia, Regione, Stato. (cfr. artt. 114 e 118 della Cost.). Tra i principi generali e gli obiettivi si fa riferimento alla sussidiarietà verticale e orizzontale (art. 2, c.1 lett. f)). Per la verità, con riferimento ai livelli istituzionali la legge regionale evoca il principio della sussidiarietà solo all'articolo relativo alle competenze dei Comuni. *“I Comuni singoli e associati e le comunità montane, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative...”* (art. 13, c. 1). In estrema sintesi si può affermare che la legge regionale riconosce certamente il principio di sussidiarietà *istituzionale passiva*, addirittura con due possibilità di esercizio del potere sostitutivo nei confronti dei Comuni: qualora, attesi gli indirizzi regionali, i Comuni non definissero i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, entro sei mesi, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, la Regione nomina un commissario *ad acta* (art. 13, c. 2); e ancora, per quanto attiene l'approvazione del Piano di Zona, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge regionale: *“La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4⁷, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta”*.

Architettura organizzativa delle funzioni pubbliche

L'ordine dei referenti istituzionali resta il seguente: *Comune* (per la gestione

⁷ Art. 18, comma 4 *“Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia”*.

delle attività sociali), *ASL* (per la gestione delle attività socio-sanitarie), *Provincia* (per il concorso alla programmazione e alla realizzazione della rete delle unità d'offerta), *Regione* (per l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta).

Sussidiarietà istituzionale attiva e ruolo dell'ASL

Per quanto attiene la *sussidiarietà istituzionale attiva* il testo della legge regionale appare molto debole; addirittura con qualche profilo di accentramento, attese le funzioni della Regione e una sorta di sovradeterminazione dell'ASL rispetto ai Comuni (e dunque ai Piani di Zona), in quanto ad essa spettano tutte le competenze della vigilanza e del controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e socio-sanitarie (art. 14, c. 1 lett. *b*) e in quanto resta l'ASL ad autorizzare l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni da vari enti (art. 14, c. 1 lett. *j*).

L'attenzione della Caritas

Per Caritas la riflessione sulla sussidiarietà istituzionale suggerisce di verificare e valutare, in ogni momento, come siano garantiti i diritti del cittadino, in un'armonica correlazione e reciprocità dei soggetti istituzionali, in modo che la sussidiarietà orizzontale o *sociale* trovi in quella verticale o *istituzionale* il riferimento e la garanzia che il cittadino, soprattutto se fragile, sia garantito nella risposta ai propri bisogni, soprattutto a quelli tutelati dal diritto, in quanto espressione dei livelli essenziali⁸: che non avvenga cioè che in una conclamata sussidiarietà istituzionale solo passiva, l'ente più prossimo al cittadino sia delegittimato (o per le competenze espropriate o per il finanziamento negato) a compiere le sue funzioni.

La storia di questi anni suggerisce qualche preoccupazione, non fosse altro che per la continua(ta) diminuzione di finanziamenti regionali per le attività sociali (dalla ex circ. 4) o per la non garanzia di copertura della quota sanitaria nei servizi di natura socio-sanitaria, con riferimento spesso alle persone e alle famiglie più fragili e più esposte all'insulto dell'esclusione sociale⁹.

⁸ Cfr. art. 117, comma 2 *m*) della Costituzione.

⁹ Nonostante la prescrizione vincolante delle percentuali indicate nell'*Allegato 1C* del DPCM 29.11.2001

Scheda 8

Il rapporto con la programmazione socio-sanitaria e sociale

Il Piano Socio-sanitario Regionale e i Piani di Zona

Titolarietà e responsabilità della programmazione

La Legge Regionale 3/2008 ridisegna l'intero sistema di offerta di interventi e servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario.

In forza delle competenze attribuite alle Regioni in questi ambiti dal titolo V della Costituzione italiana, la Legge Regionale regola le funzioni di programmazione sociale e socio-sanitaria e stabilisce le prerogative e il ruolo dei diversi enti pubblici coinvolti nella programmazione.

E' dunque a questa legge che bisogna fare riferimento per individuare la titolarità e, quindi, la responsabilità della programmazione dei servizi alla persona.

La Legge Regionale indica i riferimenti principali relativi all'assetto istituzionale e organizzativo in ambito sociale e socio-sanitario all'articolo 11. Al comma 1 di questo articolo si afferma che *“la Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e socio-sanitaria, avvalendosi della collaborazione degli enti locali e dei soggetti del Terzo settore”*. In particolare la Regione assume una funzione di programmazione diretta del sistema di interventi e servizi, tramite la stesura del piano socio-sanitario (art.11, c. 1, lett. a; art. 17, c.3)

Il Piano Socio-sanitario

Il piano sociosanitario della Regione (PSSR) viene emanato dal Consiglio Regionale, e costituisce il documento fondamentale con il quale la Regione programma le proprie modalità di servizio ed intervento in ambito socio-sanitario. La Legge Regionale, inoltre, specifica che il Piano Socio-sanitario definisce le modalità di attuazione del sistema integrato di servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche attraverso l'istituzione di un apposito fondo (art. 17, c. 3 e c. 4).

Il Piano di Zona

Per quanto riguarda invece la programmazione degli interventi sociali la competenza è direttamente dei Comuni, che la gestiscono in forma associata su base distrettuale.

Il Piano di Zona è stato introdotto in Italia con la legge 328/2000. I Comuni devono pianificare in forma associata il sistema di servizi e interventi sociali

del territorio.

La Legge Regionale recepisce questa indicazione della legge 328/2000, stabilendo che i Piani di Zona debbano essere adottati dai Comuni di un Distretto, tramite un lavoro istruttorio che comprende gli altri Enti Locali e i soggetti del Terzo settore di quel Distretto, i quali sono chiamati a partecipare, così, alla programmazione dei servizi e degli interventi. La Legge Regionale mantiene il vincolo della durata triennale del Piano di Zona, pur prevedendo forme annuali di aggiornamento da parte dei Comuni.

Ruolo delle ASL

Le ASL oltre a partecipare alla programmazione comunale sottoscrivendo il Piano di Zona, erogano le risorse finanziarie regionali e svolgono una funzione di controllo e di elaborazione del sistema informativo necessario per la stesura del Piano. Il ruolo delle ASL è, quindi, di controllo più che di partnership dei Comuni nel Piano di Zona.

Collaborazione e partecipazione del Terzo settore e di Caritas

Nei Piani di Zona, la Legge Regionale indica la necessità che le amministrazioni pubbliche competenti attivino forme di partecipazione delle organizzazioni del Terzo settore nel processo programmatorio. L'importanza di questi elementi della legge per i soggetti del Terzo settore, e quindi anche per Caritas, sta nel fatto che ad essa si può fare riferimento per esigere dalla Regione, dalle ASL e dai Comuni, per quanto riguarda gli ambiti di rispettiva competenza, l'attivazione effettiva di forme di coinvolgimento del Terzo settore stesso nelle varie fasi e livelli di programmazione.

Scheda 9

La sussidiarietà orizzontale

Il ruolo del Terzo settore

Come si è già accennato¹⁰, il profilo della sussidiarietà orizzontale è molto presente nella legge regionale. Sono diversi gli articoli che ne riconoscono la titolarità nelle forme differenziate del rapporto tra i diversi soggetti.

Si raccolgono, qui, le forme di sussidiarietà, secondo la specifica collocazione con cui la legge regionale ne ha definito la qualità strutturale e funzionale.

Anzitutto occorre ricordare che i soggetti sono suddivisi in quattro profili (con la collocazione discutibile del privato accanto al privato sociale e/o Terzo settore). Si tratta (1) degli *enti pubblici* (Comuni, Province, ASL ecc); (2) delle *persone fisiche*, delle *famiglie* e dei *gruppi informali di aiuto e solidarietà*; (3) dei *soggetti del Terzo settore*, delle *organizzazioni sindacali* e degli altri *soggetti di diritto privato*; (4) degli *enti riconosciuti delle confessioni religiose*, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese. La collocazione accanto al Terzo settore del privato profit appare problematica, per la differenziazione sostanziale (e non solo formale) dei diversi soggetti.

Il privato *non profit* (come sono tutti i soggetti del Terzo settore) ha una specifica vocazione per la realizzazione del bene comune (in quanto non può distribuire gli utili, ma deve reinvestirli per le attività istituzionali del soggetto erogatore).

Sta qui il limite di una concezione un poco strumentale della sussidiarietà orizzontale. Sono differenziate le tipologie relazionali, evocate dalla legge, nei rapporti con il Terzo settore.

Le tipologie sono essenzialmente le seguenti: la *consultazione*, la *collaborazione*, la *programmazione (partecipata)*, la *progettazione*, la *realizzazione della rete delle unità d'offerta*, di *iniziative sperimentali, innovative e di formazione*, la *promozione*, l'*adesione*, l'*affidamento di servizi*, lo *svolgimento di attività sociali e assistenziali* (anche al di fuori della rete).

1. La consultazione

La Giunta regionale individua le unità d'offerta sociale, previa *consultazione* dei soggetti di cui all'art. 3, comma 1 (art. 4, c. 2).

La Giunta regionale individua le unità d'offerta sociosanitarie, previa *consul-*

¹⁰ Cfr. le molte schede precedenti

tazione dei soggetti di cui all'art. 3, comma 1 (art. 5, c. 2).

La Giunta regionale definisce le modalità di partecipazione al costo delle prestazioni, previa *consultazione* dei soggetti di cui all'art. 3 (art. 8, c. 1).

La Giunta regionale definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli socio-sanitari, previa *consultazione* dei soggetti di cui all'art. 3, c. 1 lett. a). La consultazione è dunque riferita ai soggetti erogatori dei titoli sociali, nell'orizzonte del Piano di Zona e del tavolo del Terzo settore a livello di ASL, in quanto a livello regionale il riferimento è solo per i soggetti pubblici (art. 10, c. 3).

La Regione definisce le modalità di *consultazione* in ambito regionale dei soggetti di cui all'art. 3, comma 1 (entro 180 gg. dall'entrata in vigore della presente legge) (art. 11, c. 1 lett. m)).

2. La collaborazione

I Comuni, anche in *collaborazione* con i soggetti di cui all'art. 3, comma 1, organizzano attività di segretariato sociale (art. 6, c. 4)

Nei diritti di partecipazione dei cittadini le unità di offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati al mantenimento di *corrette relazioni* con il pubblico e con le rappresentanze del Terzo settore (art. 9, c. 3, 1).

La Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione... avvalendosi della *collaborazione*... dei soggetti del Terzo settore (art. 11, c. 1).

La Regione promuove la costituzione di osservatori in *collaborazione* con le Province, i Comuni, le ASL e i soggetti del Terzo settore (art. 11, c. 1 lett. s)).

La Giunta regionale promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità di offerta innovative, comportanti forme di *collaborazione* tra soggetti pubblici e privati (art. 20, c. 3).

3. La partecipazione

I Comuni programmano, progettano e realizzano la rete locale anche promuovendo la *partecipazione* degli organismi rappresentativi del Terzo settore (art. 13, c. 1 lett. a)).

Il Piano di Zona è approvato dall'assemblea dei sindaci (...) secondo modalità che assicurano la più ampia *partecipazione* degli organismi rappresentativi del Terzo settore (art. 18, c. 4).

Sono molto importanti i profili che seguono (*per la programmazione, la progettazione e la realizzazione*).

4. La programmazione

Concorrono alla *programmazione* (...) i gruppi informali (...), i soggetti del Terzo settore, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose (art. 3, c. 1).

La Regione promuove la *programmazione partecipata* a livello comunale dei

soggetti di cui all'art. 3, c. 1 lett. *b), c), d)* (art. 11, c. 1 lett. *d)*).

I Comuni singoli o associati (...) *programmano* la rete locale delle unità d'offerta sociali (...) anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'art. 3 (art. 13, c.1 lett. *a)*).

5. La progettazione

Concorrono alla *progettazione* (...) i gruppi informali (...), i soggetti del Terzo settore, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose (art. 3, c. 1).

I Comuni singoli o associati (...) *progettano* la rete locale delle unità d'offerta sociali (...) anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'art. 3 (art. 13, c. 1 lett. *a)*).

6. La realizzazione (di unità d'offerta e di iniziative sperimentali, innovative e di formazione)

Concorrono alla *realizzazione della rete delle unità d'offerta* sociali e socio-sanitarie (...) i gruppi informali (...), i soggetti del Terzo settore, gli enti riconosciuti delle confessioni religiose (art. 3, c. 1).

I Comuni singoli o associati *realizzano* la rete locale delle unità d'offerta sociali anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'art. 3 (art. 13, c. 1 lett. *a)*).

Le risorse del fondo di cui al comma 1 sono utilizzate per *realizzare iniziative sperimentali e innovative* promosse dalla regione e concorrere alla realizzazione di quelle promosse dalle ASL, dai Comuni, dalle Province e da altri soggetti di cui all'art. 3, c.1, lett. *c)* e *d)* (art. 23, c. 2, lett. *f)*) e per *realizzare interventi di formazione* degli operatori anche volontari e concorrere alla realizzazione di quelli promossi dalle Province anche tramite i Comuni, le ASL e i soggetti di cui all'art. 3 (art. 23, c. 2, lett. *g)*).

7. La promozione

La Regione *promuove* forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al Terzo settore (art. 20, c. 1)

La Regione *promuove* la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d'offerta, comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati (art. 20, c. 3).

8. L'adesione

Gli organismi rappresentativi del Terzo settore (...) *aderiscono*, su loro richiesta, all'accordo di programma (art. 18, c. 7).

9. L'affidamento dei servizi

La Giunta regionale detta le linee guida per l'attivazione delle collaborazioni,

con particolare riferimento al ricorso a forme di *affidamento di servizi* a soggetti del Terzo settore (art. 20, c. 2).

10. Lo svolgimento di attività sociali e assistenziali

È garantita *la libertà* per i soggetti di cui all'art.3 c. 1 lett. *b), c) e d) di svolgere attività sociali ed assistenziali*, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali (art. 3, c. 2).

Come si evince dalla rubricazione delle diverse tipologie di correlazione con i soggetti del Terzo settore, la sussidiarietà sociale, orizzontale o circolare è definita nelle forme dell'espressione, della partecipazione, della proposta, della promozione e della gestione.

Scheda 10

Le unità d'offerta sociali e socio-sanitarie

Autorizzazione al funzionamento e accreditamento

Elemento di innovazione significativo della nuova Legge Regionale è la *semplificazione delle procedure amministrative* per l'apertura di nuove unità d'offerta sia sociali che socio-sanitarie (art. 15), e per il relativo accreditamento (art. 16).

E' la Giunta Regionale che individua le unità d'offerta sociali (art. 4, c. 2) e quelle socio-sanitarie (art.5, c. 2), "previa consultazione dei soggetti di cui all'art.3, c.1, e sentito il parere della competente Commissione Consiliare".

Autorizzazione al funzionamento

Per l'apertura di un'unità d'offerta della rete sociale è sufficiente che il gestore invii al Comune e all'ASL, competente per territorio, una comunicazione nella quale autocertifichi il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.

Il Comune e/o l'ASL possono, in qualsiasi momento, fare controlli e, in caso di mancanza dei requisiti minimi, con diffida, imporre gli interventi migliorativi e anche disporre la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale accreditamento.

Per l'apertura di un'unità d'offerta della rete socio-sanitaria è necessario presentare una Denuncia di Inizio Attività (DIA) all'ASL, competente per territorio, nella quale il gestore autocertifica il possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

L'ASL ha un tempo massimo di 30 giorni per svolgere controlli sulla regolarità della nuova unità d'offerta. *Trascorsi i 30 giorni il servizio può iniziare a funzionare.*

L'ASL può sempre fare controlli sulla regolarità dell'unità d'offerta e, nel caso di mancanza di requisiti minimi previsti, di inadempienze da parte del gestore, porre in essere prescrizioni e, qualora verificchino carenze gravi e situazioni di pericolo per l'incolumità delle persone, disporre la chiusura dell'unità d'offerta.

Accreditamento

La Legge Regionale all'art. 3, c.2, *riconosce* a tutti i soggetti elencati nel comma 1 per il *raggiungimento degli obiettivi assegnati, la libertà di svolgere attività sociali ed assistenziali*, nel rispetto della normativa vigente, anche se non inserite nella rete territoriale.

L'art. 16 stabilisce quali sono i requisiti che le UO sociali e socio-sanitarie devono avere per essere accreditate, cioè accedere alle risorse finanziarie dei Piani di Zona e dei Comuni (UO sociali) e del Fondo Sanitario Regionale (UO socio-sanitarie).

Per avere l'accREDITamento i gestori delle UO devono garantire:

- *specifici requisiti strutturali, tecnici, organizzativi, funzionali e di standard di qualità ulteriori rispetto a quelli previsti per una normale autorizzazione al funzionamento;*
- *il raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'utilizzo di sistemi di contabilità analitica, per dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e di sistemi e metodi di controllo di gestione e di valutazione dei risultati.*

È competenza della Regione stabilire quali sono i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi necessari per avere l'accREDITamento e l'autorizzazione al funzionamento. Requisiti che possono essere 'ulteriori' rispetto a quelli statali.(art. 11, c. 1, lett. e, g).

Il contratto definisce i rapporti e le reciproche obbligazioni tra l'ASL o i Comuni e l'UO socio-sanitaria o sociale accreditata.

È compito della Regione definire gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate.

Il controllo

Il controllo è una specifica competenza della Regione. L'articolo 11, relativo alle competenze della Regione, al primo comma afferma che "la Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie, avvalendosi della collaborazione degli enti locali, delle aziende sanitarie e dei soggetti del Terzo settore". È la Regione cioè che stabilisce le linee di indirizzo per la vigilanza e il controllo (articolo 11, c.1, lett. aa).

All'interno delle linee di indirizzo regionali, le ASL esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e socio-sanitarie (art. 14, c.1, lett. b).

In altri termini, i Comuni pongono in essere le modalità di accREDITamento sociale ma è poi competente l'ASL a controllare il rispetto dei requisiti.

Le funzioni di controllo sulle ex IPAB sono di competenza delle Province. L'ASL fornisce alla Provincia il supporto tecnico per questo compito e per

altre sue funzioni (art.14, c.1, lett. c).

Un ruolo per la Caritas

La promozione di unità d'offerta sociali non ha più bisogno dei pareri preventivi da parte degli Enti Locali. Ciò è ovviamente un vantaggio soprattutto nella logica di promuovere iniziative sperimentali o di risposta a nuovi bisogni che emergono sui territori (come previsto dall'articolo 20, c.1). L'ascolto e l'osservazione dei bisogni di un territorio si traduce nella promozione di servizi-segno in grado di richiamare le singole comunità a maggiori attenzioni verso le povertà individuate.

Nella legge vi è però un rischio: che si considerino soggetti del territorio solo quelli che si accreditano e stipuleranno contratti con i Comuni.

In altri termini, pur essendo previsti tra i soggetti della sussidiarietà orizzontale i gruppi informali, che per loro natura non sono strutturati giuridicamente, questi non potranno accreditarsi e neppure stipulare contratti con il Comune. Si deve sottolineare, in proposito, come l'accreditamento "dica" di una presenza significativa sul territorio e non necessariamente essa si debba tradurre nella stipula di un contratto che ha risvolti economici. In altri termini, soprattutto per quanto riguarda il volontariato, non si deve limitare il rapporto con le istituzioni pubbliche in una logica contrattualistica (è il rischio presente nella legge), quanto piuttosto in una capacità di integrare unità d'offerta già presenti e operanti sul territorio, oppure anche solo semplicemente nell'essere una presenza significativa sul territorio.

Le possibilità di sperimentazione, legate anche solo alle opportunità offerte dal segretariato sociale, favoriscono un ampliamento delle opportunità di attivare attenzioni e servizi-segno molto snelli e capaci di promuovere prima di tutto un *welfare* solidale nelle comunità. Per fare questo, è necessario il coinvolgimento di tutti i soggetti, anche informali, che già operano sul territorio. Ma non per questo essi devono avere *a priori* l'accreditamento e un rapporto formalizzato di tipo istituzionale. Basta ricordare, nel merito, quanto si afferma all'art.3, c.2 : "È garantita la libertà per i soggetti di cui al comma 1, lett. b, c e d di svolgere attività sociali ed assistenziali", "indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali".

Tutto questo offre infinite opportunità a Caritas di intervenire con immediatezza con azioni di aiuto ai nuovi bisogni, che la società di oggi produce quasi con sistematicità.

Scheda 11

L'integrazione socio-sanitaria

Possibilità e limiti

Importanza

Il tema dell'integrazione tra l'area sociale e quella socio-sanitaria è da sempre un argomento centrale delle politiche sociali. La presenza di soggetti diversi che hanno differente responsabilità e titolarità giuridica rende faticosa la costruzione di collaborazioni stabili che non siano solo espressione di volontà personali ma piuttosto di chiare regole del gioco. Già nel suo titolo, la legge regionale n. 3 si pone come riferimento il "governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario". La necessità di un'integrazione tra l'ambito sociale e quello socio-sanitario è considerata obiettivo fondante la stessa legge, quasi come una cartina di tornasole della capacità di calarsi realmente nella vita del territorio.

La legge riordina e supera alcune disposizioni normative che hanno accompagnato la Regione Lombardia negli ultimi vent'anni (legge 1/1986; legge 31/1997 e legge 1/2000), cercando di organizzare e gestire in un'unica rete regionale il sistema dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie della Lombardia, pubbliche e private, residenziali, semiresidenziali e territoriali. Per quanto riguarda le competenze della Regione, esse troveranno concreta applicazione nel Piano Socio-Sanitario Regionale che diventa ovviamente lo strumento attuativo delle scelte regionali.

Perché l'integrazione

Qual è il senso di una reale integrazione tra sociale e socio-sanitario? Come già previsto anche nella legge 328/2000, l'integrazione tende a superare la parzialità degli interventi di sostegno a persone e/o famiglie in difficoltà. Superare la logica della "categoria di bisogno" e considerare la persona nella sua unicità vuol dire che non è chi si trova in difficoltà a dover rivolgersi a soggetti diversi per avere risposte, quanto piuttosto sono le istituzioni a dover prevedere un'unitarietà di intervento in grado di dare risposte complessive ad una situazione di fatica.

Che cosa dice la Legge

A tal proposito diventano fondamentali gli articoli 18 e 11, c.1, lett. *b* della legge regionale riguardante i Piani di Zona.

In altri termini: ambito territoriale (area sociale), distretto (area socio-sanitaria), ospedale di riferimento (area sanitaria) "devono" contribuire a costruire

un'unica programmazione dei servizi. Non è un caso allora che la Regione insista molto sulla costruzione di una unica porta d'accesso ai servizi (il segretariato sociale cui già si è accennato nei capitoli precedenti) alla quale la singola persona e/o famiglia possa rivolgersi per avere un aiuto. Già la costruzione di una unica porta d'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari sarebbe una grossa conquista nella tutela dei diritti di cittadinanza e nell'attuazione concreta dell'integrazione socio-sanitaria.

L'obiettivo della integrazione delle attività e delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali non è però una scelta lasciata alla discrezione dei vari soggetti istituzionali: la Regione la considera obiettivo prioritario e qualificante della rete dei servizi ordinati alla tutela della salute dei cittadini (non a caso la legge 3 va a modificare alcuni articoli della legge 31/1997 che ha come titolo "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività del servizio sociale").

Compiti dei soggetti istituzionali

Ciò presuppone che i vari soggetti istituzionali (ambito territoriale, distretto, aziende ospedaliere *in primis*) nella costruzione delle loro programmazioni pongano davvero attenzione e volontà di costruire forme di collaborazione stabili. In particolare, anche la programmazione dei distretti sanitari, "il cosiddetto piano della salute", deve contenere riferimenti chiari e precisi all'integrazione con i servizi sociali del territorio.

Più in generale, a livello provinciale, per rendere realmente attuabile l'integrazione tra il sociale e il socio-sanitario, la legge regionale, all'articolo 13, c.3, prevede che il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci sia dotato di un apposito ufficio, con competenze tecniche ed amministrative, che accompagni e coordini le iniziative. A livello regionale, invece, viene chiesto alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di avere una particolare attenzione alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, grazie anche alla presenza e al raccordo con i rappresentanti dei Comuni e delle Province.

Riassumendo:

- il bisogno di integrazione tra servizi diversi nasce dalla necessità di garantire alle persone un'unitarietà di risposte. Il diritto allo star bene si concretizza nel costruire sul territorio risposte differenziate, ma unitarie, nei confronti dei bisogni delle singole persone;
- per fare questo i servizi lavorano in rete, integrando le loro competenze e le loro capacità;
- l'integrazione tra area sociale, socio-sanitaria e sanitaria è un obiettivo strategico della Regione Lombardia che modella le sue leggi attorno a que-

- sto punto;
- l'integrazione ha però un obiettivo ancora più alto: essere in grado di integrarsi con altre aree di attività presenti sul territorio (il lavoro, la casa, l'istruzione, la sicurezza, la pianificazione del territorio, ecc.). Si tratta cioè di considerare i diritti sociali in una forma più ampia e completa: è il diritto al vivere, allo stare bene. Per garantire una migliore qualità della vita, la programmazione del territorio e dei suoi servizi diventa il vero obiettivo. Si tratta allora di programmare non solo il tempo della cura e riabilitazione, ma anche quello della prevenzione, come modalità di vivere bene il territorio.

Criticità e ruolo di Caritas

Queste aspirazioni sono ovviamente presenti nella legge quadro. Scontano, però, la fatica nel non avere definito con chiarezza “chi tira le fila” nei processi di integrazione. Considerando anche solo il tema della continuità assistenziale ci rendiamo conto che, essendo coinvolti soggetti istituzionali diversi (Aziende Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Distretti sanitari e/o ASL, Ambito territoriale e singole Amministrazioni Comunali), il processo di integrazione diventa molto complesso e quasi sempre resta sulla carta. Esistono, certamente, belle esperienze di collaborazione ed integrazione in Regione Lombardia. Il vero problema sorge quando uno dei soggetti non è disposto a “mettersi al servizio degli altri”. In tal caso, diventa difficile capire come e chi ha titolo a richiamare ed imporre agli altri l'attuazione di determinate regole. Non è ovviamente solo un problema di rapporti personali, ma anche di responsabilità giuridiche. L'attuale legge cerca di recuperare il senso di unità, lasciando poi alle singole normative il compito di definire nel concreto come attuare, anche da un punto di vista giuridico, l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale.

Caritas, nel suo ruolo di tutela dell'esigibilità dei diritti, ha il compito di porre attenzione che sia garantito al cittadino un percorso di cura con risposte integrate, e di sollecitare ai diversi livelli una normativa giuridicamente chiara dei processi di integrazione.

PARTE II

**LEGGE REGIONALE
12 MARZO 2008 N. 3**

**Governo della rete degli interventi
e dei servizi alla persona
in ambito sociale e socio-sanitario**

**Approvata nella seduta del 28 febbraio 2008
BURL N. 12, 1° suppl. ord. del 17 marzo 2008**

Testo della Legge

INDICE

CAPO I DISPOSIZIONI GENERALI

- Art. 1 (Finalità)
- Art. 2 (Principi ed obiettivi)

CAPO II SOGGETTI E UNITA' D'OFFERTA

- Art. 3 (Soggetti)
- Art. 4 (Unità di offerta sociali)
- Art. 5 (Unità di offerta socio-sanitarie)

CAPO III GLI UTENTI

- Art. 6 (Accesso alla rete)
- Art. 7 (Diritti della persona e della famiglia)
- Art. 8 (Partecipazione al costo delle prestazioni)
- Art. 9 (Carta dei Servizi e Ufficio di Pubblica Tutela. Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”)
- Art. 10 (Titoli sociali e socio-sanitari)

CAPO IV ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

- Art. 11 (Competenze della Regione)
- Art. 12 (Competenze delle Province)
- Art. 13 (Competenze dei Comuni)
- Art. 14 (Competenze delle ASL)
- Art. 15 (Modalità di esercizio delle unità d'offerta)
- Art. 16 (Accreditamento)

CAPO V LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E PROGRAMMAZIONE

- Art. 17 (Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)

- Art. 18 (Piano di Zona)
- Art. 19 (Sistema informativo della rete sociale e socio-sanitaria)
- Art. 20 (Rapporti tra pubblico e privato)
- Art. 21 (Formazione delle professioni sociali e socio-sanitarie)

CAPO VI ASSETTO FINANZIARIO

- Art. 22 (Fonti di finanziamento delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie)
- Art. 23 (Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali)
- Art. 24 (Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta socio-sanitarie)
- Art. 25 (Fondo regionale per gli investimenti)

CAPO VII DISPOSIZIONI CONCERNENTI MODIFICHE ED ABROGAZIONI

- Art. 26 (Modifiche alla legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 “Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia”)
- Art. 27 (Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”)
- Art. 28 (Abrogazioni)

CAPO VIII NORME TRANSITORIE E FINALI

- Art. 29 (Osservatorio regionale sulle dipendenze)
- Art. 30 (Norme transitorie e finali)
- Art. 31 (Clausola valutativa)
- Art. 32 (Norma finanziaria)

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 (Finalità)

1. La presente legge, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dello Statuto regionale, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore.

2. L'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali costituisce la rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, funzionali al perseguimento delle finalità di cui al comma 1.

3. La rete delle unità d'offerta garantisce il diritto alla esigibilità delle prestazioni sociali e socio-sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

Art. 2 (Principi ed obiettivi)

1. Il governo della rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie si informa ai seguenti principi:

- a)* rispetto della dignità della persona e tutela del diritto alla riservatezza;
- b)* universalità del diritto di accesso e uguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze;
- c)* libertà di scelta, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni;
- d)* personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona;
- e)* promozione dell'autonomia della persona e sostegno delle esperienze tese a favorire la vita indipendente;
- f)* sussidiarietà verticale e orizzontale;
- g)* riconoscimento, valorizzazione e sostegno del ruolo della famiglia, quale nucleo fondamentale per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;

- h)* promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare e sociale;
 - i)* solidarietà sociale, ai sensi degli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione;
 - j)* effettività ed efficacia delle prestazioni erogate.
- 2.** La Regione, nel rispetto dei principi di cui al comma 1, persegue i seguenti obiettivi:
- a)* omogeneità ed adeguatezza della rete delle unità di offerta ai bisogni sociali e socio-sanitari;
 - b)* flessibilità delle prestazioni, anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
 - c)* integrazione delle politiche sociali e socio-sanitarie con le politiche sanitarie e di settore, in particolare dell'istruzione, della formazione, del lavoro e della casa;
 - d)* efficienza della rete delle unità di offerta ed ottimale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

CAPO II

SOGGETTI E UNITA' D'OFFERTA

Art. 3 **(Soggetti)**

- 1.** Nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione:
- a)* i Comuni, singoli ed associati, le Province, le Comunità Montane e gli altri enti territoriali, le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende di Servizi alla Persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;
 - b)* le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;
 - c)* i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e socio-sanitario;
 - d)* gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e socio-sanitario.

2. E' garantita la libert  per i soggetti di cui al comma 1, lettere *b*), *c*) e *d*) di svolgere attivit  sociali ed assistenziali, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unit  di offerta sociali.

Art. 4 **(Unit  di offerta sociali)**

1. Le unit  di offerta sociali hanno il compito di:

- a*) aiutare la famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidariet  tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico;
- b*) tutelare la maternit  e la vita umana fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternit  e paternit  ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;
- c*) promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilit  genitoriali, alla conciliazione tra maternit  e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficolt ;
- d*) tutelare i minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonch  prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;
- e*) promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in difficolt  e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;
- f*) promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale della persona;
- g*) assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle persone disabili e anziane, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- h*) favorire l'integrazione degli stranieri, promuovendo un approccio interculturale;
- i*) sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialit  e coesione sociale, nonch  di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.

2. La Giunta regionale individua le unit  di offerta sociali, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

Art. 5
(Unità di offerta socio-sanitarie)

1. Le unità di offerta socio-sanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:

- a)* sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
- b)* favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
- c)* accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
- d)* prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- e)* assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
- f)* assistere i malati terminali, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.

2. La Giunta regionale individua le unità di offerta socio-sanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

CAPO III

GLI UTENTI

Art. 6
(Accesso alla rete)

1. Accedono alla rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie:

- a)* i cittadini italiani residenti nei comuni della Lombardia e gli altri cittadini italiani e di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) temporaneamente presenti;
- b)* i cittadini di Stati diversi da quelli appartenenti alla UE, in regola con le disposizioni che disciplinano il soggiorno e residenti in Lombardia, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso umanitario ai

sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), gli apolidi, i rimpatriati e comunque coloro che beneficiano di una forma di protezione personale, riconosciuta a livello internazionale;

c) le persone diverse da quelle indicate nelle lettere *a)* e *b)*, comunque presenti sul territorio della Lombardia, allorché si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili e non sia possibile indirizzarli ai corrispondenti servizi della Regione o dello Stato di appartenenza. Sono sempre garantite la tutela della maternità consapevole e della gravidanza e la tutela delle condizioni di salute e sociali del minore.

2. In base agli indirizzi dettati dalla Regione e ai parametri successivamente definiti dai comuni, accedono prioritariamente alla rete delle unità d'offerta sociali le persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione, nonché quelle sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

3. Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta socio-sanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:

a) non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;

b) inabilità o disabilità;

c) patologia psichiatrica stabilizzata;

d) patologie terminali e croniche invalidanti;

e) infezione da HIV e patologie correlate;

f) dipendenza;

g) condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;

h) condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche.

4. I Comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

a) garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie;

b) orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;

- c) assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolare modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- d) segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Art. 7 **(Diritti della persona e della famiglia)**

1. Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie hanno diritto a:
 - a) scegliere liberamente le unità d'offerta, compatibilmente con il requisito dell'appropriatezza delle prestazioni;
 - b) fruire delle prestazioni erogate alle condizioni e in conformità ai requisiti e agli standard stabiliti dalle norme vigenti e dalla programmazione regionale e comunale;
 - c) essere informate sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione, ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano;
 - d) accedere alle prestazioni, nel rispetto della riservatezza e della dignità personale e della disciplina in materia di consenso informato;
 - e) rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali;
 - f) essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti;
 - g) ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno.
2. I gestori delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali assicurano:
 - a) la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate;
 - b) l'accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

Art. 8

(Partecipazione al costo delle prestazioni)

- 1.** Le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche, così come definite dalle normative in materia di Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) e nel rispetto della disciplina in materia di definizione dei livelli essenziali di assistenza, alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3 e sentita la competente commissione consiliare. Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti.
- 2.** I gestori delle unità d'offerta accreditate garantiscono massima trasparenza circa le rette applicate e forniscono informazioni sull'accesso a contributi pubblici o a forme di integrazione economica.
- 3.** Il gestore della unità d'offerta informa il Comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d'urgenza, dell'accettazione.
- 4.** Gli oneri per le prestazioni sociali e le quote a carico dei Comuni, relative a prestazioni socio-sanitarie, sono a carico del Comune in cui la persona assistita è residente o, nei casi di cui alle lettere *b*) e *c*) dell'articolo 6, dimorante.
- 5.** Qualora la persona assistita sia ospitata in unità d'offerta residenziali situate in un Comune diverso, i relativi oneri gravano comunque sul Comune di residenza o di dimora in cui ha avuto inizio la prestazione, essendo a tal fine irrilevante il cambiamento della residenza o della dimora determinato dal ricovero.
- 6.** Per i minori la residenza o la dimora di riferimento è quella dei genitori titolari della relativa potestà o del tutore, anche quando sia nominato dopo l'inizio della prestazione.
- 7.** Se la tutela è deferita ad un amministratore della unità d'offerta residenziale presso la quale il minore è ricoverato, gli oneri sono a carico del Comune di residenza di coloro che esercitano la potestà o del tutore nel momento immediatamente precedente il deferimento della tutela all'amministratore della unità d'offerta.
- 8.** In caso di affidamento familiare di un minore, le prestazioni assistenziali, diverse dai contributi alla famiglia affidataria, sono a carico del comune che ha avviato l'affido.

Art. 9

(Carta dei Servizi e Ufficio di Pubblica Tutela. Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”)

Le unità d’offerta sociali accreditate si dotano della Carta dei Servizi sociali, finalizzata ad assicurare la trasparenza dell’attività amministrativa e ad informare i soggetti che fruiscono della rete sulle condizioni che danno diritto all’accesso e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, nonché sulle condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e sulle procedure per la loro tutela nei casi di inadempienza.

Le persone che accedono alla rete, ferma restando la tutela giurisdizionale, in caso di atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni, possono richiedere l’intervento del difensore civico del comune in cui ha sede legale l’unità d’offerta, il quale si pronuncia entro quindici giorni dalla presentazione della segnalazione. Nel caso in cui non sia istituito il difensore civico comunale, è competente il difensore civico regionale, il quale si pronuncia entro lo stesso termine.

L’articolo 11 della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali) è sostituito dal seguente:

“Art. 11

(I diritti di partecipazione dei cittadini)

Le unità d’offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta alla umanizzazione dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del Terzo settore.

Nella Carta dei Servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché l’indicazione dei criteri per l’accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.

3. *Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un Ufficio di Relazioni con il Pubblico affidato a personale dipendente. Le ASL, le aziende ospedaliere ed i soggetti accreditati sono tenuti al pieno rispetto delle disposizioni della legge regionale 16 settembre 1988, n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell’utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell’ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sa-*

nitari e socio-assistenziali) e della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). La funzione del responsabile dell'UPT ha, sotto ogni profilo, natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede alla regolamentazione dell'attività dell'ufficio per le relazioni con il pubblico e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

4. *L'UPT verifica, anche d'ufficio, che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.*

5. *E' costituita, nell'ambito delle direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale della Regione, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.*

6. *L'ASL, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la Conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell'amministrazione di sostegno.*

7. *La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione ed al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione."*

Art. 10 **(Titoli sociali e socio-sanitari)**

1. I titoli sociali e socio-sanitari, nell'ambito della programmazione regionale e zonale e ad integrazione dei servizi resi dalla rete, sono volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza continuativa, nonché ad agevolare l'esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni sociali e socio-sanitarie.

2. I titoli sociali e socio-sanitari sono rispettivamente rilasciati dai Comuni singoli o associati e dalle ASL competenti per territorio.

3. La Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) ed informativa alla competente commissione consiliare, definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli socio-sanitari.

CAPO IV

ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

Art. 11 (Competenze della Regione)

- 1.** La Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, avvalendosi della collaborazione degli enti locali, delle aziende sanitarie e dei soggetti del Terzo settore ed in particolare:
- a)* programma, con il piano socio-osanitario, la rete delle unità di offerta socio-sanitarie e svolge funzioni di indirizzo per la programmazione della rete delle unità di offerta sociali;
 - b)* persegue l'integrazione delle unità d'offerta sociali, socio-sanitarie e sanitarie;
 - c)* promuove l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle Province e dei Comuni;
 - d)* promuove la programmazione partecipata a livello comunale dei soggetti di cui all'articolo 3 comma 1, lettere *b)*, *c)* e *d)*, la costituzione di forme di gestione associata e la promozione di azioni a sostegno e qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo settore;
 - e)* definisce i requisiti minimi di qualità, ulteriori rispetto a quelli definiti dalla normativa statale, per le unità di offerta socio-sanitarie;
 - f)* accredita le unità d'offerta socio-sanitarie e definisce le modalità di finanziamento delle prestazioni rese con oneri a carico del fondo sanitario;
 - g)* definisce, previo parere della competente commissione consiliare, i requisiti minimi per l'esercizio delle unità d'offerta sociali, nonché i criteri per il loro accreditamento, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2;
 - h)* determina, per le unità d'offerta socio-sanitarie, gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate;
 - i)* individua indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate;
 - j)* emana linee guida in materia di accesso alle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali pubbliche;
 - k)* determina i criteri per la definizione delle rette e delle tariffe dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché le agevolazioni a beneficio dei soggetti aventi diritto;

- l) disciplina il riparto e l'impiego delle risorse finanziarie confluite nei fondi di cui agli articoli 23, 24 e 25;
- m) definisce le modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1 entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della competente commissione consiliare;
- n) definisce la tipologia dei titoli socio-sanitari e le modalità di concessione degli stessi;
- o) stabilisce le linee d'indirizzo relative all'attività di formazione e aggiornamento del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie e definisce, in accordo con gli enti competenti e sentiti gli ordini professionali, i percorsi formativi e di qualificazione ed aggiornamento;
- p) cura la tenuta dei registri delle unità d'offerta socio-sanitarie accreditate e del registro regionale delle associazioni di cui ai capi III e VI della legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso), nonché la tenuta della sezione regionale del registro generale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008;
- q) verifica il permanere dei requisiti per l'iscrizione ai registri di cui alla lettera p), avvalendosi del supporto delle ASL;
- r) promuove e attua il servizio civile nazionale e regionale, di cui alla legge 6 marzo 2001, n. 64 (Istituzione del servizio civile nazionale) e alla legge regionale 3 gennaio 2006, n. 2 (Servizio civile in Lombardia), cura la tenuta dei relativi albi e verifica il permanere dei requisiti di iscrizione, avvalendosi del supporto delle ASL;
- s) promuove la costituzione di osservatori, in collaborazione con le province, i comuni, le ASL e i soggetti del terzo settore;
- t) organizza e coordina il sistema informativo regionale sulla rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie;
- u) promuove l'utilizzo di strumenti di controllo di gestione;
- v) provvede, nei limiti delle risorse disponibili, alle coperture assicurative contro i rischi derivanti dalla gestione delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale e promuove e coordina l'attivazione di un sistema integrato di gestione del rischio;
- w) promuove e sostiene la sperimentazione di unità d'offerta innovative;
- x) promuove lo svolgimento di studi, ricerche finalizzate e indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi sociali e socio-sanitari;
- y) determina le modalità per la concessione dei nuovi trattamenti economici agli invalidi civili;
- z) promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o inidonea a

provvedere;

- aa)* definisce le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;
- bb)* disciplina il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (ASSI) delle ASL ed emana direttive per la stipula di convenzioni che regolino i rapporti tra ASL, Comuni e Province, nonché i rapporti tra ASL e aziende ospedaliere, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche al sistema dei servizi;
- cc)* definisce i criteri dell'erogazione, a carico del fondo sanitario regionale, dei contributi economici alle famiglie, di cui all'articolo 8, comma 15, della l.r. 31/1997.

2. La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni.

Art. 12 **(Competenze delle Province)**

1. Le Province concorrono alla programmazione e alla realizzazione della rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie, con specifico riferimento al sistema dell'istruzione, della formazione professionale e delle politiche del lavoro ed in particolare:

- a)* rilevano ed analizzano il fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie;
- b)* programmano interventi formativi di qualificazione e di aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa nazionale e delle linee di indirizzo regionali, di cui all'articolo 11, comma 1, lettera *o)* ed in coerenza con le indicazioni elaborate sulla base della lettera *a)*;
- c)* curano la tenuta delle sezioni provinciali del registro generale regionale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008 e del registro provinciale delle associazioni di cui al capo III della l.r. 1/2008;
- d)* verificano il permanere dei requisiti per l'iscrizione nei registri di cui alla lettera *c)*, anche avvalendosi del supporto delle ASL, limitatamente agli enti che operano in ambito sociale e socio-sanitario;
- e)* realizzano interventi a sostegno delle persone con disabilità sensoriali finalizzati all'integrazione scolastica e sostengono programmi di formazione professionale e di inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale;
- f)* istituiscono osservatori territoriali finalizzati alla conoscenza dei fenomeni sociali e promuovono studi ed analisi dei bisogni assistenziali e dei diversi processi di inclusione sociale;
- g)* sostengono, nel quadro della programmazione regionale, la realizzazione,

compatibilmente con le proprie risorse, di investimenti e interventi innovativi per le unità di offerta sociali e socio-sanitarie, di intesa con i Comuni interessati;

- h)* svolgono attività propositiva e consultiva nei confronti della Regione ed attività di supporto nei confronti dei Comuni, anche in relazione alla programmazione locale della rete delle unità di offerta socio-sanitarie e sociali.

Art. 13 **(Competenze dei Comuni)**

1. I Comuni singoli o associati e le Comunità Montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini ed in particolare:

- a)* programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
- b)* riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
- c)* erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
- d)* definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;
- e)* definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
- f)* determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale, anche assicurando interventi di emergenza e di pronto intervento assistenziale, di norma mediante forme di ospitalità temporanea od erogazione di sussidi economici;
- g)* gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.

2. I comuni determinano i parametri di cui al comma 1, lettera *f)*, entro

sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario *ad acta*.

3. Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l'Assemblea distrettuale dei sindaci, per l'esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione sociosanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si avvalgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL.

Art. 14 **(Competenze delle ASL)**

1. Le ASL:

- a) programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta socio-sanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai Comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;
- b) esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e socio-sanitarie;
- c) forniscono il supporto tecnico alle Province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);
- d) erogano le risorse dei fondi regionali;
- e) acquistano le prestazioni socio-sanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;
- f) gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;
- g) collaborano con i Comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
- h) collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta socio-sanitarie;
- i) dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del Comune di Milano; alle ASL o al Comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione

con proprie risorse;

- f) autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai Comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei Comuni compresi nel Distretto della stessa ASL.

Art. 15

(Modalità di esercizio delle unità d'offerta)

1. L'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale di cui all'articolo 4, comma 2, è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al Comune e alla ASL competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.
2. L'esercizio delle unità d'offerta socio-sanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività.
3. In caso di accertata carenza dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL o il Comune per quanto di competenza, previa diffida ed impartendo le eventuali prescrizioni, dispone la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale atto di accreditamento. In caso di accertato pericolo per la salute o per l'incolumità delle persone, l'autorità competente dispone l'immediata chiusura della struttura e prescrive le misure da adottare per la ripresa dell'attività.

Art. 16

(Accreditamento)

1. L'accREDITAMENTO delle unità d'offerta sociali è condizione per sottoscrivere i conseguenti contratti con i Comuni, nel rispetto della programmazione locale e con riguardo ai criteri di sostenibilità finanziaria definiti nel

Piano di Zona.

2. La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accreditamento delle unità d'offerta socio-sanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento medesimo.

3. L'accreditamento costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni di rilievo sanitario, erogate nel rispetto dei limiti di spesa riconosciuti alle singole unità d'offerta dai relativi atti di accreditamento e dai conseguenti rapporti posti in essere dalle ASL.

4. Il possesso di specifici requisiti strutturali, tecnici, organizzativi, funzionali e di standard di qualità, ulteriori rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'unità d'offerta, è condizione per accedere all'accreditamento.

5. Il contratto definisce i rapporti e le reciproche obbligazioni tra l'ASL, ovvero tra il Comune e l'unità d'offerta socio-sanitaria o sociale accreditata.

6. I gestori delle unità d'offerta accreditate o convenzionate sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi assegnati e sono tenuti ad adottare sistemi di contabilità analitica, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri metodi di valutazione dei risultati.

CAPO V

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E PROGRAMMAZIONE

Art. 17

(Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)

1. La Regione, con il piano socio-sanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni socio-sanitarie, mediante l'individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o senzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

2. La Regione, con il piano socio-sanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali.

3. Il piano socio-sanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante l'istituzione di un apposito fondo.

4. Il fondo a favore delle persone non autosufficienti di cui al comma 3, ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente e di sostenerle mediante l'assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

Art. 18 **(Piano di Zona)**

1. Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.

2. Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta socio-sanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.

3. I Comuni, nella redazione del Piano di Zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.

4. Il Piano di Zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del Terzo settore e l'eventuale partecipazione della Provincia.

5. La programmazione dei Piani di Zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.

6. L'ambito territoriale di riferimento per il Piano di Zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.

7. I Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la Provincia. Gli organismi rappresentativi del Terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.

8. Il Piano di Zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.

9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i Comuni del Distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.

10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e

l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun Comune del Distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario *ad acta*.

Art. 19

(Sistema informativo della rete sociale e socio-sanitaria)

1. Il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie è finalizzato:

- a) alla rilevazione dei bisogni;
- b) alla verifica della congruità dell'offerta rispetto alla domanda;
- c) alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;
- d) al monitoraggio dell'appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;
- e) alla rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all'adeguatezza, all'efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

2. Le ASL, gli enti locali, singoli ed associati, e i gestori delle unità d'offerta concorrono alla realizzazione ed usufruiscono del sistema informativo.

3. L'assolvimento del debito informativo è condizione per l'accesso alle risorse regionali.

4. Il sistema informativo delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie assicura la pubblicità dei dati aggregati raccolti e la loro diffusione, anche mediante strumenti telematici, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Art. 20

(Rapporti tra pubblico e privato)

1. La Regione promuove forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al Terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali.

2. La Giunta regionale detta le linee guida per l'attivazione delle collaborazioni, di cui al comma 1, da parte delle aziende sanitarie pubbliche e delle ASP, con particolare riferimento al ricorso a forme di affidamento di servizi a

soggetti del Terzo settore, sentita la competente commissione consiliare.

3. La Giunta regionale promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d'offerta innovative, comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati. Qualora le sperimentazioni nell'ambito della rete socio-sanitaria siano rivolte a promuovere soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario, gestionale o tecnologico, sono oggetto di specifica autorizzazione regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 21

(Formazione delle professioni sociali e socio-sanitarie)

1. La Regione, nei limiti delle proprie competenze, sostiene in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale, delle province e degli ordini professionali i percorsi formativi, di qualificazione e di aggiornamento del personale ed individua i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite mediante precedenti esperienze professionali e formative.

2. La Regione ed i soggetti di cui all'articolo 3, nell'ambito delle rispettive competenze, valorizzano lo sviluppo delle professionalità degli operatori sociali e socio-sanitari e ne sostengono la formazione continua.

3. La Regione promuove la formazione integrata degli operatori della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, anche mediante percorsi formativi comuni.

CAPO VI

ASSETTO FINANZIARIO

Art. 22

(Fonti di finanziamento delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie)

1. La rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie è finanziata con risorse pubbliche, private e con la partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, nel rispetto della normativa vigente e della presente legge.

2. La Regione concorre con i seguenti fondi:

- a) fondo di parte corrente per le unità d'offerta sociali;
- b) fondo di parte corrente per le unità d'offerta socio-sanitarie;
- c) fondo per gli investimenti;

- d) fondo per la non autosufficienza, di cui all'articolo 17, comma 3;
- e) fondi previsti nel piano socio-sanitario regionale.

Art. 23

(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali)

1. Il fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali è costituito da:
 - a) risorse del fondo nazionale per le politiche sociali o altre risorse assegnate dallo Stato;
 - b) risorse regionali;
 - c) risorse dell'Unione europea;
 - d) altre risorse.
2. Le risorse del fondo di cui al comma 1 sono utilizzate per:
 - a) concorrere al funzionamento e allo sviluppo delle unità d'offerta sociali previste dalla programmazione regionale;
 - b) finanziare gli interventi di sostegno alle famiglie;
 - c) finanziare le unità d'offerta sociali ancorché non previste dal piano socio-sanitario;
 - d) favorire e incentivare la gestione associata delle unità d'offerta;
 - e) sviluppare le funzioni di controllo e di vigilanza attribuite alle ASL;
 - f) realizzare iniziative sperimentali ed innovative promosse dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelle promosse dalle ASL, dai comuni, dalle province e da altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere c) e d);
 - g) realizzare interventi di formazione degli operatori anche volontari operanti nel campo dei servizi sociali e socio-sanitari promossi direttamente dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelli promossi dalle Province anche tramite i Comuni, le ASL ed i soggetti di cui all'articolo 3;
 - h) concorrere al sostegno di spese straordinarie conseguenti ad eventi calamitosi;
 - i) finanziare le spese per l'esercizio delle funzioni trasferite o delegate;
 - j) finanziare studi, ricerche finalizzate, indagini conoscitive, convegni e pubblicazioni sulla rete d'offerta sociale.
3. Il fondo sociale delle ASL è costituito:
 - a) dalle assegnazioni regionali di parte corrente;
 - b) dalle somme assegnate dagli enti locali per l'esercizio delle funzioni sociali spettanti alle ASL;
 - c) dalle entrate da rette o tariffe relative a unità d'offerta gestite direttamente dall'ASL;
 - d) da altre entrate.

4. Il fondo sociale dell'ASL garantisce i livelli essenziali di assistenza sociale, il mantenimento e lo sviluppo dei servizi, nonché l'eventuale finanziamento di ulteriori prestazioni e servizi, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge e dei criteri definiti dal piano socio-sanitario regionale.

Art. 24

(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta socio-sanitarie)

1. La Regione, nell'ambito del fondo sanitario regionale, determina annualmente le risorse da destinare al finanziamento delle unità d'offerta socio-sanitarie e garantisce i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono ripartite tra le ASL e rientrano nella gestione socio-sanitaria del bilancio aziendale.

Art. 25

(Fondo regionale per gli investimenti)

1. La Regione sostiene la realizzazione di investimenti per le unità d'offerta sociali e socio-sanitarie attraverso le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti costituito da:

- a) risorse statali;
- b) risorse regionali;
- c) risorse di altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti sono assegnate a soggetti pubblici e del terzo settore con l'obiettivo di riequilibrare gli interventi ed i servizi sul territorio regionale, di adeguare a standard le unità d'offerta sociali e socio-sanitarie per:

- a) la realizzazione di nuove unità d'offerta;
- b) l'acquisto per la trasformazione, nonché la ristrutturazione e l'ampliamento di unità d'offerta preesistenti;
- c) l'acquisto di attrezzature ed arredi;
- d) la realizzazione di opere edilizie in immobili di proprietà regionale;
- e) gli interventi urgenti e indifferibili, anche se non previsti dal piano socio-sanitario;
- f) gli interventi volti alla sperimentazione di nuovi servizi o di servizi innovativi, anche se non definiti nel piano socio-sanitario;
- g) il cofinanziamento di fondi messi a disposizione da altri soggetti per investimenti in unità d'offerta sociali e socio-sanitarie.

3. I finanziamenti regionali per opere edilizie sono concessi a condizione che:
- a) sia costituito vincolo di destinazione dei beni interessati alle finalità previste, per un periodo non inferiore ai venti anni; per gli enti ed i soggetti privati il vincolo deve essere trascritto presso la conservatoria dei registri immobiliari;
 - b) i gestori di unità d'offerta si impegnino a garantire i requisiti e ad accettare le condizioni per l'accreditamento, almeno per la parte di immobili destinati agli interventi per i quali è concesso il finanziamento e per un periodo non inferiore alla durata del vincolo di destinazione.
4. La Giunta regionale, su domanda motivata del soggetto interessato e previo parere dell'ASL territorialmente competente, sentita la conferenza dei sindaci:
- a) dispone la modificazione del vincolo di destinazione gravante sugli immobili cui si riferisce il finanziamento regionale, ai sensi della presente legge, nonché di analoghe disposizioni contenute in leggi regionali;
 - b) autorizza l'alienazione dei beni immobili o la costituzione di diritti reali immobiliari, relativi ai beni di cui al comma 3, lettera a), a condizione che sia mantenuto il vincolo di destinazione allo svolgimento di attività sociali e socio-sanitarie per la medesima durata del vincolo.
5. L'approvazione dei progetti esecutivi, delle varianti, delle perizie suppletive, dei certificati di collaudo ovvero di regolare esecuzione di lavori concernenti le opere di cui al comma 2 spetta alla direzione generale competente in materia.
6. Il mancato rispetto dei vincoli comporta la restituzione dei finanziamenti concessi per la realizzazione delle opere interessate.

CAPO VII

DISPOSIZIONI CONCERNENTI MODIFICHE ED ABROGAZIONI

Art. 26

(Modifiche alla legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 “Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia”)

1. Alla l.r 1/2003 sono apportate le seguenti modifiche:
- a) al comma 9 dell'articolo 7, dopo il secondo periodo è inserito il seguente:
“Le ASP, nel quadro delle linee guida regionali, possono partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o a capitale interamente pubblico

per la gestione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie”;

b) dopo il comma 10 dell'articolo 7 è aggiunto il seguente:

“10bis. Per la trasformazione delle ASP in persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro si osservano le disposizioni di cui all'articolo 3 della presente legge. La trasformazione avviene nel rispetto delle tavole di fondazione.”;

c) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

“Art. 7 bis

(Sistema di classificazione delle ASP)

1. La Giunta regionale, acquisito il parere della competente commissione consiliare, classifica le ASP per classi e categorie, sulla base di oggettivi parametri quali-quantitativi di riferimento che tengono conto in particolare:

a) della tipologia della unità d'offerta; b) del numero e della tipologia degli assistiti; c) del numero dei dipendenti in organico e con rapporto convenzionale; d) della consistenza del patrimonio; e) delle entrate annue ordinarie effettive.”.

2. La Giunta regionale, sentito il parere della competente commissione consiliare, può costituire nuove ASP per la gestione di unità d'offerta socio-sanitarie di proprietà di aziende sanitarie o comunque da queste gestite, anche nell'ambito di progetti di sperimentazione di nuovi modelli gestionali.

3. Nei confronti delle nuove ASP si applicano, in quanto compatibili con la natura giuridica dell'ente, le norme di cui alla l.r. 1/2003.

4. Il Presidente ed il consiglio di amministrazione sono gli organi delle nuove ASP. Il consiglio di amministrazione è composto da cinque membri, così nominati:

a) due amministratori nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'assessore competente per materia;

b) due amministratori nominati dal Comune in cui l'azienda ha la sede legale;

c) un amministratore nominato dal consiglio di rappresentanza dei sindaci dell'ASL nel cui ambito l'azienda ha la sede legale.

5. Al personale dipendente all'atto della costituzione della nuova ASP si continua ad applicare il contratto collettivo nazionale di lavoro applicato nei confronti del personale delle aziende sanitarie.

Art. 27

(Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 “Norme

per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali”)

1. All'articolo 6, comma 9bis della l.r 31/1997 al primo periodo sono aggiunte in fine le seguenti parole:

“quale sede istituzionale di partecipazione degli enti locali alle attività regionali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria e di raccordo tra Comuni, Province e Regione nella definizione ed attuazione delle relative linee programmatiche”.

Art. 28 (Abrogazioni)

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

- a) legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 (Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia);
- b) legge regionale 26 aprile 1990, n. 25 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 “Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia”);
- c) commi 2, 3, 4, lettera b) e 5 dell'articolo 6 e comma 11 dell'articolo 8 della l.r. 31/1997;
- d) comma 9 dell'articolo 4 della legge regionale 12 agosto 1999, n. 15 (Modifiche ed abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo);
- e) commi 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, con eccezione della lettera d), 42, 43, 46, 48, 49, 50, 50bis, 53, 55, 57, 58 lettera c), 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, lettera c) e 93 dell'articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 (Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lsg. 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59”);
- f) lettera s) del comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 3 aprile 2001, n. 6 (Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale – Collegato ordinamentale 2001);
- g) lettera a) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 17 dicembre 2001, n. 26 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale);
- h) lettera h) del comma 1 dell'articolo 3 limitatamente alle parole: “i requisiti

- per l'autorizzazione al funzionamento"; lettera *a*) del comma 1 dell'articolo 4; comma 2 dell'articolo 11 della legge regionale 14 dicembre 2004, n. 34 (Politiche regionali per i minori);
- i*) lettere *a*) e *b*) del comma 1 e comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 1 febbraio 2005, n. 1 (Interventi di semplificazione – Abrogazione di leggi e regolamenti regionali – Legge di semplificazione 2004);
- j*) lettera *b*) del comma 3 dell'articolo 1 della l.r. 24 febbraio 2006, n. 5 (Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità).

CAPO VIII

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art 29

(Osservatorio regionale sulle dipendenze)

- 1.** E' istituito l'osservatorio regionale sulle dipendenze, al fine di conoscere e di monitorare il fenomeno e di misurare l'efficacia delle politiche messe in atto per contrastarlo.
- 2.** La composizione e le modalità di funzionamento dell'osservatorio sono stabilite dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 30

(Norme transitorie e finali)

- 1.** Fino alla emanazione dei provvedimenti di attuazione della presente legge, conservano efficacia i provvedimenti emanati per effetto della l.r. 1/1986 e della l.r. 1/2000.
- 2.** Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASL individuano le strutture di cui all'articolo 11, comma 6, della l.r. 31/1997, come sostituito dall'articolo 9 della presente legge, e di cui all'articolo 13, comma 3.

Art. 31

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale presenta una relazione al Consiglio regionale informandolo sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la piena attuazione della presente legge.

Art. 32
(Norma finanziaria)

1. Alle spese di cui alla presente legge si provvede, per l'esercizio 2008 e seguenti, con le risorse stanziare annualmente nelle relative UPB della funzione obiettivo 5.2 "Welfare della sussidiarietà".

Adempimenti e attività dei soggetti nella legge regionale n. 3 del 2008

art. 6

comma 2

(1) “In base agli indirizzi dettati dalla Regione e ai parametri successivamente definiti dai comuni, accedono prioritariamente alla rete...”

comma 4

(2) “I comuni... organizzano un’attività di segretariato sociale finalizzato alla presa in carico della persona...”

art. 8

comma 1

(3) “Le persone che accedono alla rete partecipano...alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento delle rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale...”

art. 9

comma 3

modificazione dell’**art. 11 della LR 31/1997:**

(4) 3. “le ASL sono tenute ad istituire un UPT...”

Il Direttore Generale provvede alla regolamentazione dell’attività dell’URP

(5) 4. “E’ costituita, nell’ambito delle direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale della Regione, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico... con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini”

(6) 6. “L’ASL, nell’ambito della propria organizzazione, in accordo con la Conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell’amministrazione di sostegno”.

(7) 7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione ed al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

art. 10

comma 3

(8) “*La Giunta regionale...definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli socio-sanitari*”

art. 11

comma 1

La Regione...

(9) a) “*programma ... la rete delle unità di offerta sociosanitarie e svolge funzioni di indirizzo per la programmazione della rete delle unità di offerta sociali*”;

(10) b) “*persegue l'integrazione delle unità d'offerta sociali, socio-sanitarie e sanitarie*”;

(11) c) “*promuove l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle Province e dei Comuni*”;

(12) d) “*promuove la programmazione partecipata a livello comunale dei soggetti di cui all'articolo 3 comma 1, lettere b), c) e d), la costituzione di forme di gestione associata e la promozione di azioni a sostegno qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo settore*”;

(13) e) “*definisce i requisiti minimi di qualità, ulteriori rispetto a quelli definiti dalla normativa statale, per le unità di offerta socio-sanitarie*”;

(14) f) “*accredita le unità d'offerta socio-sanitarie e definisce le modalità di finanziamento delle prestazioni rese con oneri a carico del fondo sanitario*”;

(15) g) “*definisce, previo parere della competente commissione consiliare, i requisiti minimi per l'esercizio delle unità d'offerta sociali, nonché i criteri per il loro accreditamento, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2*”;

(16) h) “*determina, per le unità d'offerta sociosanitarie, gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni accreditate*”;

(17) i) “*individua indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate*”;

(18) j) “*emana linee guida in materia di accesso alle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali pubbliche*”;

(19) k) “*determina i criteri per la definizione delle rette e delle tariffe dei servizi sociali e sociosanitari, nonché le agevolazioni a beneficio dei soggetti aventi diritto*”;

- (20) *l)* “disciplina il riparto e l’impiego delle risorse finanziarie confluite nei fondi di cui agli articoli 23, 24 e 25”;
- (21) *m)* “definisce le modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all’articolo 3, comma 1 entro centottanta giorni dall’entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della competente commissione consiliare”;
- (22) *n)* “definisce la tipologia dei titoli sociosanitari e le modalità di concessione degli stessi”;
- (23) *o)* “stabilisce le linee d’indirizzo relative all’attività di formazione e aggiornamento del personale...che opera nelle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie e definisce, in accordo con gli enti competenti e sentiti gli ordini professionali, i percorsi formativi e di qualificazione ed aggiornamento”;
- (24) *p)* “cura la tenuta dei registri delle unità d’offerta socio-sanitarie accreditate e del registro regionale delle associazioni di cui ai capi III e VI della legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1 ...nonché la tenuta della sezione regionale del registro generale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008”;
- (25) *q)* “verifica il permanere dei requisiti per l’iscrizione ai registri di cui alla lettera p), avvalendosi del supporto delle ASL”;
- (26) *r)* “promuove e attua il servizio civile nazionale e regionale...cura la tenuta dei relativi albi e verifica il permanere dei requisiti di iscrizione, avvalendosi del supporto delle ASL”;
- (27) *s)* “promuove la costituzione di osservatori, in collaborazione con le Province, i Comuni, le ASL e i soggetti del Terzo settore”;
- (28) *t)* “organizza e coordina il sistema informativo regionale sulla rete delle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie”;
- (29) *u)* “promuove l’utilizzo di strumenti di controllo di gestione”;
- (30) *v)* “provvede, nei limiti delle risorse disponibili, alle coperture assicurative contro i rischi derivanti dalla gestione delle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale e promuove e coordina l’attivazione di un sistema integrato di gestione del rischio”;
- (31) *w)* “promuove e sostiene la sperimentazione di unità d’offerta innovative”;
- (32) *x)* “promuove lo svolgimento di studi, ricerche finalizzate e indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi sociali e socio-sanitari”;
- (33) *y)* “determina le modalità per la concessione dei nuovi trattamenti economici agli invalidi civili”;
- (34) *z)* “promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o

inidonea a provvedere”;

(35) *aa*) “*definisce le linee di indirizzo* in materia di vigilanza e controllo”;

(36) *bb*) “*disciplina il dipartimento* per le attività sociosanitarie integrate (ASSI) delle ASL ed *emana direttive* per la stipula di convenzioni che regolino i rapporti tra ASL, Comuni e Province, nonché i rapporti tra ASL e aziende ospedaliere..”

(37) *cc*)“*definisce i criteri* dell’erogazione, a carico del fondo sanitario regionale, dei contributi economici alle famiglie, di cui all’articolo 8, comma 15, della l.r. 31/1997”.

Comma 2

(38) “*La regione individua nella gestione associata* la forma idonea a garantire l’efficacia e l’efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni...”.

Art. 12

Comma 1

Le Province

(39) *a*) “*rilevano ed analizzano* il fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie”;

(40) *b*) “*programmano interventi formativi* di qualificazione e di aggiornamento professionale”

(41) *c*) *curano la tenuta* delle sezioni provinciali del registro generale regionale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008 ...e del registro provinciale delle associazioni di cui al capo III della l.r. 1/2008” ;

(42) *d*) “*verificano il permanere dei requisiti* per l’iscrizione nei registri di cui alla lettera *c*)...”

(43) *e*) “*realizzano interventi* a sostegno delle persone con disabilità sensoriali finalizzati all’integrazione scolastica e *sostengono programmi* di formazione professionale e di inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale”;

(44) *f*) “*istituiscono osservatori territoriali* finalizzati alla conoscenza dei fenomeni sociali e *promuovono studi ed analisi* dei bisogni assistenziali e dei diversi processi di inclusione sociale”;

(45) *g*) “*sostengono*, nel quadro della programmazione regionale, *la realizzazione*, compatibilmente con le proprie risorse, di investimenti e interventi innovativi per le unità di offerta sociali e socio-sanitarie, di intesa con i Comuni interessati”;

(46) *h* “*svolgono attività propositiva e consultiva nei confronti della Regione ed attività di supporto nei confronti dei Comuni...*”

Art. 13

I Comuni

Comma 1

(47) *a* “*programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d’offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all’articolo 3*”;

(48) *b* “*riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d’offerta e di nuovi modelli gestionali nell’ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale*”;

(49) *c* “*erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all’eventuale integrazione economica delle rette*;

(50) *d* “*definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d’offerta e stipulano i relativi contratti*”;

(51) *e* “*definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione*”;

(52) *f* “*determinano i parametri per l’accesso prioritario alle prestazioni, di cui all’articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell’ambito della programmazione regionale...*”

(53) *g* “*gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d’offerta sociali*”.

Comma 2

(54) “*determinano i parametri di cui al comma 1, lettera f), entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario ad acta*”.

Comma 3

(55) “*Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l’Assemblea distrettuale dei sindaci, per l’esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione socio-sanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si av-*

valgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL".

Art. 14

Comma 1

Le ASL

- (56) *a) programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta socio-sanitarie...*"
- (57) *b) "esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e socio-sanitarie";*
- (58) *c) "forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera d), e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1..."*
- (59) *d) "erogano le risorse dei fondi regionali";*
- (60) *e) "acquistano le prestazioni socio-sanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate";*
- (61) *f) "gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività programmazione comunale e regionale";*
- (62) *g) "collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;*
- (63) *h) "collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta socio-sanitarie";*
- (64) *i) "dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili...; alle ASL o al comune di Milano spetta... la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse";*
- (65) *j) "autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il provvedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto della stessa ASL".*

Art. 16

Comma 2

(66) “*La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l’eventuale revoca dell’accreditamento delle unità d’offerta socio-sanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l’accreditamento medesimo*”.

Art. 17

La regione

Comma 1

(67) “*La Regione, con il piano socio-sanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni socio-sanitarie, mediante l’individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell’utente*”.

Comma 2

(68) “*La Regione, con il piano sociosanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali*”

(69) “*Il piano socio-sanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante l’istituzione di un apposito fondo*”

Art. 18

Comma 11

(70) “*La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l’assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta*”.

Art. 20

La regione

Comma 1

(71) “*La Regione promuove forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valo-*

rizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali”.

Comma 2

(72) “*La Giunta regionale detta le linee guida per l’attivazione delle collaborazioni, di cui al comma 1, da parte delle aziende sanitarie pubbliche e delle ASP, con particolare riferimento al ricorso a forme di affidamento di servizi a soggetti del Terzo settore*”

Comma 3

(73) “*La Giunta regionale promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d’offerta innovative, comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati. Qualora le sperimentazioni nell’ambito della rete socio-sanitaria siano rivolte a promuovere soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario, gestionale o tecnologico, sono oggetto di specifica autorizzazione regionale...*”

Art. 21

Comma 1

(74) “*La Regione... sostiene in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale, delle province e degli ordini professionali i percorsi formativi, di qualificazione e di aggiornamento del personale ed individua i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite mediante precedenti esperienze professionali e formative*”.

Comma 2

(75) “*La Regione ed i soggetti di cui all’articolo 3, nell’ambito delle rispettive competenze, valorizzano lo sviluppo delle professionalità degli operatori sociali e socio-sanitari e ne sostengono la formazione continua*”

Comma 3

(76) “*La Regione promuove la formazione integrata degli operatori della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, anche mediante percorsi formativi comuni*”.

Art. 22

Comma 2

(77) “*La Regione concorre con i seguenti fondi...*”

Art. 24

Comma 1

(78) *“La Regione, nell’ambito del fondo sanitario regionale, determina annualmente le risorse da destinare al finanziamento delle unità d’offerta socio-sanitarie e garantisce i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge.”*

Art. 25

Comma 1

(79) *“La Regione sostiene la realizzazione di investimenti per le unità d’offerta sociali e socio-sanitarie attraverso le disponibilità del fondo regionale... per gli investimenti...”*

Comma 4

(80) *“La Giunta regionale, su domanda motivata del soggetto interessato... dispone la modificazione del vincolo di destinazione gravante sugli immobili cui si riferisce il finanziamento regionale, ai sensi della presente legge, nonché di analoghe disposizioni contenute in leggi regionali; autorizza l’alienazione dei beni immobili o la costituzione di diritti reali immobiliari, relativi ai beni di cui al comma 3, lettera a), a condizione che sia mantenuto il vincolo di destinazione allo svolgimento di attività sociali e sociosanitarie per la medesima durata del vincolo”.*

Comma 5

(81) *“L’approvazione dei progetti esecutivi, delle varianti, delle perizie suppletive, dei certificati di collaudo ovvero di regolare esecuzione di lavori concernenti le opere di cui al comma 2 spetta alla direzione generale competente in materia”.*

Art. 26

Comma 1

(82) *(modifica della LR 1/2003, comma 9 articolo 7)*

“Le ASP, nel quadro delle linee guida regionali, possono partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o a capitale interamente pubblico per la gestione delle unità d’offerta sociali e socio-sanitarie”;

(art. 7 bis)

“La Giunta regionale, acquisito il parere della competente commissione consiliare, classifica le ASP per classi e categorie, sulla base di oggettivi parametri quali-quantitativi di riferimento...”

Comma 2

(83) “*La Giunta regionale, sentito il parere della competente commissione consiliare, può costituire nuove ASP per la gestione di unità d’offerta socio-sanitarie di proprietà di aziende sanitarie o comunque da queste gestite, anche nell’ambito di progetti di sperimentazione di nuovi modelli gestionali*”.

Art. 29

Comma 1

(84) “*E’ istituito l’osservatorio regionale sulle dipendenze, al fine di conoscere e di monitorare il fenomeno e di misurare l’efficacia delle politiche messe in atto per contrastarlo.*”

Comma 2

(85) “*La composizione e le modalità di funzionamento dell’osservatorio sono stabilite dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare*”.

Art. 30

Comma 2

(86) “*Entro centoventi giorni dall’entrata in vigore della presente legge le ASL individuano le strutture di cui all’articolo 11, comma 6, della l.r. 31/1997, come sostituito dall’articolo 9 della presente legge, e di cui all’articolo 13, comma 3*”.

Art. 31

Comma 1

(87) “*La Giunta regionale presenta una relazione al Consiglio regionale informandolo sull’attività svolta e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la piena attuazione della presente legge*”.

DGR applicative della L. R. 3/2008

1. Definizione dei requisiti per lo SFA (DGR 13.6.2008 – n. 8/7433)

Sono approvati i requisiti minimi organizzativi e strutturali per lo SFA (disabili). Per gli SFA già funzionanti occorre dare comunicazione preventiva al Comune e all'ASL. Nel caso di non possesso dei requisiti occorre dichiarazione di impegno alla realizzazione entro 12 mesi. Per chi vuole riconvertire l'attività in CSE deve dare comunicazione preventiva entro 3 mesi. Chi non fosse in possesso dei requisiti per CSE (di cui alla DGR 20763 del 16.2.2005) dovrà dichiarare l'impegno alla realizzazione entro 5 anni (piano programma); entro 6 mesi il piano di lavoro e la relativa tempistica.

- *Definizione del servizio*: interventi a supporto della persona disabile, in ordine alla sua autonomia. *Finalità*: favorire l'inclusione sociale. *Obiettivi*: acquisire competenze sociali, prerequisiti per un inserimento lavorativo
- *Destinatari*: disabili tra 16 e 35 anni (salvo eccezioni di età superiore, per esiti da trauma o da patologie invalidanti, in dimissione da strutture sanitarie)
- *Requisiti organizzativi generali*: carta dei servizi e progetto individualizzato
- *Requisiti strutturali*: sede operativa con dotazione minima per le attività; norme sulla civile abitazione e abbattimento barriere architettoniche
- *Ricettività*: al max 35 progetti
- *Apertura*: annuale con orario congruo alle esigenze
- *Personale*: 1 coordinatore laureato in scienze pedagogiche, psicologiche o sociali e 1 operatore socio-educativo ogni 7 progetti attivi
- *Organizzazione*. Secondo i seguenti paradigmi:
 - *modulo formativo* (max 3 anni)
 - *modulo di consolidamento* (max 2 anni)
 - *modulo di monitoraggio* (facoltativo e riservato a persone che hanno concluso il consolidamento o che necessitano di sostegno temporaneo)

2. Individuazione delle UO sociali (DGR 13.6.2008 – n. 8/7437)

Sono approvate le UO d'offerta sociali e le rispettive DGR che ne hanno definito requisiti strutturali, gestionali e organizzativi. Si tratta di:

MINORI:

- *Comunità Educative*
- *Comunità Familiari*
- *Alloggi per l'Autonomia*
- *Asili Nido*
- *Micro nidi*
- *Centri Prima Infanzia*
- *Nidi Famiglia*
- *Centri di Aggregazione Giovanile*
- *Centri Ricreativi Diurni*

DISABILI:

- *Comunità alloggio*
- *Centri socioeducativi (CSE)*
- *Servizi di formazione all'autonomia (SFA)*

ANZIANI

- *Centri diurni*

3. Individuazione delle UO socio-sanitarie (DGR 13.6.2008 – n. 8/7438)

Sono approvate le Unità d'offerta socio-sanitarie e le rispettive DGR che ne hanno definito requisiti strutturali, gestionali e organizzativi. Si tratta di:

ANZIANI:

- *Residenze Sanitarie assistenziali per anziani (RSA)*
- *Centri Diurni integrati per anziani non autosufficienti (CDI)*

DISABILI:

- *Residenze Sanitarie assistenziali per disabili (RSD)*
- *Centri Diurni per disabili (CDD)*

TITOLI SOCIO-SANITARI per la generalità della popolazione:

- *Voucher socio-sanitario per assistenza domiciliare integrata*
- *Voucher socio-sanitario di lungo assistenza per CSS*

GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE

- *Strutture di riabilitazione extraospedaliera*
- *Hospice*
- *Servizi che operano nel settore delle dipendenze*
- *Consultori familiari*
- *Assistenza domiciliare integrata*

4. Istituzione del Tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo settore (DGR 30.7.2008 – n. 8/7797)

Viene costituito il Tavolo permanente di consultazione con i soggetti del Terzo settore; vengono definiti l'articolazione, le funzioni, gli obiettivi, tra i quali i più importanti sono:

- *assicurare l'effettiva consultazione*
- *assicurare l'esercizio di tutela, interpretazione ed espressione dei bisogni sociali*
- *garantire il costante adeguamento della rete alle esigenze e ai bisogni delle comunità locali*
- *affrontare le problematiche inerenti il Terzo settore con un percorso comune e condiviso*
- *elaborare proposte e assicurare il raccordo con la Regione*
- *assicurare la partecipazione dei soggetti del Tavolo nei lavori di preparazione dei principali atti attuativi della LR 3/08.*

Vengono ridefiniti i criteri di ammissione al Tavolo regionale, l'approvazione del modulo di richiesta di partecipazione; viene prevista la revisione annuale della composizione, la costituzione di una segreteria tecnica, al fine di contribuire alla determinazione dell'ordine dl giorno degli incontri, di garantire la diffusione puntuale dei materiali istruttori, di dotare il tavolo di un calendario dei lavori, di assicurare una stesura dei verbali, di determinare un effettivo coordinamento tra i tavoli tematici e il Tavolo regionale.

Seguono 3 Allegati:

Allegato A) Modalità di funzionamento e consultazione del Tavolo permanente dei soggetti del Terzo settore, con la definizione di:

- *compiti e finalità*
- *composizione e modalità di funzionamento*
- *convocazione e modalità di consultazione*

Allegato B) Domanda di partecipazione al tavolo regionale, indirizzata al Direttore Generale, con i relativi allegati

Allegato C) Criteri per l'istituzione dei tavoli locali di consultazione dei soggetti del Terzo settore nelle ASL e degli ambiti territoriali di competenza dei piani di zona

- a) tavoli locali di consultazione dei soggetti del terzo settore nelle ASL: criteri*
- b) tavoli locali di consultazione degli ambiti territoriali di competenza dei piani di zona*

5. Istituzione degli organismi di consultazione degli Enti locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle organizzazioni sindacali (DGR 30.7.2008 – n. 8/7798)

Vengono istituiti i seguenti organismi di consultazione:

- a) tavolo degli enti locali e delle organizzazioni sindacali;*
- b) tavolo delle aziende sanitarie locali e delle aziende di servizi alla persona;*
- c) conferenza delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie;*

Con il presente provvedimento, la Regione intende:

- a) assicurare l'effettiva consultazione di tali soggetti in materia di programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie,
- b) assicurare un percorso comune di confronto, riflessione e valorizzazione delle esperienze di solidarietà e di partecipazione;
- c) elaborare proposte ed assicurare che le politiche sociali e socio-sanitarie siano definite per mezzo anche di un confronto con tutti i soggetti che, direttamente e indirettamente, concorrono alla realizzazione della rete delle unità d'offerta.

È affidata alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale la funzione di coordinamento operativo dei lavori di consultazione dei soggetti sopraelencati.

Segue *1 Allegato*

Allegato A)

Consultazione e funzionamento del tavolo degli enti locali e delle organizzazioni sindacati, dei tavoli delle aziende sanitarie locali e delle aziende di servizi alla persona e della conferenza delle organizzazioni rappresentative degli enti gestori delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie. L'allegato si suddivide in:

- *premessa*
- *modalità di formazione e funzionamento*

I tavoli di consultazione dei soggetti individuati in delibera sono i seguenti:

1) Tavolo degli enti locali e delle organizzazioni sindacali

Gli uffici della Direzione generale provvederanno a:

- a) alla determinazione dell'ordine del giorno dei singoli incontri;*
- b) raccogliere e assicurare la diffusione tra i partecipanti dei materiali istruttori relativi agli argomenti posti all'ordine del giorno;*
raccogliere contributi e osservazioni che perverranno dai soggetti interessati per la discussione dei temi posti all'ordine del giorno;

d) concorrere alla stesura del verbale degli incontri;

Tale Tavolo è integrato dai rappresentanti designati dagli ordini professionali maggiormente rappresentativi in caso di:

- *adozione di atti inerenti la programmazione sociale e socio-sanitaria;*
- *adozione delle linee di indirizzo regionali relative all'attività di formazione e aggiornamento del personale che opera nelle unità di offerta sociali e socio-sanitarie e i percorsi formativi e di qualificazione ed aggiornamento;*
- *costituzione di Osservatori;*
- *adozione di provvedimenti per la promozione della formazione integrata degli operatori della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie*
- *adozione di provvedimenti inerenti la determinazione dei requisiti per l'esercizio al funzionamento delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie.*

Il Tavolo è convocato almeno tre volte all'anno.

2) Tavolo delle aziende sanitarie locali e aziende di servizi alla persona

3) Conferenza delle associazioni rappresentative degli enti gestori delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie

GLOSSARIO

ACCESSIBILITÀ

Nel “sistema assistenza sociale”, è intesa come la possibilità della singola persona di poter usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nel limite delle risorse disponibili.

ACCORDO DI PROGRAMMA

Strumento giuridico attraverso il quale gli Enti interessati si impegnano alla realizzazione dei Piani di Zona. L'accordo di programma sancisce la condivisione dei progetti, definisce i compiti e le risorse di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi previsti nei Piani di Zona, sottolinea i tempi di attuazione e le modalità di vigilanza. All'accordo di programma possono partecipare con i soggetti pubblici anche soggetti privati (Onlus, cooperative, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni e patronati, organizzazioni di volontariato, enti confessionali, ecc.).

ACCREDITAMENTO

È l'atto formale con cui l'ente pubblico autorizza un soggetto/servizio a diventare proprio fornitore. In sintesi l'accreditamento è il complesso di attività messe in atto dall'ente pubblico per selezionare un insieme di fornitori con garanzie certe sulla qualità delle prestazioni e dei servizi che sono in grado di erogare.

I requisiti richiesti per l'accreditamento fanno riferimento a standard strutturali, organizzativi, gestionali, inerenti il servizio nel suo complesso. L'accreditamento riguarda gli enti che sono già, o che intendono diventare, fornitori dell'ente pubblico e che entrano così a far parte dell'albo dei fornitori senza che questo comporti necessariamente il loro finanziamento. L'accreditamento istituzionale può essere sanitario (se riferito a un'unità di offerta sanitaria), socio-sanitario (se riferito a un'unità di offerta socio-sanitaria), socio-assistenziale (se riferito a un'unità di offerta socio-assistenziale).

ADESIONE

Atto formale con cui Enti ed Organizzazioni territoriali (pubbliche e private) condividono i progetti e i programmi dei Piani di Zona e dichiarano la propria disponibilità a collaborare nella realizzazione di interventi e servizi (partecipazione alla realizzazione del sistema di rete).

AMBITO TERRITORIALE

Territorio che comprende più Comuni. Per la Regione Lombardia l'ambito territoriale coincide col Distretto Socio Sanitario di zona; i Comuni (associati) sono titolari della stesura dei piani di zona che individuano i servizi essenziali da garantire a tutti i cittadini attraverso l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari ed il coordinamento degli interventi che fanno riferimento ai singoli Comuni.

APPROPRIATEZZA – *OUTCOME*

L'appropriatezza è la componente della qualità che fa riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità e alla pertinenza delle prestazioni sanitarie (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze) ottenuta attraverso la selezione, tra gli interventi efficaci per una data condizione: è ciò che più facilmente produce i risultati desiderati. In altre parole una prestazione è appropriata quando i benefici attesi sono superiori ai possibili rischi, effetti negativi e disagi.

ASSEMBLEA DEI SINDACI DI DISTRETTO E/O DI AMBITO

Riunione, possibilmente plenaria, dei sindaci dell'ambito territoriale, o dei loro delegati, per discutere e risolvere problemi di interesse comune e per promuovere o rinnovare interventi e servizi a favore dei cittadini in stato di bisogno.

ASSISTENZA

Attività di solidarietà e di aiuto nei confronti dei cittadini in stato di bisogno o con particolari necessità personali. E' diritto soggettivo del cittadino quando

attiene ai livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali.

L'assistenza può essere privata (se svolta da cittadini singoli, associazioni, cooperative, gruppi, enti religiosi o laici), pubblica (se attuata, sulla base di precise norme di legge, dallo Stato, dagli Enti locali, da Enti pubblici) o mista (se le due forme si integrano sulla base di precise intese).

ASSISTENZA DOMICILIARE

Servizio di aiuto alle persone in difficoltà svolto direttamente al loro domicilio abituale.. In genere riguarda sia anziani o disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti, a rischio di emarginazione perchè senza familiari attivabili o che, pur con familiari disponibili, necessitano di risposte assistenziali, sia anziani con buon livello di autonomia, ma con problemi relazionali, di solitudine e di inserimento sociale.

Ha come obiettivi: sostenere il permanere dell'anziano nel proprio domicilio; aiutare i care-givers (il o i familiari che si assumono la responsabilità diretta di assistere la persona) nel lavoro di cura; creare adeguati collegamenti tra anziano e territorio.

Solitamente il servizio è svolto da personale degli Enti locali o da organizzazioni del non profit o del privato in convenzione o appalto.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Servizio socio-sanitario di aiuto alle persone in difficoltà: "integrato" significa che il servizio di medicina di base, supportato da alcuni interventi di medicina specialistica, infermieristici, riabilitativi, di tipologia socio-sanitaria e socio-assistenziale si integra, al domicilio della persona, col servizio di tipo sociale e di aiuto domestico.

A norma l'A.D.I. è organizzato direttamente dal Servizio Sanitario Regionale (ASL) e si integra con i servizi alla persona organizzati dagli Enti locali: è servizio di intensità medio/alta che fornisce prestazioni sanitarie, infermieristiche e riabilitative e che si propone di accelerare le dimissioni ospedaliere ma, soprattutto, di mantenere anche le persone non totalmente autonome al proprio domicilio. Fa parte dei LEA.

In Lombardia dal 2003 l'ADI è acquistabile anche attraverso i voucher socio-sanitari (di 3 livelli) da soggetti istituzionalmente accreditati, con possibilità di scelta da parte del cittadino.

ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI

Servizio di aiuto alle famiglie con minori segnalati per situazioni di problematicità caratteriali e/o legate alla specifica situazione familiare. Ha una funzione educativa sia nei confronti del minore che della famiglia. Ha lo scopo di favorire il superamento della situazione di disagio sulla base di un progetto educativo che migliori le relazioni intra ed extra familiari ed eviti l'allontanamento del minore.

Solitamente il servizio è svolto da personale degli Enti locali o da organizzazioni del non profit o del privato in convenzione o appalto.

ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP)

È un servizio sanitario e socio-sanitario garantito dal Servizio di Medicina Generale al domicilio dei pazienti, particolarmente bisognosi e si articola, su sua richiesta di interventi di appoggio (ad es. Infermiere professionale per prelievi, per insulinoiterapia ecc.). Fa parte dei LEA.

ASSISTENZA SOCIALE

Rappresenta l'insieme degli interventi previsti per le persone che da sole o con l'aiuto della famiglia non dispongono di risorse (umane ed economiche) sufficienti a soddisfare bisogni protetti dal sistema previdenziale.

Richiamata anche dall'articolo 38 della Costituzione ("Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale"), l'assistenza sociale è considerata, pertanto, sinonimo di aiuto, di soccorso verso chi non riesce a sopperire alle necessità quotidiane ed ha lo scopo di attivare tutti quegli aiuti che, attraverso la presa in carico e un progetto condiviso, portino al superamento dello stato di bisogno, di disagio, di emarginazione.

AUTONOMIE LOCALI

L'autonomia locale è connotazione caratteristica degli Enti locali (Comuni, Province e Comunità Montane) dotati di autonomia operativa (statutaria, regolamentare e finanziaria), titolari di funzioni proprie e gestori di funzioni delegate dallo Stato e/o dalle Regioni.

Autonomia è la possibilità giuridica di provvedere alla realizzazione delle proprie funzioni senza interferenze impositive dall'esterno¹¹.

AUTORIZZAZIONE

È un atto giuridico con cui l'Ente Pubblico consente il funzionamento di un servizio dopo averne verificato i requisiti strutturali, gestionali e di qualità: solo l'autorizzazione abilita all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria¹². In Lombardia ad oggi invece l'esercizio di attività socio-assistenziali non è necessariamente vincolato all'autorizzazione se non nei casi esplicitamente previsti dalla normativa discendente dalle leggi regionali e da atti amministrativi. I servizi dell'area sanitaria sono autorizzati dalla Regione tramite l'ASL, quelli dell'area socio-sanitaria sono autorizzati dall'ASL, quelli dell'area socio-assistenziale sono autorizzati dai Comuni¹³.

BISOGNO

È la necessità di un bene o di un servizio indispensabile a soddisfare le esigenze della vita e che può tradursi in domanda di intervento o di servizio (bisogno "espresso" e "non espresso"). Poiché bisogno significa mancanza di qualcosa di indispensabile o di particolarmente utile, spesso viene definito con sinonimi quali necessità, indigenza, povertà.

BUONO

Il "Buono" è un contributo in denaro erogato dal Comune per sostenere l'impegno diretto della famiglia o delle reti di solidarietà (parenti, vicinato, associazioni) per accudire, in maniera continuativa, al proprio domicilio, una persona "fragile" in situazione di bisogno.

La Regione Lombardia ha emanato una circolare regionale (n. 6 del 2 febbraio 2004) nella quale fornisce indicazioni per l'attivazione e l'erogazione dei buoni e dei voucher sociali

CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è la documentazione scritta, descrittiva, orientata alla co-

¹¹ Cfr. art. 114 e 118 Costituzione.

¹² Cfr. DPR 14.1.1997

¹³ Cfr. art. 20 Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008

municazione esterna, rivolta ai cittadini/utenti, per esplicitare le finalità, le prestazioni ed i servizi che gli Enti sono autorizzati ad erogare. La Carta dei Servizi, che prevede anche come l'Ente intenda operare in caso di mancato rispetto delle prestazioni promesse, è documento informativo, variamente articolato, indispensabile per rendere trasparente e lineare la fruibilità dei servizi e costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento¹⁴.

COMPETENZE

L'insieme delle funzioni attribuite ad un Ente pubblico, istituzionalmente conferite, determinate per legge ed esternamente rilevanti. Le competenze sono classificate in relazione alla sfera degli interventi (per materia e per territorio), alla titolarità (proprie o delegate), all'esercizio (esercitate o non esercitate). Il concetto di competenza riguarda esclusivamente gli Enti pubblici cui spetta l'assistenza ai cittadini in situazione di bisogno.

CONFERENZA DEI SINDACI

Organismo istituzionale costituito da tutti i Sindaci dell'ASL chiamato ad esprimere pareri sulla programmazione delle attività sanitarie per il territorio ed approvare piani di intervento, attività e bilanci nel settore socio-assistenziale.

CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI

Organismo istituzionale composto da n° 5 rappresentanti dei sindaci dell'ASL, nominati dalla conferenza dei sindaci. È organismo istituito con Decreto Legislativo n° 502/1992 - art. 3 che svolge, tra l'altro, le seguenti funzioni:

- definizione delle linee di indirizzo per la programmazione dell'attività della Asl
- esame del bilancio pluriennale di previsione e di quello di esercizio
- contributo alla definizione dei piani programmatici.

¹⁴ Cfr. art. 9 Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008

CONVENZIONE

Accordo tra due o più Enti mediante il quale ciascuna delle parti si obbliga a realizzare gli impegni pattuiti per il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.

DIAGNOSI SOCIALE

Processo logico esercitato da operatori sociali qualificati con cui si definiscono la consistenza del bisogno e le sue influenze sulla vita del singolo e della sua famiglia al fine di predisporre interventi e servizi per la sua soluzione (l'avvio del processo di aiuto).

DISTRETTI PER LE ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIE INTEGRATE

È un'articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale per distribuire le risorse sul territorio e per erogare prestazioni sanitarie di educazione alla salute, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e prestazioni assistenziali a rilievo sanitario e, su eventuale delega dei Comuni, anche attività di carattere socio-assistenziale. I distretti sono individuati ed istituiti con atto aziendale del Direttore generale dell'ASL, sentito il parere dell'Assemblea dei Sindaci.

DOMANDA

Richiesta di un bene, servizio o intervento ritenuto necessario al soddisfacimento di un bisogno primario della vita quotidiana. Anche la domanda, come il bisogno, può essere "espresso" o "inespresso": ciò, comunque, non dovrebbe influire sulla risposta purché lo stesso bisogno sia rigorosamente accertato.

EFFICACIA – *OUTPUT*

L'efficacia è il rapporto positivo tra obiettivo posto e risultato ottenuto.

EFFICIENZA – *INPUT*

L'efficienza è il rapporto tra prestazioni fornite e risorse impegnate.

ENTE GESTORE

Struttura giuridica, pubblica o del privato sociale, responsabile della gestione di prestazioni o servizi programmati per il raggiungimento di obiettivi concreti.

L'ente gestore di un servizio può essere titolare di funzioni e competenze oppure concorrere con altri soggetti alla realizzazione di obiettivi comuni sulla base di accordi, convenzioni, appalti, concessioni o deleghe.

ESTERNALIZZAZIONE

Rinuncia alla gestione diretta di servizi e di interventi a favore di altri Enti o soggetti, pubblici o privati, appositamente incaricati, pur non rinunciando alle funzioni di programmazione, di controllo, di verifica e di monitoraggio.

Il servizio, seppur esternalizzato, continua a qualificarsi come pubblico in quanto il risultato finale del servizio stesso fa capo direttamente all'Ente titolare della funzione.

FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE

Il finanziamento delle politiche sociali avviene annualmente attraverso:

- una delibera di giunta regionale che ripartisce la quota della Lombardia del Fondo nazionale politiche sociali (FNPS) ai Piani di Zona e alle ASL, comprendendo i finanziamenti per le leggi nazionali di settore;
- una delibera di giunta regionale che ripartisce alle ASL il Fondo regionale sociale (FSR) fornendo direttamente o con successiva circolare le indicazioni per l'utilizzo.

Il finanziamento dei servizi socio-sanitari avviene annualmente con delibera regionale che ripartisce i fondi alle ASL fornendo le relative indicazioni.

In passato la Regione Lombardia emetteva la "ex circolare 4", Atto della Regione Lombardia con la quale venivano fissati annualmente i criteri per il riparto dei contributi regionali a favore dei Comuni e di altri Enti gestori dei servizi socio - assistenziali del territorio. Oggi tale atto non esiste più.

FONDO NAZIONALE (PER LE) POLITICHE SOCIALI – FONDO INDISTINTO (FNPS)

Finanziamento previsto dallo Stato ed erogato alle Regioni per finanziare il

nuovo sistema di interventi e servizi sociali alla persona previsto dalla Legge 328/2000.

FUNZIONI

Atti e attività che devono essere realizzate per il raggiungimento di obiettivi predeterminati e dovuti. Per gli Enti pubblici le funzioni discendono sempre dalle competenze istituzionalmente assegnate.

GESTIONE

Termine usato per indicare le attività svolte all'interno di un Ente o di un Servizio per il raggiungimento di fini istituzionali.

GRUPPO (TAVOLO) DI LAVORO

Unità organizzativa, formata da esperti e da operatori impegnati sul territorio, con carattere di temporaneità e con compiti definiti (studiare e quantificare un problema, suggerire priorità e soluzioni, programmare interventi).

INDICATORI

Insieme di parametri e di caratteristiche osservabili e calcolabili attraverso i quali si riesce a misurare un fenomeno. Tipicamente si tratta di una relazione matematica (numero) che esprime un rapporto tra due grandezze, in genere l'incidenza del fenomeno misurato e l'universo di riferimento dell'osservazione.

Gli indicatori esaminano gli obiettivi previsti da un progetto per consentire una valutazione complessiva dei risultati raggiunti. Devono essere l'espressione vera dell'obiettivo cui si riferiscono e prestarsi alle operazioni di osservazione e di verifica empirica.

ISEE (INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE)

Individua i criteri in base ai quali una persona può chiedere di usufruire di al-

cune prestazioni sociali, assistenziali e sanitarie non destinate alla generalità dei cittadini: si tratta di criteri relativi non solo al reddito personale, ma anche a quello dei familiari tenuti, per legge, agli alimenti.

Il calcolo dell'ISEE è espresso da un parametro, un numero, che identifica la situazione specifica della persona e la composizione della sua famiglia (persona singola o sposata, con figli minorenni, con figli portatori di handicap, con genitori, ecc.) secondo una scala di equivalenza prefissata.

L'ISEE, che è calcolato automaticamente dall'Inps attraverso una dichiarazione sostitutiva unica, ha durata annuale, è unico per ciascun componente il nucleo familiare e vale per tutte le prestazioni sociali agevolate che si possono richiedere. Solo in casi particolari gli enti che erogano i servizi possono scegliere di privilegiare altri criteri, che sono comunque identificabili dai dati presentati nella dichiarazione sostitutiva unica.

LEGGE 328/2000

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Segna il passaggio tra la regolamentazione in chiave moderna dell'assistenza sociale e della beneficenza pubblica, da un lato, e l'investimento dello Stato, dall'altro, per costruire un vero sistema di diritti di cittadinanza basati sull'integrazione tra interventi e servizi al fine di garantire risposte valide alle persone e alle famiglie che, per difficoltà di vario genere, vivono in condizione di marginalità e/o di esclusione sociale. La legge, inoltre, prevede la razionalizzazione del vigente sistema di erogazioni economiche ma, soprattutto, il passaggio da prestazioni a servizi per la persona e per la famiglia.

La strategia prevista riguarda lo sviluppo della rete dei servizi su scala territoriale, richiede capacità tecniche, programmatiche e professionali per valutare la domanda sociale rapportando la natura del bisogno con le risposte necessarie e possibili. Prevede capacità e disponibilità a lavorare per progetti, per prendersi cura dei problemi in modo integrato, per condividere le responsabilità tra chi aiuta e chi è aiutato, per un approccio nuovo e continuativo dei percorsi di aiuto e per un coinvolgimento vero di tutte le risorse disponibili a livello territoriale.

LEGGI DI SETTORE

Leggi nazionali e/o regionali emanate per la soluzione di particolari problemi o bisogni, la cui gestione sarà gradualmente delegata agli Ambiti territoriali.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (L.E.A.)

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle comunità ed ai singoli (tutela dall'inquinamento, dai rischi infortunistici sul lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- l'assistenza distrettuale relativa alle attività e ai servizi sanitari e sociosanitari territoriali, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari per gli anziani e i malati gravi ai servizi consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), dalle strutture semiresidenziali e residenziali (per anziani e disabili) ai centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche fino ai servizi domiciliari;
- l'assistenza ospedaliera, pronto soccorso, ricovero ordinario e in *day hospital*, ricovero in *day surgery*, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, ecc.

Nell'Allegato 1 C sono elencate le prestazioni socio-sanitarie (nei tre livelli: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni ad elevata integrazione); per i primi due livelli è assegnata la percentuale a carico del SSN e a carico dei Comuni; il terzo è a totale carico della sanità.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini, ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA a livello nazionale.

Agli stranieri extracomunitari devono essere garantiti gratuitamente gli interventi di prevenzione, quelli per la tutela della maternità, l'assistenza ai bambini, le vaccinazioni, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE (LIVEAS)

Il tema dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) è più recente e complesso. La Costituzione attribuisce allo Stato la competenza di definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali che devono essere garantite a tutti i cittadini sul territorio nazionale e gli attribuisce la facoltà di intervento sostitutivo nel caso di inadempienze, assenze o inerzie a livello periferico.

L'introduzione dei LIVEAS definisce gli interventi o le prestazioni esigibili da chi si trova in una specifica condizione di bisogno, le priorità di accesso e di uso degli interventi e delle prestazioni e permette di individuare gli interventi e le prestazioni dovute dal sistema integrato previsto dalla Legge 328/2000 e di quantificare le risorse disponibili per garantire i servizi su tutto il territorio.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali riguardano il sostegno alla povertà, gli interventi per favorire la vita autonoma e la permanenza al domicilio abituale, il sostegno ai minori, ai nuclei familiari (anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie), alle donne in difficoltà, nonché i servizi e gli interventi per l'integrazione sociale dei disabili e degli anziani, per combattere le dipendenze, ecc.

L'articolo 22, comma 4, della legge 328/00, fissa i cinque livelli essenziali di prestazioni sociali che devono essere raggiunti in tutti gli ambiti territoriali e precisamente:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

L'art. 46 della Legge 289/2002 ai commi 3 e 4 prevede che i LIVEAS siano determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata (Stato, Regioni, Enti locali). Il medesimo comma afferma che tale determinazione però dovrà avvenire nei limiti delle risorse ripartibili del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenendo conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli enti locali e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria. Le modalità di esercizio del monitoraggio, della verifica e della valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dei livelli essenziali delle prestazioni, saranno invece definiti in un regolamento. Ad oggi tale decreto non è stato ancora emanato.

PIANIFICAZIONE

Processo istituzionale, di carattere politico, con cui gli Enti e le strutture pubbliche definiscono gli obiettivi da realizzare, il tempo e le risorse necessarie, gli indirizzi e le modalità di verifica dei risultati.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Programmazione delle azioni e delle prestazioni da erogare a favore di una singola persona in un'ottica di assistenza personalizzata. Il piano assistenziale individualizzato sancisce il passaggio da un servizio per prestazioni uguali per tutti, ad uno realizzato per progetti mirati per una particolare persona. È richiesto, come debito, nelle RSA e nei CDI.

PIANO DI ZONA

La Legge 328/2000 afferma che le Comunità locali (gli Ambiti territoriali) sono chiamate ad individuare i bisogni primari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili e/o reperibili, le collaborazioni tra soggetti istituzionali e comunitari, i risultati attesi, gli standard di funzionamento, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, di valutazione e di verifica di tutti i servizi per dare concreta risposta ai bisogni delle persone deboli e in difficoltà e delle collettività in genere. In pratica il Piano di Zona corrisponde al “piano regolatore territoriale dei servizi alla persona”.

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Azione educativa messa in atto per costruire obiettivi ed atteggiamenti educativi “su misura” al fine di affrontare correttamente le difficoltà ed i problemi di una specifica persona. Nella realizzazione dei piani educativi personalizzati è fondamentale la condivisione e la partecipazione attiva di tutti gli operatori coinvolti e delle risorse umane presenti sul territorio.

PRESA IN CARICO

Atto amministrativo con cui gli operatori socio-assistenziali, verificata la situazione di un cittadino/utente, decidono che il problema dello stesso è di loro

competenza e pertanto “aprono” una cartella dando inizio ad un preciso programma di intervento.

Preso in carico può anche avere un significato sociale oltre che amministrativo e collegato al concetto innovativo di servizio sociale rispondente pienamente ai principi di solidarietà e di universalismo selettivo. La presa in carico può rappresentare il segno della responsabilità sociale, del principio indicato nell’art. 3 della Costituzione per cui “È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”, e nell’art. 1 della legge 328/00 per cui “la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.”

Una presa in carico intesa secondo questi principi e collegata all’idea di cittadinanza, rappresenta una modalità dell’istituzione di rispondere ai bisogni in modalità non pietistica o residuale o di beneficenza, ma in risposta al diritto della persona e alla sua dignità, capace di fare sentire ogni persona “accolta”. Una tale consapevolezza si tradurrà in un sistema sociale dove esiste un luogo, una persona, una responsabilità a disposizione della persona in stato di bisogno affinché essa non sia sola nella costruzione di un progetto di risposta. Tale affermazione non significa un sistema che garantisce tutto, ma che mette a disposizione un segno della responsabilità di tutti, che sceglie di stare con la persona e aiutarla ad essere soggetto del suo futuro, valorizzando le risorse esistenti proprie, dei servizi, della comunità.

PRESIDIO

Struttura fisica in cui trova sede un servizio che eroga prestazioni socio assistenziali e/o sanitarie, ma anche insieme di operatori incaricati di svolgere le funzioni di un Ente.

PROGETTAZIONE

Processo operativo messo in atto dai servizi per affrontare correttamente i fenomeni sociali. Momenti fondamentali della progettazione sono:

- l’analisi del problema;

- la scelta delle priorità;
- la definizione degli obiettivi;
- la definizione del programma operativo;
- l'attuazione degli interventi previsti;
- la verifica costante dei risultati;
- la revisione, se necessaria, del ciclo programmatico.

PROGETTO

Proposta di attività operativa concreta, di competenza dei servizi, per dare risposte adeguate ai bisogni, ai problemi, alle difficoltà dei cittadini in stato di necessità.

Si tratta di tradurre in azioni reali gli interventi pensati per affrontare problemi e bisogni della gente: “cosa e come fare”, “quali processi seguire” per affrontare correttamente un fenomeno sociale e per aiutare la persona a “vedere” e risolvere il proprio problema.

PROGRAMMAZIONE

Processo decisionale di carattere tecnico attraverso il quale i responsabili di un servizio, valutate le risorse disponibili, gli obiettivi politici evidenziati e tenuto conto dei bisogni della popolazione, definiscono le azioni e gli interventi da realizzare, elaborano i progetti operativi, verificano periodicamente i risultati raggiunti.

REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO (RMI)

Strumento di politica sociale introdotto a titolo sperimentale nel 1998 dallo Stato in alcuni Comuni distribuiti sul territorio nazionale in base ad alcuni indicatori di povertà (in Lombardia i Comuni di Cologno Monzese e Limbiate in provincia di Milano). Lo strumento prevede un contratto a tempo determinato tra il Comune (ente titolare dello strumento) e una persona o una famiglia in condizioni di povertà economica. Tale contratto prevede un contributo economico mensile a favore della persona indicato appunto come reddito minimo di inserimento, e una serie di azioni inserite in un progetto di reinserimento sociale ed economico della persona e della famiglia, seguito in genere da assistenti sociali od altri operatori specializzati e dedicati.

Il RMI è stato finanziato fino al 2003 con quota del FNPS del 2003 pari a

35.647.753 euro.

Il Governo, nel libro bianco sul welfare presentato nel 2003, ha dichiarato conclusa la fase sperimentale di tale strumento, dichiarando di volerlo sostituire con il reddito di ultima istanza. Nella legge 350/03 “legge finanziaria per il 2004” all’art. 3 comma 101 si cita il Reddito di ultima istanza “quale strumento di accompagnamento economico ai programmi di reinserimento sociale, destinato ai nuclei familiari a rischio di esclusione sociale ed i cui componenti non siano beneficiari di ammortizzatori sociali destinati a soggetti privi di lavoro” demandandone l’attuazione a decreti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze. Nel decreto del 1 luglio 2004 “Ripartizione del FNPS del 2004” si istituisce un fondo in cui sono ricomprese le risorse afferenti al reddito di ultima istanza, quantificate in euro 1.700.000, che verranno ripartite dopo l’emanazione dei decreti sopraccitati.

RETE (RETE SOCIALE)

È parola chiave per chi si occupa di politiche sociali e di servizi alla persona: esprime il metodo di lavoro degli operatori dei servizi socio/assistenziali; l’immagine suggerisce nodi e connessioni tra soggetti istituzionali e non, pubblici e privati, che operano e si relazionano, con pari dignità e responsabilità, su un determinato territorio. Costruire la rete significa realizzare un “noi” sociale, utilizzando tecniche e metodologie proprie di chi lavora nel sociale.

Le condizioni necessarie per attivare reti si possono così sintetizzare:

- interessi comuni per raggiungere obiettivi concreti e condivisi;
- obiettivi/problemi complessi e tali da richiedere il coinvolgimento di più soggetti;
- formalizzazione degli impegni reciproci tra istituzioni e privato sociale;
- indicazione di chi promuove l’intervento e dà origine alla rete, dei partner e delle risorse che i protagonisti mettono in campo e dell’Ente che assume il ruolo di capofila;
- le competenze tecniche messe a disposizione della rete da tutti i partner;
- metodologie e strumenti operativi utilizzati che devono essere professionalmente validi e condivisi da tutti i partner (la partecipazione diventa così anche occasione di formazione permanente);
- la comunicazione attivata “dalla” e “nella rete” deve essere dialogica e quindi interattiva.

RISORSE

Insieme dei mezzi umani strutturali ed economico-finanziari, necessari (disponibili o attivabili) per l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi o, meglio, per il raggiungimento degli obiettivi evidenziati ed espressi. Nel sociale sono risorse tutti gli elementi disponibili sul territorio, dai familiari, ai parenti, dai vicini di casa, ai gruppi sociali del territorio, ma anche le procedure, le esperienze, le informazioni, le tecnologie, le strutture, le disponibilità operative ed ogni altro elemento utile e coinvolgibile.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Complesso di istituti, norme e obiettivi elaborati dallo Stato col compito di dare attuazione, in condizioni di eguaglianza, al diritto alla salute o, meglio, alla tutela della salute, diritto sancito dalla Costituzione per tutti i cittadini. Al raggiungimento dell'obiettivo prioritario concorrono funzioni, strutture, servizi ed attività orientate all'educazione alla salute, alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, alla tutela dell'ambiente e delle attività lavorative, ma anche al miglioramento della qualità della vita ed al reinserimento sociale.

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

È uno dei Livelli Essenziali di Assistenza previsti dalla legge 328/2000. Il Servizio Sociale Professionale è un metodo di lavoro costituito da un complesso di attività che tendono a creare un raccordo concreto, a favorire il reciproco adattamento, tra l'uomo e il suo ambiente di vita, tra l'individuo e l'ambiente sociale, elevando nel contempo il livello della qualità della vita dell'intera comunità. Metodi e tecniche del servizio sociale intendono porre individui, gruppi e comunità in condizione di appagare i propri bisogni, risolvere i problemi personali e di adattamento e nel contempo di favorire la crescita della società.

Di fatto il Servizio sociale è un'istituzione del sistema organizzativo delle risorse sociali ed una disciplina professionale con cui gli assistenti sociali si rivolgono ad individui, famiglie e gruppi in situazione problematica di bisogno per concorrere alla rimozione delle cause, per cercare soluzioni attive, potenziando le risorse personali e sociali al fine di promuovere la piena ed autonoma realizzazione della persona.

SECRETARIATO SOCIALE

Attività di informazione sulla situazione locale delle risorse e dei servizi pubblici, privati e misti a disposizione dei cittadini, sulle modalità per accedervi e per utilizzarli correttamente al fine di soddisfare esigenze e bisogni personali. In base all'art.6 c.4 della Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008, il Segretariato sociale, organizzato dai Comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'art.3 c.1, ha le seguenti funzioni fondamentali:

- garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alle unità di offerta sociali e socio-sanitarie
- orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie e - fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi
- assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni
- segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici e unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e continuità assistenziale.

SERVIZIO PUBBLICO

È l'insieme dei servizi offerti dallo Stato, dalle Regioni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dai Comuni e dalle loro strutture organizzative, direttamente o tramite forme di esternalizzazione (accreditamento, convenzioni, appalti, concessioni, ...), per garantire a tutti i cittadini il godimento dei diritti essenziali della persona, diritti costituzionalmente tutelati (diritto alla vita, alla salute, alla libertà di circolazione, all'assistenza ed alla previdenza sociale, all'istruzione ed alla libertà di comunicazione).

SICUREZZA SOCIALE

Attività prevista dalla normativa statale il cui obiettivo, da perseguire con interventi e servizi degli Enti pubblici integrati da associazioni ed organismi del privato sociale, è di assicurare ai cittadini il diritto alla promozione sociale, al mantenimento ed al recupero, se necessario, del benessere psico-fisico, al pieno sviluppo della personalità nell'ambito dei rapporti familiari e sociali, al soddisfacimento delle esigenze essenziali per la dignità della persona e la qualità della vita.

SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE

Modello organizzativo con cui vengono ordinati tutti i servizi, le azioni e gli interventi che regolano le funzioni socio-assistenziali delle strutture pubbliche e del privato sociale.

SOGGETTI DEL TERZO SETTORE

Da un punto di vista generale, le organizzazioni che ne fanno parte sono:

- formalmente costituite, dotate cioè di una struttura stabile (non necessariamente giuridica), che si distinguono quindi dalle aggregazioni informali e temporanee di individui (ad esempio il volontariato non organizzato);
- private, cioè non istituzionalmente affiliate a qualche organismo pubblico;
- senza scopo di lucro, cioè costituite principalmente per perseguire obiettivi differenti rispetto alla realizzazione di un profitto;
- non sacramentali (vale a dire non strettamente dedicate a compiti di culto) e non politiche (cioè non orientate principalmente a sostenere candidati nella loro corsa a cariche istituzionali).

Si tratta di organizzazioni di natura privata, finalizzate all'interesse generale attraverso cui i cittadini esercitano la loro corresponsabilità sociale e i principi di solidarietà e di sussidiarietà.

La recente normativa in ambito socio-assistenziale ne definisce l'elenco all'art. 1 comma 4 della legge 328/00: organismi non lucrativi di utilità sociale (ONLUS), organismi della cooperazione, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, organizzazioni di volontariato, enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

A questo elenco sicuramente sono da aggiungere le ONG che si occupano delle relazioni e aiuti internazionali, le società sportive dilettantistiche e gli enti di promozione sportiva, gli enti di promozione culturale e artistica, di cui si occupano legislazioni specifiche. Appena concluso l'iter normativo in corso in Parlamento si dovranno aggiungere a questo elenco anche le imprese sociali.

SOGGETTI DEL QUARTO SETTORE

Alcuni sociologi e studiosi dei corpi sociali (ad es. Donati) individuano un Quarto settore da aggiungere a Stato, Mercato e Terzo settore, indicando quelle

forme di solidarietà e prossimità non organizzate in enti giuridici con modalità formali e strutturate. Si tratta della famiglia e dei gruppi di solidarietà familiare, delle realtà informali di solidarietà quali gruppi di volontari non organizzati, gruppi di mutuo-aiuto, legami ed esperienze di prossimità, comitati.

SOLIDARIETÀ

È un termine che assume connotazioni diverse a seconda del contesto in cui viene utilizzato: affonda le sue radici in una concezione di comunità composta da persone tra le quali esistono vincoli di collaborazione, comunanza di obiettivi, di problemi, di azioni. È un valore sia laico che cristiano ed è diventato uno dei principi sui quali si basa la Repubblica italiana, che la accoglie tra i principi fondamentali quando nell'art. 2 richiede a tutti i cittadini: *“l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”* e su di essa basa i rapporti civili, etico-sociali, economici e politici tra i cittadini e tra i cittadini e le istituzioni.

Prende origine dal concetto di essere e sentirsi *“responsabili in solido”* con gli altri, con i membri del proprio gruppo, della comunità e con tutte le persone che si incontrano, valorizzando soprattutto questa dimensione del rapporto inclusivo con l'altro indipendentemente dalle appartenenze e proprio per il suo essere *“persona”* e per i credenti *“figlio di Dio”*.

Assieme alla sussidiarietà è uno dei riferimenti essenziali per la costruzione dello Stato sociale. Non si confonde con l'assistenzialismo perché pone i cittadini in posizione di parità e non di sudditanza dei più deboli. Riconosce a tutti pari dignità nella fruizione dei servizi.

SUSSIDIARIETÀ

È un principio orientativo delle politiche istituzionali. L'attribuzione e la distribuzione di funzioni ai soggetti pubblici o privati avviene in base al criterio della loro capacità di svolgerle nel modo più corrispondente agli interessi dei cittadini e all'interesse generale.

Il Titolo V della Costituzione distingue fra *“sussidiarietà verticale”* in base alla quale l'articolazione delle funzioni pubbliche e la distribuzione delle competenze fra stato ed autonomie locali porta ad un conferimento dei poteri ai soggetti pubblici più vicini all'interesse che la loro attività deve soddisfare e *“sussidiarietà orizzontale”* che riguarda il rapporto fra sistema pubblico e soggetti privati e si attua attraverso l'identificazione dei compiti e funzioni che

possono essere svolte dai soggetti privati (imprese, associazioni, volontariato, ecc.). La sussidiarietà verticale (o istituzionale) deve essere passiva (non faccia l'ente sovradeterminato ciò che compete e/o può essere fatto dall'ente sottodeterminato) e attiva (l'ente sovradeterminato crei le condizioni giuridiche, amministrative, economiche perché l'ente sottodeterminato possa svolgere le funzioni proprie: cfr. art. 119 commi 3 e 5 della Costituzione, oltre che D.Lgs. 56/2000). Anche la sussidiarietà orizzontale (o sociale) deve essere espressiva (possibilità di istanze), partecipativa (possibilità di petizioni e proposte), gestionale (come vuole l'art. 1, comma 5 della L. 328/2000).

In altri termini, la Costituzione pone come elemento fondante la necessità che le Istituzioni favoriscano l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà. Emerge la duplicità del principio di sussidiarietà evidenziata dalle parole "autonomia iniziativa" e "favoriscono". L'iniziativa dei cittadini è libera, non ha bisogno di essere autorizzata, né lo Stato la può in qualche modo comprimere. È però opportuno osservare che l'autonomia iniziativa, che deve essere favorita dalle articolazioni della Repubblica, deve avere anche una precisa caratteristica oltre a quella dell'autonomia: quella identificata dallo "svolgimento di attività di interesse generale". Quindi l'azione di promozione e di sostegno che le articolazioni della Repubblica devono intraprendere riguarda non genericamente qualsiasi autonomia iniziativa dei cittadini, ma quelle azioni che sono finalizzate all'interesse generale, al bene comune. Potremmo dire, riprendendo la dottrina sociale della Chiesa, che ci si riferisce a quelle azioni finalizzate alla solidarietà, alla responsabilità sociale della comunità, a quel dovere di sentirsi "responsabili in solido" del bene comune, delle situazioni degli altri, di tutti.

TITOLO V – seconda parte – DELLA COSTITUZIONE

È la parte della Costituzione relativa alla amministrazione periferica dello Stato (Regioni, Province e Comuni). La Legge costituzionale 3/2001 confermata dal referendum dell'autunno del 2001 l'ha profondamente rinnovata, introducendo alcune modifiche, tra cui:

1. l'inversione del criterio di ripartizione delle competenze (competenza legislativa piena alle regioni in tutte le materie non espressamente riservate allo Stato);
2. un regionalismo differenziato, che permetterà di riconoscere a certe Regioni maggiore autonomia;
3. l'autonomia finanziaria in base alla quale ogni Regione si sostiene con proprie risorse.

4. l'introduzione esplicita del principio di sussidiarietà verticale (tra le varie articolazioni istituzionali dello Stato) e di sussidiarietà orizzontale per valorizzare tutte le risorse presenti nei singoli territori.

Il Parlamento ha in corso la discussione di una legge costituzionale che porterà, qualora approvata definitivamente, nuovi cambiamenti tra le altre anche di questa parte della Costituzione.

UFFICIO DI PIANO

Per attuare quanto previsto dalla legge 328/2000 e dal Piano Socio-Sanitario nell'ambito sociale ciascun ambito territoriale può attivare un Organismo tecnico di programmazione che opera in pieno raccordo con l'organo di rappresentanza politica per la programmazione e l'attuazione del piano di zona. Le modalità di costituzione, di organizzazione e le competenze dell'organismo tecnico sono stabilite all'interno dell'accordo di programma sottoscritto dalla Conferenza dei Sindaci dell'ambito.

Ne fanno di solito parte gli operatori sociali dei Comuni e il responsabile sociale del Distretto dell'Asl. In alcuni casi sono chiamati a farne parte anche tecnici del Terzo settore e del volontariato.

L'Ufficio di Piano è l'organo tecnico territoriale incaricato dell'elaborazione e dell'attuazione del Piano di Zona.

UFFICIO POLITICO

È l'organo di rappresentanza politica per la programmazione del sistema di interventi e servizi sociali ed è individuato dall'assemblea dei sindaci dell'ambito perché la Regione Lombardia ha fatto coincidere il territorio del Distretto (strumento di programmazione e di gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari) con quello dell'Ambito territoriale (raggruppamento di Comuni titolari dei servizi sociali).

In alcuni casi, in funzione del principio di collaborazione alla programmazione indicato nell'art.1 comma 4 della legge 328/00, nell'Ufficio Politico è prevista la presenza di rappresentanti del terzo settore; in altri, è stato istituito un organismo consultivo intermedio nel quale sono inseriti rappresentanti del Terzo settore e della società civile dell'ambito territoriale di riferimento.

UNITÀ DI OFFERTA

Sistema di classificazione delle strutture e dei servizi rivolti all'utenza del sistema sanitario e socio-assistenziale regionale.

AA Alloggi per L'autonomia (unità d'offerta per accoglienza minori, 5

posti letto)

| | |
|------|---|
| ADI | Assistenza Domiciliare Integrata |
| AO | Azienda Ospedaliera |
| ASP | Azienda di Servizi alla Persona |
| CA | Comunità Alloggio |
| CA | Casa albergo per anziani |
| CAD | Comunità Alloggio per Disabili |
| CAG | Centro di Aggregazione Giovanile |
| CAA | Comunità Alloggio per Adulti |
| CAM | Comunità Alloggio per Minori |
| CDD | Centro Diurno sociosanitario per Disabili |
| CDI | Centro Diurno Integrato per anziani |
| CE | Comunità Educativa (unità d'offerta per accoglienza minori, max 10 posti) |
| CF | Comunità Alloggio Familiari e/o Case Famiglia (unità d'offerta per accoglienza minori, max 6 posti) |
| CGM | Centro per la giustizia minorile, comprende TM (tribunale per i Minorenni) e UDSSM (Ufficio Distrettuale di Servizio Sociale per i Minorenni) |
| CPA | Centro di Prima Accoglienza per stranieri |
| CPA | Comunità Protette ad Alta Assistenza per persone con problematiche psichiatriche (ex Comunità Protette ad alta protezione) |
| CPM | Comunità Protette a Media Assistenza per persone con problematiche psichiatriche (ex Comunità Protette a media protezione) |
| CPS | Centro psicosociale per persone con problematiche psichiatriche |
| CRA | Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza per persone con problematiche psichiatriche (ex CRT) |
| CRE | Centro Ricreativo Estivo |
| CRH | Centro residenziale handicap – dal 31/12/2005 sono diventati RSD |
| CRM | Comunità riabilitativa a media assistenza |
| CSE | Centro Socio Educativo |
| CSS | Comunità socio-sanitaria residenziale per disabili |
| CT | Comunità Terapeutica |
| DH | Day Hospital |
| DMI | Dipartimento Materno Infantile |
| DSM | Dipartimento Salute Mentale |
| IDR | Istituto di Riabilitazione |
| IEAH | Istituto Educativo Assistenziale Handicap – dal 31/12/2005 sono diventati RSD |
| IPAB | Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza |
| IPM | Istituto per Minori |

| | |
|--------|--|
| IRCCS | Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Micronido (unità d'offerta per bambini 0-3 anni, max 10 posti) |
| MMG | Medico di Medicina Generale Nido Famiglia (unità d'offerta per bambini 0-3 anni) Nido (unità d'offerta per bambini 0-3 anni, max 60 posti) |
| NOA | Nucleo Operativo Alcoldipendenze |
| NPIA | Neuro Psichiatria per Infanzia e Adolescenza |
| PS | Pronto Soccorso |
| RSA | Residenza Sanitario-Assistenziale |
| RSD | Residenza Sanitario-Assistenziale per Disabili |
| SAD | Servizio di Assistenza Domiciliare |
| SerT | Servizio Tossicodipendenze |
| SFA | Servizio di Formazione all'Autonomia per disabili |
| SPDC | Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura |
| TM | Tribunale dei Minori |
| UOCP | Unità Operativa di Cure Palliative |
| UONPIA | Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza |
| UOP | Unità Operativa di Psichiatria |
| UPT | Ufficio di Pubblica Tutela |
| URP | Ufficio Relazioni con il Pubblico |
| USS | Ufficio Servizio Sociale |

VALUTAZIONE

Momento essenziale della programmazione socio-assistenziale attraverso il quale è possibile accertare i risultati/benefici raggiunti dalle azioni intraprese, misurando, nel contempo, il rapporto tra risorse impiegate ed obiettivi previsti.

VERIFICA

È il momento finale dell'attuazione dei programmi/progetto e serve all'accertamento della corrispondenza delle azioni intraprese rispetto sia agli obiettivi proposti che ai risultati raggiunti. Uno degli scopi della verifica, è soprattutto quella di valutare l'esigenza di miglioramenti o di azioni correttive. La verifica non va confusa con le attività di sorveglianza, controllo e di collaudo, effettuate allo scopo di controllare un processo o di accettare un prodotto. Trattandosi di strumento essenzialmente operativo, il "peso" delle

risorse impiegate viene lasciato alla competenza dei soggetti politici.

VIGILANZA E CONTROLLO (FUNZIONI AMMINISTRATIVE DI)

Le funzioni amministrative di controllo e vigilanza sono assegnate alle ASL, ai sensi della Legge Regionale 3 del 12 marzo 2008.

Si tratta dell'azione di "controllo" sulle diverse unità d'offerta. Una vigilanza corretta, oltre all'esame critico degli standard strutturali e gestionali e dei rapporti tra personale addetto e utenti, dovrebbe comprendere un rapporto di collaborazione e di promozione dei servizi erogati per renderli sempre più rispondenti al bisogno del cittadino/utente.

VOLONTARIATO

Attività prestata in modo personale, spontaneo e gratuito singolarmente o tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte esclusivamente per fini di solidarietà sociale, in risposta a bisogni autonomamente individuati da associazioni dotate o meno di personalità giuridica, da cooperative che gestiscono servizi entro il territorio, sia attraverso strutture proprie che nell'ambito di strutture pubbliche.

Attualmente è la legge 266/1991 (e la legge regionale 1/2008) che regola i rapporti fra le organizzazioni di volontariato e il sistema pubblico.

VOUCHER SOCIALE

Il voucher sociale è uno strumento economico a sostegno della libera scelta del cittadino. Per mezzo del voucher è possibile acquistare prestazioni sociali erogate da parte di operatori professionali appartenenti ad organizzazioni regolarmente accreditate.

Si tratta di strumento finalizzato a sostenere il mantenimento dei soggetti fragili e in difficoltà al proprio domicilio attraverso l'acquisto, finanziato, di prestazioni di tipo assistenziale-educativo rivolte direttamente alla persona in difficoltà ed offerte da operatori qualificati dell'area socio-assistenziale.

La Regione Lombardia ha emanato una circolare regionale (n. 6 del 2 febbraio 2004) nella quale fornisce indicazioni per l'attivazione e l'erogazione dei buoni e dei voucher sociali

VOUCHER SOCIO-SANITARIO

Il Voucher socio-sanitario è un intervento economico per permettere alle persone “fragili” (anziani e disabili, in primo luogo, ma non solo) l’acquisto di prestazioni sanitarie di cura e di assistenza adeguate alle loro condizioni di salute, presso il domicilio abituale al fine di evitare il ricovero in strutture residenziali e di evitare l’allontanamento dai propri cari.

Si tratta di un contributo economico in forma di “titolo di acquisto”, utilizzabile per ricevere prestazioni di assistenza socio-sanitaria integrata, di tipo medico-riabilitativo e/o infermieristico (prevenzione piaghe da decubito, igiene personale, ecc.).

Le prestazioni si possono ricevere da soggetti accreditati, pubblici o privati, profit e non profit. Non sono previsti né limiti di età né di reddito. Il valore economico del Voucher socio-sanitario regionale varia in relazione alla gravità della patologia e alla complessità dell’intervento assistenziale assicurato.

In base al cosiddetto “Patto di accreditamento”, previsto dalla dgr n.5743/2007 “Regole 2008”, il Voucher socio-sanitario può essere erogato, sulla base di un progetto di assistenza, anche a favore di persone ospiti di contesti di residenzialità alternativa al proprio domicilio, di tipo familiare (comunità per minori, per disabili, mini alloggi, case albergo ecc. di natura socio-assistenziale). Sono escluse le R.S.A. e comunque le unità di offerta che beneficiano già di tariffe a carico del fondo sanitario regionale.

La Legge Regionale n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" definisce l'orizzonte del welfare regionale, per quanto attiene alla risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. È una legge che dunque rappresenta in Regione Lombardia la cornice di riferimento per l'offerta dei servizi sociali e sociosanitari nella prospettiva di un welfare da costruire anche con la partecipazione dei soggetti del Terzo settore. La tutela dei diritti di cittadinanza rientra tra le finalità di Caritas, nell'orizzonte di una carità che custodisce e promuove la giustizia nei confronti di tutti, con particolare attenzione agli ultimi.

Questo lavoro, realizzato a cura delle Caritas lombarde, ha l'obiettivo di costituire un sussidio formativo per volontari e operatori, facendo conoscere i profili fondamentali della Legge 3, fornendone strumenti per l'interpretazione critica e mettendo a fuoco il ruolo di Caritas, ai vari livelli, negli itinerari attuativi della nuova legge.

Delegazione Regionale delle Caritas di Lombardia
c/o Caritas Ambrosiana,
Via S. Bernardino, 4 – 20122 Milano
Tel. 02 76037399
delegazione@caritas.it