

TENDENZE DELLE POLITICHE REGIONALI NEL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE

Giulia M. Napolitano

1. Introduzione. - 2. Politiche regionali. - 3. Strumenti di pianificazione regionale. -3.1 Piano di zona. - 3.2. Sistemi informativi e strumenti di valutazione e monitoraggio. - 4. LIVEAS. - 5. Autorizzazioni ed accreditamento – 6. Conclusioni.

1. Introduzione

Il capitolo dedicato alle politiche regionali in materia socio-assistenziale rappresenta una novità rispetto alle precedenti edizioni del Rapporto, pertanto si è ritenuto opportuno non limitare la disamina della legislazione regionale in materia al solo periodo di riferimento, in quanto questa avrebbe rischiato di avere una scarsa significatività, ma si ritenuto opportuno estenderla ad un arco temporale più ampio, che consentisse di avere un quadro più completo dei processi di riorganizzazione dei sistemi socio-assistenziali attualmente in corso nelle regioni italiane.

L'approvazione della legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali,” e la riforma del titolo V della Costituzione, l'anno successivo, sono i due eventi che hanno caratterizzato in modo determinante i sistemi di *welfare* nelle regioni italiane avviando un processo durato alcuni anni e che solo adesso va stabilizzandosi.

La legge n. 328/2000 ⁽¹⁾ ridisegna il settore delle politiche sociali attraverso radicali interventi normativi che ridefiniscono ruoli e competenze dei diversi soggetti istituzionali. Al momento della sua emanazione, la legge rappresentava il tentativo di dare una disciplina organica al settore, prima oggetto di una normativa settoriale e spesso sovrapponibile. Tuttavia, l'impianto normativo, disegnato dalla legge e la sua stessa natura di legge cornice, erano destinati a venire meno con l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001. Questa, modificando il titolo V della Costituzione, operava una diversa distribuzione di funzioni attribuendo alle regioni competenza

⁽¹⁾ Per approfondimenti sulla legge n. 328/2000, C. ALPACA, *Legge quadro di riforma dell'assistenza e provvedimenti consequenziali*, in *Nuova rassegna di legislazione, dottrina e giurisprudenza*, 2001, n. 15, pp. 1670-1676; M. G. BREDI, D. MICUCCI, F. SANTANERA, *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali: analisi della legge 328/2000 e proposte attuative*, Torino, UTET Editore, 2001; D. BUCCI a cura di, *Il lungo cammino della riforma: monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia*, Roma, Associazione Nuovo Welfare - Multiprint, 2002; F. DI LASCIO, *La legislazione regionale in materia di assistenza sociale dopo la riforma del titolo V*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2007, n.7, pp. 679-689; R. FINOCCHI, *L'istituzione del sistema integrato dei servizi sociali*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2001, n. 2, pp. 113-123.

residuale in materia di politiche sociali e lasciando allo Stato competenza esclusiva relativamente alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti a livello nazionale. Questa funzione diveniva sostanzialmente l'unica garanzia di omogeneità del servizio sul territorio nazionale, già caratterizzato da interventi e politiche tra loro molto diverse.

Sulla spinta di questi due importanti eventi tutte le regioni si sono attivate intervenendo nel settore delle politiche socio-assistenziali anche se con tempi, modalità e contenuti non sempre omogenei, in considerazione anche dei nuovi poteri loro riconosciuti. Tuttavia è possibile riscontrare delle note comuni, dovute alle indicazioni della legge nazionale, che pur nella sua breve vita di legge di principio ha rappresentato, e tuttora rappresenta, un significativo punto di riferimento con cui i legislatori regionali si sono confrontati.

L'analisi della normativa regionale nel settore assistenziale sarà pertanto relativa al periodo compreso tra l'approvazione della legge n. 328/2000 ed il 2006, in particolare, oggetto di questa breve rassegna saranno le leggi organiche di riordino del settore socio-assistenziale emanate dalle regioni dopo la legge nazionale. Per completezza, saranno inseriti alcuni riferimenti a disposizioni regionali settoriali e successive alla legge cornice, per fornire un quadro più completo della situazione a livello regionale ⁽²⁾.

In considerazione del contesto in cui viene sviluppata questa analisi, si è ritenuto opportuno operare delle scelte riguardo agli argomenti trattati, selezionando quelli che caratterizzano maggiormente il settore ed in particolare: la pianificazione regionale; il decentramento delle politiche sociali attraverso un rafforzamento dei comuni che agiscono tramite il piano di zona; i LIVEAS, livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti sociali e civili, mutuati dal sistema sanitario, che stentano a decollare in ambito socio-assistenziale e rappresentano un nodo critico non ancora sciolto. Questi, pur rappresentando l'unica funzione rimasta in capo allo Stato, come garanzia di equità ed omogeneità, non sono stati ancora definiti nel dettaglio, data l'estrema difficoltà riscontrata nella loro applicazione nell'area socio-assistenziale. Si è, infine, ritenuto opportuno fare riferimento agli istituti dell'autorizzazione ed accreditamento, anche questi mutuati dal sistema sanitario e con i quali le regioni si stanno confrontando con modalità diverse.

2. Politiche regionali

⁽²⁾ Per una breve rassegna della legislazione regionale E. FERIOLI, *Le leggi regionali sul sistema dei servizi sociali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2005, n. 3, pp. 1-9; A. MASCOLO e F. ZAMPANO, *Il percorso di attuazione della riforma*, in *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Rapporto conclusivo della ricerca curata da Formez e Università degli studi di Roma "Tor Vergata Dipartimento di studi sull'impresa", 2006.

Nel periodo successivo alla legge quadro n. 328/2000, le regioni si sono sostanzialmente divise in due gruppi; un gruppo di regioni ha approvato una legge organica di riordino del sistema regionale dei servizi sociali, l'altro gruppo non ha approvato una legge organica di riordino, ma è generalmente intervenuto nella materia con l'approvazione di piani sociali o normativa di settore.

Sono otto le regioni che hanno approvato una legge di riordino dell'intero sistema dell'offerta di prestazioni sociali, in un periodo che va dal 2003 al 2006: Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Piemonte, Sardegna e Toscana ⁽³⁾. La Campania, pur non approvando una vera e propria legge di regolazione del sistema, è stata tra le prime, all'indomani dell'approvazione della normativa nazionale, ad adottare delle linee guida che sostanzialmente non si discostano dalle indicazioni nazionali ⁽⁴⁾. Il Molise e la Valle d'Aosta, lo stesso anno di approvazione della normativa nazionale, avevano approvato una legge di riordino della materia ⁽⁵⁾. In realtà la legge di riordino della Valle d'Aosta è relativa al riordino dei servizi sanitari e sociali ed è indirizzata a disciplinare più gli aspetti sanitari del sistema.

Alcune tra le altre regioni, che avevano già una legge organica che disciplinava la materia ⁽⁶⁾, hanno preferito approvare una normativa settoriale come ad esempio Abruzzo, Lazio, Marche, provincia autonoma di Trento, Umbria e Veneto relativamente all'autorizzazione ed accreditamento di servizi e strutture sociali ⁽⁷⁾.

⁽³⁾ L.r. Calabria n. 23/2003, Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella regione Calabria; l.r. Emilia Romagna n. 2/2003, Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; l.r. Friuli Venezia Giulia n. 6/2006, Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; l.r. Liguria n. 12/2006, Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari, l.r. Piemonte n. 1/2004, Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; l.r. Puglia n. 17/2003, Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia, l.r. Puglia n. 19/2006, Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia; l.r. Sardegna n. 23/2005, Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione l.r. n. 4 del 1998. Riordino delle funzioni socio-assistenziali; l.r. Toscana n. 41/2005, Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza.

⁽⁴⁾ DGR r. Campania n. 1826/2001, Linee programmatiche per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

⁽⁵⁾ L.r. Molise n. 1/2000, Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza, l.r. Valle d'Aosta n. 5/2000, Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione socio-sanitaria regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate dalla regione.

⁽⁶⁾ L.r. Abruzzo n. 22/1998, Norme per la programmazione l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale; l.r. Basilicata n. 25/1997, Riordino del sistema socio assistenziale; l.p. a. Bolzano n. 13/1991, Riordino dei servizi sociali nella provincia di Bolzano; l.r. Lazio n. 38/1996, Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali; l.r. Lombardia n. 31/1997, Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali; l.r. Marche n. 43/1988, Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione, l.r. Sicilia n. 22/1986, Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia; l. p. a. Trento n. 14/1991, Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento; l.r. Umbria n. 3/1999, Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socio-assistenziali; l.r. Veneto n. 55/1982, Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale.

⁽⁷⁾ L.r. Abruzzo n. 2/2005, Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accREDITAMENTO di soggetti eroganti servizi alla persona; l.r. Lazio n. 41/2003, Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento

La legge quadro nazionale, nonostante la perdita di forza cogente dovuta alla riforma costituzionale, è più volte richiamata, implicitamente o esplicitamente, nelle disposizioni regionali; richiami espliciti sono spesso presenti nelle disposizioni di apertura, come nella legge del Piemonte in cui si definiscono “fondamentali” i principi ispiratori della legge n. 328/2000, o addirittura nel caso dell’Umbria, che non ha emanato una legge di riordino ma solo disposizioni settoriali. ⁽⁸⁾

I principi fondamentali della legge nazionale permeano tutta la legislazione regionale di riordino. Ci si riferisce al riconoscimento della centralità dell’individuo, alla spinta a realizzare un sistema di offerta dei servizi che risponda ai reali bisogni dei singoli, all’impronta sussidiaria del sistema, che si realizza con varie modalità e strumenti, al piano di zona che vede coinvolti comuni, ASL e terzo settore.

L’impianto delle leggi regionali ricalca sostanzialmente quello della legge nazionale, aprendosi spesso con una indicazione dei principi fondamentali e delle finalità perseguite, cui segue la definizione dei diritti degli utenti, l’indicazione delle modalità di accesso ai servizi, la descrizione delle competenze dei diversi soggetti istituzionali, regioni, province e comuni, le modalità della programmazione a livello regionale e zonale, dove si differenziano per il dettaglio delle indicazioni fornite, le modalità di autorizzazione ed accreditamento dei servizi, spesso è presente l’indicazione degli strumenti di garanzia della qualità dei servizi, le modalità di finanziamento.

Il comune, in forma singola o associata, rimane il principale attore nella gestione e programmazione dei servizi e degli interventi, nella gestione delle autorizzazioni ed accreditamento dei servizi e nella gestione e finalizzazione dei finanziamenti.

Le maggiori differenze si colgono per la presenza o meno di indicazioni sulle politiche settoriali. Le leggi di riordino delle regioni Toscana, Liguria e Friuli Venezia Giulia sono tra quelle che prevedono indicazioni su alcune aree, quali: famiglia, minori, anziani, disabili, immigrati, persone a rischio di esclusione sociale, tutela della salute mentale, prevenzione e trattamento delle dipendenze; la Toscana interviene anche sul contrasto della violenza contro le donne e nomadi; il Friuli Venezia Giulia su detenuti e persone senza fissa dimora. La regione Toscana, per ognuna di queste aree, detta indirizzi e indica servizi e/o interventi ritenuti essenziali o rinvia esplicitamente ad atti successivi nei quali questi dovranno essere definiti. Le leggi della Liguria e del Friuli

delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali; l.r. Marche n. 20/2002, Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale; DPP p. a. Trento n. 31/152/2003, Regolamento per l’autorizzazione delle strutture sociali; l. r. Umbria n. 5/2003, Ulteriore modificazione della legge regionale 23 gennaio 1997, n. 3 - Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio – assistenziali, la legge in realtà si limita a rinviare la disciplina a norme regolamentari, a tali disposizioni è seguito il regolamento n. 8/2005 in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale per soggetti in età minore; l.r. Veneto n. 22/2002, Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, DGR n. 2473/2004, n. 2501/2004 e DGR n. 4261/2005, Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio - sanitarie e sociali.

⁽⁸⁾ Nella l.r. Umbria n. 5/2003, all’art 1, esiste un esplicito riferimento all’“attuazione dell’art.11 della l. n. 328/2000”

Venezia Giulia non prevedono indicazioni specifiche sui servizi, ma piuttosto forniscono indicazioni programmatiche sulle politiche ed iniziative che le regioni intendono perseguire e favorire.

La Puglia individua tre aree di intervento che considera prioritarie: la famiglia cui dedica ampio spazio inserendo un titolo apposito nella seconda legge di riordino ⁽⁹⁾, dove individua obiettivi e priorità di intervento e la costituzione di una consulta delle associazioni familiari; una politica di sostegno economico e contrasto alla povertà; il sostegno alle persone immigrate.

Disciplinato in modo difforme nelle leggi quadro regionali è il processo di trasformazione IPAB, generalmente rinviato a provvedimenti successivi, che alcune regioni hanno già emanato ⁽¹⁰⁾, con l'eccezione dell'Emilia Romagna che ne ha regolato la trasformazione nell'ambito della normativa organica di riordino del settore ⁽¹¹⁾. Anche alcune regioni che non hanno emanato una disciplina organica di riordino hanno provveduto ad emanare disposizioni sulla trasformazione delle IPAB, come la Lombardia e la provincia autonoma di Trento ⁽¹²⁾.

3. *Strumenti di pianificazione regionale*

La riforma costituzionale ha fatto venire meno il vecchio sistema di pianificazione a cascata in cui il piano nazionale rappresentava la normativa di riferimento per l'emanazione dei piani regionali. Venuto meno questo meccanismo, i legislatori regionali hanno definito in modo autonomo forme e contenuti dei singoli piani regionali. Va tuttavia rilevato come le leggi di riordino di Calabria ed Emilia Romagna, contengano un esplicito richiamo al piano sociale nazionale, che rappresenta ancora un riferimento importante per l'adozione del piano sociale regionale ⁽¹³⁾.

Analizzando la situazione delle regioni che hanno approvato la legge di riordino, il quadro appare diversificato: la Puglia ha fatto seguire in tempi brevi un nuovo piano sociale regionale, la

⁽⁹⁾ La regione Puglia ha emanato due leggi di riordino: l.r. n. 17/2003 e l.r. n. 19/2006.

⁽¹⁰⁾ L.r. Friuli Venezia Giulia n. 19/2003, Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nelle regione Friuli Venezia Giulia; DPGR r. Liguria n. 6/2003, Regolamento per la classificazione e trasformazione delle IPAB, l.r. Puglia n. 15/2004, Riordino delle Ipab; l.r. Toscana n. 43/2004, Riordino delle Ipab; l.r. Valle d'Aosta n. 34/2004, Disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, trasformate ai sensi dell'articolo 37 della legge regionale 15 dicembre 2003, n. 21 (legge finanziaria per gli anni 2004/2006).

⁽¹¹⁾ L.r. Emilia Romagna n. 2/2003, artt. 22, 23, 24.

⁽¹²⁾ L.r. Lombardia n. 1/2003, Disciplina delle IPAB (è stata la prima regione a regolare la materia); l.p. a. Trento n. 7/2005, Nuovo ordinamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza - aziende pubbliche di servizi alla persona.

⁽¹³⁾ L.r. Emilia Romagna n. 2/2003, art. 27 c. 1 "La regione, valutato il piano nazionale, approva il piano regionale degli interventi e servizi sociali", l. r. Calabria n. 23/2005, art18 c.2, "Il piano regionale adottato dalla Giunta d'intesa con i comuni,.....nel rispetto del piano nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali".

Calabria e la Sardegna hanno approvato una proposta di piano ⁽¹⁴⁾; Toscana e Liguria ⁽¹⁵⁾, hanno approvato il piano sociale dopo la legge n.328/2000, ma prima della approvazione della legge regionale di riordino, ed aggiornano periodicamente i piani sociali precedentemente approvati, in Emilia Romagna e Piemonte sono in corso di discussione i progetti dei nuovi piani sociali.

Tra le regioni che non hanno approvato una disciplina organica dopo la legge quadro nazionale, alcune hanno approvato un piano sociale regionale dopo il 2000: Abruzzo, Lombardia, Molise, Sicilia, provincia autonoma di Trento, Valle d'Aosta ⁽¹⁶⁾ Tale atto può essere letto, in alcuni casi, come una volontà politica di intervenire nel sistema dei servizi sociali, pur senza arrivare all'approvazione di una vera e propria legge di riordino dell'intero sistema regionale.

Un gruppo di regioni aveva piani sociali regionali antecedenti la legge nazionale, ma approvati in tempi molto vicini a questa: Basilicata, provincia autonoma di Bolzano, Marche, Umbria ⁽¹⁷⁾. Pertanto non si è resa necessaria una nuova emanazione di piani sociali, né queste regioni hanno ritenuto di dover approvare delle leggi riordino del sistema dei servizi sociali, sebbene alcune risultino piuttosto datate ⁽¹⁸⁾.

Le procedure di approvazione dei piani previste nelle leggi di riordino variano, andando da una tendenza dirigista della regione Puglia, che prevede una approvazione da parte della sola regione, senza alcuna forma di partecipazione da parte di organismi rappresentativi degli enti locali o del terzo settore, a forme di concertazione, previste dalle leggi delle regioni Piemonte e Calabria, che prevedono la partecipazione di organismi rappresentativi degli enti locali e, nel caso della Calabria, anche di rappresentanti del terzo settore. Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia,

⁽¹⁴⁾ DGR r. Puglia n. 1104/2004, Piano regionale delle politiche sociali-interventi e servizi in Puglia, DGR r. Puglia n. 598/2006, Piano regionale delle politiche sociali. Integrazione linee guida e modifica Atto di indirizzo e coordinamento; DGR r. Calabria n. 1/2005, Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali 2004-2006 di cui all'art. 18 della l. r. n. 23/2003; DGR r. Sardegna n. 4/21/2005, Piano regionale dei servizi socio-sanitari.

⁽¹⁵⁾ DCR r. Liguria n. 65/2001, Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004 ed indirizzi ai comuni per la redazione dei piani di zona. Modifiche ed integrazioni alla DCR n.44/1999 Piano triennale dei servizi sociali 1999/2001; DCR r. Toscana n. 122/2002, Piano integrato sociale, DCR r. Toscana n. 141/2003, Aggiornamento per il 2003 del piano integrato sociale, DCR r. Toscana n.108/2004, Aggiornamento per il 2004 del piano integrato sociale.

⁽¹⁶⁾ DCR r. Abruzzo n. 69/2002, Piano sociale regionale 2002-2004, DGR r. Abruzzo n. 385/2005, Piano sociale regionale 2002-2004 - Atto di indirizzo applicativo per la definizione delle azioni innovative per l'anno 2005 - integrazione, DCR n.57/1/2004 Piano socio sanitario 2007-2009; DCR r. Lombardia n. VIII/257/2006, Piano socio sanitario regionale 2007-09; DGR r. Molise n. 251/2004, Piano sociale regionale; DCR r. Sicilia n. 243 4/11/2002, Linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario della regione Sicilia; DGP p. a. Trento n. 581/2002, Piano sociale assistenziale per la provincia autonoma di Trento 2002-03 Linee guida e misure attuative; l. r. Valle d'Aosta n. 13/2006, Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006/08. Il Veneto ha approvato una proposta di piano con la DGR 10/6/2003 (PDL n. 396), Piano regionale di servizi alla persona e alle comunità - politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali della regione Veneto per il triennio 2003-2005.

⁽¹⁷⁾ DCR r. Basilicata n. 128019/99, Piano socio-assistenziale 2000-2002; DGP p. a. Bolzano n. 5513/1999, Piano sociale provinciale; DCR r. Marche n. 3/2000, Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali; DCR r. Umbria n. 59/1999, Piano sociale.

⁽¹⁸⁾ L.r. Basilicata n. 25/1997, Riordino del sistema socio-assistenziale, l.p. a. Bolzano n. 13/1991, Riordino dei servizi sociali nella provincia di Bolzano, l. r. Marche n. 43/1988, Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione; l. r. Umbria n. 31/1999, Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali.

Sardegna, Toscana, nel procedimento di approvazione del piano sociale, prevedono la consultazione o intesa con organismi rappresentativi di enti locali previsti a livello regionale, che esprimono parere sulla proposta di piano formulata dalla Giunta (¹⁹).

I piani regionali, pur nella loro diversità, rappresentano per tutte le regioni lo strumento attraverso il quale vengono definite le priorità e gli obiettivi da raggiungere in ambito socio-assistenziale, con valenza autonoma rispetto al piano sanitario, nonché l'organizzazione e la programmazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, in relazione alle specifiche esigenze e bisogni espressi nel territorio, con l'unico vincolo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) fissati a livello nazionale. I piani esprimono indicazioni sui contenuti dei piani di zona, definiscono la programmazione ed il finanziamento della formazione del personale, indicano le fonti e le modalità di finanziamento dei servizi e degli interventi, definiscono le modalità di integrazione con i servizi sanitari. In tutte le leggi di riordino è previsto espressamente che il piano sociale sia adottato integrandosi con gli atti di programmazione sanitaria, con l'eccezione delle regioni Calabria e Puglia, le cui leggi non contengono tale esplicita indicazione.

3.1 Piano di zona

Uno degli aspetti più significativi della legge n. 328/2000 era il decentramento delle funzioni assistenziali da realizzarsi partendo da una pianificazione a livello locale. Lo strumento individuato per tale finalità è il piano di zona, elaborato dai comuni, anche nella forma associata, generalmente d'intesa con le ASL. Esso è stato sostanzialmente previsto in quasi tutte le disposizioni regionali, benché talvolta si qualifichi diversamente e non sempre i soggetti che concorrono alla sua realizzazione vi partecipino con le medesime modalità, così come si diversificano da regione a regione le procedure per la sua determinazione. E' comunque sempre la regione a definire l'ambito di operatività del piano, che generalmente coincide con il distretto sanitario, nell'ambito del quale individua gli obiettivi strategici, priorità di intervento e modalità organizzative. Alla regione viene riservata una funzione di guida, promozione e indicazione di principi e contenuti dei piani di zona.

(¹⁹) La regione Emilia Romagna prevede che sulla proposta di piano vi sia il parere della conferenza regione - autonomie locali; la regione Friuli Venezia Giulia richiede l'intesa con conferenza permanente per la programmazione sanitaria; la regione Liguria prevede che sulla proposta di piano sia acquisito il parere del comitato dei sindaci di distretto sociosanitario, della conferenza permanente per la programmazione sociosanitaria regionale e della consulta del terzo settore; la regione Toscana prevede la consultazione della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria; la regione Sardegna prevede il parere del consiglio delle autonomie locali.

Alcune regioni avevano già anticipato la creazione dei piani di zona rispetto alla legge nazionale, ad esempio, Abruzzo, Toscana e Marche, Emilia Romagna, Campania e Liguria hanno recepito le indicazioni fornite dalla disciplina nazionale integrandole con proprie linee di indirizzo; la regione Sardegna non prevedeva tale strumento di programmazione, lo ha introdotto solo di recente con la riforma del sistema socio-assistenziale regionale, diversamente denominandolo: Piano locale unitario dei servizi.

Le regioni che non hanno approvato una legge di riordino tendono in alcuni casi ad assumere una funzione di governo di tipo dirigista, indicando criteri e contenuti che i piani devono avere. Ciò vale ad esempio per la Lombardia, la quale tende a far assumere alla ASL più una funzione di controllo che di partecipazione al piano di zona che è presentato alla ASL già predisposto, e su questo vi è l'intesa della ASL.

Alcune differenze nelle disposizioni regionali si colgono nei diversi ruoli attribuiti ai soggetti istituzionali che concorrono alla predisposizione del piano di zona.

La legge dell'Emilia Romagna ha fatto assumere alle province un ruolo di coordinamento e supporto nella stesura del piano, rispetto a comuni ed ASL, anche tramite gli osservatori provinciali. La regione, avviando una politica di coinvolgimento dal basso, fa partecipare alla predisposizione dei piani anche privati, terzo settore e associazioni sociali di tutela degli utenti, la ASL si limita sottoscrivere il piano senza entrare nella fase di predisposizione. La regione Campania ha optato per una politica di collaborazione e di *service*, più che di governo del settore, adottando atti di sostegno agli enti locali attraverso linee guida e documenti. Le regioni Sardegna e Friuli Venezia Giulia prevedono una redazione congiunta del piano da parte di comuni, ASL e provincia. In Sardegna la fase di predisposizione passa tramite un'apposita conferenza per la programmazione, cui partecipano anche altri soggetti pubblici e privati. Anche in Toscana, la legge di riordino prevede per la predisposizione del piano di zona una conferenza istruttoria cui partecipano ASL, organizzazioni sindacali, associazioni di tutela dei consumatori, rappresentanti terzo settore, ai quali è anche riconosciuta la possibilità di presentare progetti innovativi per la gestione dei servizi.

Ai fini di una politica di integrazione degli interventi sociali e sanitari, a livello di zona-distretto, la legge della regione Toscana, prevede il piano integrato di salute. Questo sostituisce il piano di zona, nel caso in cui siano attivate (attualmente in fase sperimentale) le società di salute. Queste svolgono il ruolo di gestore ed erogatore delle cure primarie, delle attività socio-sanitarie e di quelle specialistiche di base. La legge regionale specifica che le società di salute sono "basate su modalità organizzative e di governo integrate tra comuni e aziende unità sanitarie locali. Queste assumono le competenze attribuite alla conferenza dei sindaci. I comuni possono conferire alla società della salute funzioni e compiti di coordinamento, direzione, organizzazione di servizi e

interventi sociali ed, eventualmente, di gestione, in relazione allo sviluppo del processo di integrazione. Le società della salute organizzano le funzioni proprie del livello di zona-distretto sulla base degli indirizzi dettati dagli atti di programmazione regionale”⁽²⁰⁾.

La regione Liguria ha previsto due livelli di programmazione locale. Un primo livello distrettuale, tramite il piano sociosanitario del distretto, che è approvato dal comitato dei sindaci d’intesa con il direttore generale della ASL. Il piano di distretto definisce gli obiettivi, i bisogni e gli interventi di tipo sociosanitario. A livello di distretto, è previsto un ulteriore atto di programmazione, il programma delle attività sociali, predisposto dal solo comitato dei sindaci, nel quale sono definite le prestazioni essenziali da garantire nel territorio. Il secondo livello di programmazione si realizza attraverso il piano di ambito territoriale sociale, che rappresenta il vero strumento di organizzazione locale dei servizi. Il piano è predisposto dalle unità operative multiprofessionali, che rappresentano gli operatori che lavorano nel territorio di riferimento, ed approvato attraverso intesa o accordo di programma dalla conferenza dei sindaci.

3.2. Sistemi informativi e strumenti di valutazione e monitoraggio

La maggior parte delle regioni ha previsto la creazione di sistemi informativi dei servizi sociali, sebbene la costituzione di questo tipo di servizio non rappresenti più un obbligo per il legislatore regionale⁽²¹⁾. La riforma costituzionale ha fatto venir meno il carattere vincolante delle disposizioni contenute nell’art. 21 c.l. l. n. 328/2000, tuttavia la creazione di un sistema informativo, è stato considerato dai legislatori regionali come uno strumento indispensabile ai fini di una organizzazione e programmazione dell’offerta dei servizi e degli interventi sociali che tenga conto degli effettivi bisogni del territorio.

Sostanzialmente previsto in tutte le regioni come elemento di supporto alla programmazione regionale, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha evidenziato “un certo sbilanciamento dell’attività di conoscenza sulla dimensione dell’offerta dei servizi, a discapito dell’analisi dei bisogni. Meno della metà presentano, nei loro documenti, una analisi puntuale della situazione socio-demografica dalla quale ricavare il quadro dei bisogni prioritari, mentre quasi tutte, ad eccezione delle regioni che regolano la materia con ricorso a leggi regionali, inseriscono nello

⁽²⁰⁾ L.r. Toscana n. 40/2005, art.36.

⁽²¹⁾ L. n. 328/2000 art. 21, c.1 prevedeva che “Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l’attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell’occupazione”.

strumento di programmazione una descrizione degli interventi con un grado di approfondimento variabile”⁽²²⁾).

Analizzando le leggi di riordino del sistema dei servizi sociali regionali⁽²³⁾, emanate dopo la legge n.328/2000, si evidenziano dei tratti comuni, come la previsione di un servizio informativo in grado di raccogliere dati sui bisogni sociali e su andamento della spesa, in modo pressoché analogo, e talvolta con esplicito riferimento, alle disposizioni nazionali⁽²⁴⁾. Non sempre i soggetti che partecipano alla istituzione e gestione del sistema informativo sono i medesimi, nel caso di Calabria, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Toscana sono la regione, le province ed i comuni, in Emilia Romagna i soggetti sono la regione e le province, in Sardegna sono invece la regione ed i comuni, in Piemonte e Liguria infine solo la regione.

Sono previsti osservatori sulle politiche sociali, con funzioni di monitoraggio, supporto e valutazione dei fenomeni sociali, talvolta con la partecipazione di università ed enti di ricerca (come in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana). In Sardegna è previsto un osservatorio sulle povertà ed un particolare osservatorio sugli appalti. In Puglia è prevista altresì l’istituzione, nell’ambito dell’osservatorio per le politiche sociali, di un osservatorio permanente sulle famiglie e le politiche familiari.

Nelle leggi regionali approvate dalle regioni Valle d’Aosta e Molise⁽²⁵⁾, nello stesso anno di approvazione della legge n. 328/2000, e nelle linee guida della regione Campania non sono presenti espliciti riferimenti a sistemi informativi, ma sono previsti osservatori per le politiche sociali con funzioni di raccolta ed analisi dei dati.

Alcune leggi quadro regionali prevedono strumenti di valutazione sullo stato di attuazione della legge, come ad esempio, le relazioni presentate dalla Giunta regionale⁽²⁶⁾ al Consiglio con cadenza annuale in Emilia Romagna, Sardegna e Valle d’Aosta, con cadenza triennale in Friuli Venezia Giulia⁽²⁷⁾ e Toscana.

E’ da segnalare come la regione Toscana preveda un doppio livello di valutazione: regionale, attraverso la relazione triennale della Giunta al Consiglio “al fine di valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel piano integrato sociale regionale, conoscere l’evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato dei servizi, nonché disporre di elementi per la programmazione di

⁽²²⁾ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, settembre 2005.

⁽²³⁾ L.r. Calabria n. 23/2003, art. 19; l.r. Emilia Romagna n. 2/2003, art. 28; l.r. Liguria n. 12/2006; art. 29; l.r. Friuli Venezia Giulia l.r. n. 6/2006, art. 25; l.r. Piemonte n. 1/2004, art. 15; l.r. Puglia n. 19/2006, art 13; l.r. Sardegna n. 23/2005, art. 35; l.r. Toscana n. 41/2001, art 41.

⁽²⁴⁾ V. , ad esempio, l.r. Calabria n. 23/2003, art. 19 e l.r. Emilia Romagna n. 2/2003, art. 28.

⁽²⁵⁾ L.r. Molise n. 1/2000, l.r. Valle d’Aosta n. 5/2000.

⁽²⁶⁾ Nel caso della Sardegna l’art. 36, della l.r. n. 23/2005 specifica che è il Presidente delle regione a presentare al Consiglio un rapporto annuale sullo stato di attuazione delle legge.

⁽²⁷⁾ La l.r. Friuli Venezia Giulia n. 6/2006, all’art. 61, qualifica la relazione della Giunta come vera e propria clausola valutativa.

settore”⁽²⁸⁾, ed un secondo livello, di zona-distretto, in cui è prevista una relazione consuntiva quale “strumento annuale di verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona”.

La regione Emilia Romagna prevede un’ulteriore relazione, a cinque anni dall’entrata in vigore della legge da parte della Giunta al Consiglio regionale ai fini di ”un’analisi d’impatto. Tale analisi si concentra su: a) i destinatari degli interventi del sistema integrato, valutando il grado di soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché il livello di qualità dei servizi resi e degli interventi attuati; b) gli enti locali e gli altri soggetti coinvolti nell’attuazione della legge, con riferimento alla capacità degli stessi di fare fronte ai compiti assegnati; c) l’andamento della spesa sociale dei comuni, in relazione ai servizi resi ed agli interventi attuati”⁽²⁹⁾.

Per quanto riguarda le regioni che non hanno approvato una legge di riordino è da segnalare l’assenza in Lombardia di un sistema informativo specifico per il sociale, quello della provincia di Bolzano non risulta aggiornato, in Umbria è relativo solo ad alcune aree tematiche⁽³⁰⁾.

4. *LIVEAS*

Il concetto di livelli essenziali nell’area socio-assistenziale è stato sostanzialmente introdotto dalla legge n. 328/2000, mutuando parzialmente tale concezione dal settore sanitario. Allo Stato, dopo la riforma costituzionale, non compete più solo l’indicazione dei principi o una funzione programmatica rispetto ai LIVEAS, ma la loro esatta definizione che dovrebbe garantirne l’esigibilità e qualificarli come veri e propri diritti soggettivi⁽³¹⁾.

Tuttavia il legislatore nazionale non ha ancora dato una definizione circoscritta dei LIVEAS nell’area socio-assistenziale per una complessa serie di motivi, tra cui la natura stessa delle prestazioni e servizi che li rende strettamente legati ai bisogni specifici dei destinatari e della loro situazione personale, la forte disomogeneità territoriale nella distribuzione e tipologia dei servizi

⁽²⁸⁾ L.r. Toscana n. 41/2005, artt. 41, 42, 43.

⁽²⁹⁾ L.r. Emilia Romagna n. 2/2003, art. 51.

⁽³⁰⁾ Per maggiori approfondimenti sullo stato di effettivo avvio dei sistemi informativi regionali v. G. MOBILIO, *Gli osservatori sociali regionali per le politiche sociali*, relazione presentata al convegno sui livelli essenziali delle prestazioni, 29-30 giugno 2006, Napoli.

⁽³¹⁾ Per maggiori approfondimenti: A. BANCHERO, *I livelli essenziali secondo l’ottica delle regioni*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2003, n. 15-17, pp. 35-38 ; E. FERIOLI, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali*, relazione presentata al convegno a Cagliari 9 dicembre 2003; C. GORI, *I livelli essenziali di assistenza*, in *La riforma dei servizi sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future*, Roma, Carocci Editore, 2002, pp. 55-68; C. SARACENO, *Il federalismo in Italia elementi di discussione. I livelli essenziali di assistenza nell’assetto federale italiano*, in www.reforme.it/federalismo/contributo_Chiera_Saraceno; F. ZAMPARO, *I livelli essenziali delle prestazioni. Federalismo e garanzia dei diritti*, relazione presentata al convegno sui livelli essenziali delle prestazioni, 29-30 giugno 2006, Napoli .

esistenti a livello locale, la mancanza di *standard* minimi comuni, caratteristiche socio-demografiche della popolazione diverse sul territorio nazionale.

L'importanza dei LIVEAS è stata sottolineata dalla Corte costituzionale a giudizio della quale, com'è noto i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, non sono una "materia" in senso stretto, mettendo capo ad una competenza del legislatore statale "idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che il legislatore regionale possa limitarle o condizionarle" (³²). Con la riforma costituzionale la previsione dei LIVEAS rappresenta infatti l'unica garanzia rimasta di uniformità a fronte di una regionalizzazione delle politiche sociali e del venire meno di una pianificazione vincolante a livello nazionale.

La strada individuata per giungere ad una definizione dei LIVEAS è stata quella di una collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali che operano nel settore per arrivare "verso un glossario condiviso. Livelli essenziali delle prestazioni e nucleo essenziale dei diritti costituzionalmente garantiti" da raggiungere tramite "procedure concordate tra Stato e Regioni volte a creare i presupposti per una leale cooperazione tra i livelli di governo" (³³).

In questa situazione quasi tutte le regioni italiane presentano nel loro impianto normativo una spinta verso la definizione dei LIVEAS, in quanto strumento necessario per la creazione di un sistema razionale di offerta di servizi e prestazioni.

Il riferimento ai LIVEAS è presente in tutte le leggi di riordino regionali, che non si discostano significativamente dalla legge nazionale nell'elencare misure ed attività che devono essere garantite. L'indicazione della tipologia di servizi, che devono assicurare i livelli essenziali di assistenza, è invece presente solo in alcune leggi regionali (Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Puglia), la Toscana e la Liguria operano un rinvio al piano sociale regionale. Le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi sono oggetto di rinvio a disposizioni di programmazione regionale, come i piani sociali in Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia e Toscana, o in altri atti successivi come ad esempio in Piemonte. Il Friuli Venezia Giulia specifica inoltre che le condizioni di esigibilità saranno definite nel piano sociale.

In alcune leggi di riordino vengono indicati i criteri sulla base dei quali, negli atti successivi, dovranno essere stabiliti i livelli delle prestazioni e dei servizi. Il criterio prevalente è quello del "bisogno", mentre il limite è rappresentato dalle risorse disponibili.

(³²) V. la sentenza n. 282 del 2002 pubblicata in www.giurcost.org > decisioni > 2002.

(³³) Documento preparatorio sui Lea del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, marzo 2004, pubblicato in www.welfare.gov.it/.../Livelliessenzialidelleprestazionidiassistenzasociale

Il Piemonte individua come criteri per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni i bisogni della popolazione, la necessità di distribuzione omogenea sul territorio in relazione alle caratteristiche socio-economiche, l'analisi degli indicatori di risultato e di benessere sociale individuati nel piano sociale regionale e le risorse disponibili. Il Piemonte inoltre arricchisce l'elenco dei servizi previsti a livello nazionale con servizi per l'affidamento, le adozioni e l'assistenza economica. La Toscana, prevede che la definizione dei LIVEAS debba avvenire, nel piano sociale integrato, sulla base del fabbisogno rilevato, e che in tale sede siano definite le eventuali prestazioni aggiuntive da assicurare nell'ambito del finanziamento regionale. L'Emilia Romagna, nell'elencazione dei servizi e prestazioni essenziali si rifà alla legge nazionale e stabilisce che la definizione dei LIVEAS debba avvenire sulla base dei bisogni rilevati nel rispetto di criteri di equità, efficacia ed appropriatezza, tenuto conto delle risorse disponibili. La Sardegna individua come criteri per la definizione dei livelli in ambito regionale, la misura del finanziamento e gli standard di erogazione con riferimento alla popolazione assistita e ai suoi bisogni.

Tra le regioni che non hanno emanato una recente normativa di riordino vi sono alcune che avevano anticipato la normativa nazionale, come ad esempio l'Umbria e la Basilicata, altre hanno posto le basi per la costruzione di un sistema, quali Campania, Lazio, Marche, Sicilia, Val d'Aosta ed il Veneto.

La politica della regione Lombardia è fortemente indirizzata verso una razionalizzazione della spesa, definendo i LIVEAS come "livelli necessari garantiti a livello nazionale" in cui "i livelli garantiti trovano un limite nelle risorse disponibili". Vengono affiancati ai livelli nazionali ulteriori livelli garantiti e finanziati a livello regionale, con un sistema assicurativo obbligatorio, integrativo del SSN che dovrebbe per il futuro assicurare una copertura del rischio socio-sanitario per malati cronici, disabili, ed anziani non autosufficienti ⁽³⁴⁾.

Il Lazio ha definito una griglia di LIVEAS come funzioni assistenziali da inserire nei piani di zona e da assicurare in ogni zona/distretto ricalcando dalla legge nazionale le tipologie di prestazioni e servizi-aree di intervento. La Campania (come altre regioni es. Sicilia) indica delle priorità (segretariato sociale, antenne sociali) nella realizzazione dei LIVEAS che devono essere recepite nei piani di zona .

Al di là delle diverse scelte operate dai legislatori regionali, è comunque riscontrabile una tendenza alla condivisione con le autonomie locali soprattutto nella individuazione delle priorità, ed in quest'ambito i LIVEAS sono visti come esigenza primaria nei processi di programmazione regionale e uno strumento per la razionalizzazione delle risorse.

⁽³⁴⁾ Per un'analisi più approfondita del sistema lombardo, E. RANCI ORTIGOSA, *Il Piano sociosanitario lombardo*, in *Prospettive sociali e sanitarie*, 2002, n. 21, pp. 1-4.

5. Autorizzazioni ed accreditamento

Il sistema di autorizzazione ed accreditamento nel settore sociale è stato introdotto dalla legge n. 328/2000, sostanzialmente rifacendosi a quello previsto in ambito sanitario ma in un quadro definitorio e normativo assai più scarno ove nessuno dei due processi trova una esatta definizione⁽³⁵⁾.

Prima della legge nazionale nessuna regione aveva una regolamentazione dei servizi sociali di questo tipo, la legge cornice ha quindi rappresentato il punto di partenza per l'introduzione di norme regionali che spesso si sono rifatte alle disposizioni nazionali.

Allo Stato spettava il compito di definire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per autorizzare l'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per le comunità di tipo familiare pubbliche e private⁽³⁶⁾; ad ogni regione competeva stabilire i criteri per l'autorizzazione⁽³⁷⁾ sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato; al comune spettava concedere l'autorizzazione per l'esercizio dell'attività, verificati i requisiti minimi strutturali.

L'accREDITAMENTO rappresenta una fase successiva, ma le disposizioni nazionali non contenevano una definizione dell'istituto, descrivendo solo le competenze istituzionali relative al procedimento e lasciando alle regioni il compito di determinare i criteri, senza alcun tipo di indicazione su requisiti "minimi" da rispettare. L'unico "requisito necessario ai fini dell'accREDITAMENTO", indicato dalla legge n.328/2000 all'art. 13 c. 3, era quello dell'adozione della carta dei servizi⁽³⁸⁾ da parte dei soggetti erogatori. Tale disposizione aveva suscitato alcune perplessità, in quanto il predetto requisito era stato invece indicato dal successivo decreto n. 308/2001, tra i requisiti minimi per la concessione dell'autorizzazione. Esso sarà infine diversamente interpretato dai legislatori regionali: Calabria, Friuli Venezia Giulia e Sardegna considerano l'adozione della carta dei servizi requisito necessario per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO, l'Emilia Romagna solo per l'autorizzazione, il Piemonte e la Puglia per l'accREDITAMENTO, la Toscana e la Liguria, infine, non indicano l'adozione della carta come requisito per la concessione di autorizzazione o accREDITAMENTO.

⁽³⁵⁾ Per maggiori approfondimenti v. F. PESARESI, *L'autorizzazione e l'accREDITAMENTO*, in *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Roma, Carocci Editore, 2002, pp.153-166.

⁽³⁶⁾ Il successivo decreto n. 308/2001 aveva stabilito i "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

⁽³⁷⁾ La legge n. 328/2000 prevedeva che le regioni dovessero individuare i criteri sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato e fosse affidato alle regioni la possibilità di integrarli in relazione alle esigenze locali.

⁽³⁸⁾ La carta dei servizi sociali era prevista dall'art. 13 della legge n. 328/2000 e doveva indicare i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità di funzionamento, le condizioni per facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti, le procedure per assicurare tutela agli utenti, anche questa disposizione pur non essendo più vincolante è stata ripresa da tutte le disposizioni regionali di riordino.

Le disposizioni regionali prevedono che sia il comune ad esercitare la funzione di accreditamento sulla base di criteri, principi e procedure stabiliti dalla regione. L'accREDITAMENTO viene sempre subordinato al possesso dell'autorizzazione all'esercizio e ai requisiti ulteriori stabiliti a livello regionale.

Tutte le regioni con una legge di riordino del sistema sociale hanno disciplinato autorizzazione ed accreditamento, prevedendo spesso, dei criteri generali o per entrambi o per uno solo dei due, rinviando ad atti successivi la disciplina di dettaglio (requisiti e procedure per rilascio di autorizzazione ed accreditamento). La legge di riordino della regione Liguria è l'unica che dedica uno spazio limitato agli istituti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO, sostanzialmente estendendo alle strutture sociali, la disciplina già prevista da una precedente legge⁽³⁹⁾, per strutture sanitarie e socio sanitarie⁽⁴⁰⁾.

Le disposizioni regionali presentano alcune differenze andando dalla significativa autonomia, rispetto alle disposizioni nazionali, della regione Toscana, ad una sostanziale riproduzione della disciplina nazionale come nel caso della Sardegna e Calabria.

Le disposizioni di Calabria, Sardegna e Puglia ricalcano quelle nazionali sull'autorizzazione, riprendendo anche l'elencazione delle strutture comunque soggette ad autorizzazione contenuta nel decreto n.308/2001, che risulta in taluni casi ampliata. Tuttavia, nelle disposizioni di Sardegna e Puglia, non vi sono riferimenti al rispetto dei requisiti minimi stabiliti a livello nazionale per la concessione dell'autorizzazione, rinvio invece presente nelle disposizioni di Calabria e Piemonte, mentre nella legge emiliana è presente un generico richiamo al rispetto della normativa nazionale.

Solo le disposizioni delle regioni Friuli Venezia Giulia e Piemonte definiscono l'autorizzazione come il provvedimento che consente il funzionamento di strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche private a ciclo residenziale e semi-residenziale. L'accREDITAMENTO, è definito, con formulazione quasi identica, come il "titolo necessario" per la stipulazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione.

Tra le leggi di riordino solo quelle di Piemonte, Sardegna, Friuli Venezia Giulia contengono dei criteri sui quali stabilire gli ulteriori requisiti per l'accREDITAMENTO: criteri che variano da regione a regione. Piemonte e Friuli Venezia Giulia specificano che i requisiti per l'accREDITAMENTO sono, rispetto a quelli per l'autorizzazione, ulteriori specifici requisiti di qualità. I criteri indicati nella

⁽³⁹⁾ L.r. Liguria n. 20/1999, Norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accREDITAMENTO per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, recepimento del d.p.r. 14 gennaio 1997.

⁽⁴⁰⁾ L'autorizzazione è rilasciata dai comuni per le strutture residenziali e semiresidenziali sociali e socio sanitarie, senza distinguere tra le due tipologie. Riguardo all'accREDITAMENTO sono estese, alle strutture sociali, le competenze della commissione tecnica (l.r. n. 12/2006, art. 48), già prevista dall'art. 13 della l.r. n. 20/1999, che aveva il compito di valutare i requisiti per l'accREDITAMENTO solo delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

legge sono sostanzialmente gli stessi per tutte e tre le regioni: adozione della carta dei servizi, idoneità dei locali, coordinamento con gli altri servizi del territorio, sociali e sanitari, l'adozione di programmi di assistenza personalizzati, adeguatezza del personale, l'adozione di strumenti di valutazione dei servizi erogati.

La legge della regione Puglia contiene una ricca ed articolata classificazione delle strutture soggette ad autorizzazione, che vengono suddivise per tipologia di utenza, ed ogni struttura-tipo è classificata, in base all'assistenza fornita e alla funzione svolta. La regione Puglia sostanzialmente amplia l'autorizzazione, non limitandola alle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche o private a ciclo residenziale e semiresidenziale. Non vengono invece indicati nella legge di riordino i criteri ulteriori per l'accREDITAMENTO la cui definizione è rinviata a disposizioni regolamentari.

In Emilia Romagna l'autorizzazione è considerato requisito necessario per garantire funzionalità e sicurezza nelle attività di servizi e strutture rinviando ad un ulteriore atto la determinazione di quali strutture e servizi sono soggetti ad autorizzazione. L'Emilia Romagna prevede una sorta di accREDITAMENTO automatico, considerando accreditate tutte le strutture cui è stata concessa l'autorizzazione; ma prevede che questo sia concesso "nell'ambito del fabbisogno indicato dalla programmazione regionale" ⁽⁴¹⁾.

La legge della Toscana pone particolare attenzione all'autorizzazione, che prescrive per un ampio elenco, parzialmente diverso da quello indicato nelle disposizioni nazionali, di strutture soggette ad autorizzazione combinando il criterio della tipologia di struttura o servizio, alla tipologia di utenti e tipo di servizio erogato. L'utenza delle strutture è individuata in soggetti disabili, minori, soggetti dipendenti da sostanze da abuso e soggetti che necessitano di una collocazione abitativa protetta. Per le diverse tipologie di strutture indicate viene descritta la funzione, la tipologia di utenza, per particolari strutture la recettività. L'accREDITAMENTO è invece oggetto di rinvio a una legge successiva.

Tra le regioni che non hanno una legge di riordino, ma che hanno adottato provvedimenti successivi in materia, si ricordano, Abruzzo, Lazio, Marche e Veneto ⁽⁴²⁾. Abruzzo e Veneto ⁽⁴³⁾ hanno adottato disposizioni di carattere più generico, richiamandosi alla legge n. 328/2000 e rinviando a successivi atti l'indicazione dei requisiti ulteriori per la concessione di autorizzazione ed accREDITAMENTO, senza fornire indicazioni specifiche sulla tipologia di strutture, destinate a prestare

⁽⁴¹⁾ L.r. Emilia Romagna n. 2/2003, art. 38.

⁽⁴²⁾ L.r. Abruzzo n. 2/2005, Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accREDITAMENTO di soggetti eroganti servizi alla persona; l.r. Veneto n. 22/2002, Autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, DGR n. 2473/2004, n. 2501/2004 e DGR n. 4261/2005, Autorizzazione e accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, socio - sanitarie e sociali.

⁽⁴³⁾ Il Veneto disciplina congiuntamente l'autorizzazioni ed accREDITAMENTO anche delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

servizi socio-assistenziali, ne sul tipo di utenza cui sono rivolte. Diversamente Lazio e Marche ⁽⁴⁴⁾ hanno adottato disposizioni che hanno puntato su autorizzazione ed accreditamento finalizzate a garantire la qualità dei servizi, ove vengono classificate le strutture, a seconda della tipologia di utenza, minori, anziani, disabili, persone con problematiche psico-sociali, le funzioni svolte, i servizi e gli interventi erogati.

La concessione dell'autorizzazione è talvolta legata alla programmazione dei servizi a livello locale o regionale come in Veneto; il collegamento con la programmazione è invece previsto nelle Marche e Valle d'Aosta per l'accredimento.

Da segnalare la particolarità della scelta operata dalla provincia autonoma di Trento, che ha sostanzialmente previsto il solo sistema di autorizzazioni, come requisito per consentire ai soggetti erogatori di prestazioni di entrare nel circuito del sistema pubblico dei servizi, escludendo il successivo passaggio dell'accredimento.

6. Conclusioni

Dalla breve analisi condotta emerge come le politiche sociali in Italia, tanto a livello nazionale che regionale, siano state profondamente segnate dall'approvazione della legge n. 328/2000 e dalla riforma del titolo V della Costituzione; la prima, pur non avendo avuto il tempo di raggiungere gli obiettivi sperati al momento della sua approvazione, tra cui il superamento di un sistema di profondamente disomogeneo, ha rappresentato uno spartiacque importante per i legislatori regionali in materia di servizi socio-assistenziali, la seconda ha sostanzialmente attribuito alle regioni competenza esclusiva nel settore delle politiche socio-assistenziali, rendendole gli attori principali dell'organizzazione e programmazione del settore, anche in situazioni in cui non sempre esiste una consolidata tradizione politica di gestione, con il rischio che occorra del tempo per mettere appunto strumenti adeguati di gestione ed al contempo non faciliti il raggiungimento di una rete di servizi omogenea sul territorio nazionale.

Alcune regioni, anche se meno della metà, hanno scelto la strada di una legge organica di riordino che ha avuto come punto di riferimento la legge nazionale, tanto nel caso di regioni con una consolidata tradizione di politiche sociali alle spalle, come l'Emilia Romagna o la Toscana, quanto regioni, che fino all'approvazione della legge regionale di riordino, erano sempre intervenute con leggi settoriali senza un piano organico, come la Sardegna o la Puglia.

⁽⁴⁴⁾ L.r. Lazio n. 41/2003, Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali; l.r. Marche n. 20/2002, Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale.

Diversamente, la maggior parte delle regioni a cinque anni dall'approvazione della legge nazionale non ha ritenuto opportuno intervenire con una legge organica di riordino del settore, anche in considerazione della competenza in materia loro riconosciuta a seguito della riforma costituzionale. In alcuni casi perché la normativa di riordino regionale risale alla seconda metà degli anni '90 come ad esempio nella regione Umbria o addirittura coeva all'approvazione della legge nazionale, come nel caso del Molise e della Valle d'Aosta. In altre regioni esiste una volontà di riordino espressa da disegni di legge non ancora giunti ad approvazione, come nel caso del Veneto e dell'Abruzzo. Infine, in alcune regioni, si è privilegiata la scelta dell'approvazione del piano sociale, quale strumento organizzativo dei servizi, sulla scorta della legislazione regionale preesistente.

Il nodo principale è, invece, rappresentato dalla definizione dei LIVEAS, competenza dello Stato, ma da avviare attraverso un percorso congiunto con le regioni. La questione riveste importanza fondamentale anche perché strettamente collegata al finanziamento della spesa socio-assistenziale che resta principalmente a carico dello Stato attraverso il Fondo sociale nazionale. Su questo aspetto si innesta un'altra problematica relativa alla spesa sociale, di cui lo Stato resta il principale gestore a fronte di una riconosciuta potestà legislativa esclusiva delle regioni, mentre competenze e funzioni amministrative sono affidate ai comuni. A carico dello Stato sono infatti la gran parte delle erogazioni monetarie (pensioni, assegni sociali, assegni di accompagnamento, etc.), pari a circa due terzi della spesa socio-assistenziale, la quota più significativa della spesa sociale, che risulta pertanto sottratta alla competenza e all'iniziativa legislativa delle regioni e all'azione amministrativa dei comuni.

Un altro aspetto potenzialmente problematico, innescato dalla riforma costituzionale, è dato dal rapporto Stato-regioni-comuni. Poiché le regioni, vere registe della politica socio-assistenziale, libere da indirizzi e vincoli dello Stato centrale, devono avviare una politica di cooperazione con i governi locali non sempre politicamente omogenei rispetto al governo regionale. Tale situazione, in mancanza di una consolidata tradizione politica di gestione della materia, rischia di generare situazioni di forte conflittualità se non mediate da un livello superiore.