

**PUBBLICATO SULLA RIVISTA “PROSPETTIVE ASSISTENZIALI” N.152 OTTOBRE  
DICEMBRE 2005**

MAURO PERINO

**I SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI PER LE PERSONE CON HANDICAP  
INTELLETTIVO E / O FISICO GRAVE .**

Secondo l'impostazione voluta dai Comuni di Collegno e Grugliasco, l'attività del CISAP<sup>1</sup>. deve essere espletata a beneficio della comunità locale nel suo complesso ed a tal fine deve concretizzarsi nella fornitura di prestazioni e servizi – gratuiti o a pagamento – a tutti i cittadini *in condizioni di difficoltà* personale o familiare.

**Assicurare il diritto all'assistenza sociale e socio sanitaria.**

*Tutela dei diritti ed offerta di opportunità* sono dunque gli elementi sui quali si è incentrata l'attenzione del consorzio. *Diritti esigibili* per i (relativamente pochi) cittadini in condizioni di grave disagio ed *opportunità* per i cittadini (potenzialmente “tutti”) che, pur essendo in difficoltà personale o familiare, sono in grado di “mettere in campo” risorse proprie.

Ai minori privi delle cure familiari, ai soggetti con handicap intellettivo, agli anziani non in grado di provvedere alle proprie esigenze, alle gestanti e madri in difficoltà ed a tutte le persone che necessitano di prestazioni specifiche per uscire dalla schiavitù dell'emarginazione, non basta infatti assicurare che non verranno esclusi e che non saranno ostacolati da barriere informative, culturali o fisiche nell'accesso ai servizi<sup>2</sup>.

La legge 8 gennaio 2004 n. 1 della Regione Piemonte<sup>3</sup> - che detta le “*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*” – pur ribadendo, all'articolo 22, il concetto di “accesso prioritario” per le fasce più deboli, riconosce, “*a ciascun cittadino il diritto di esigere, secondo le modalità previste dall'ente gestore istituzionale, le prestazioni sociali di livello essenziale di cui all'articolo 18*”.

Nonostante la mancata definizione degli standard delle prestazioni da garantire (l'articolo 18 si limita infatti ad elencare le prestazioni di livello essenziale) è dunque opportuno che gli Enti gestori si impegnino ad assicurare, alle persone in condizione di maggiore debolezza, il diritto all'assistenza, non in via prioritaria, ma in regime di certezza.

Il quadro regolamentare e la programmazione locale devono pertanto prevedere che a queste persone vengano, in ogni caso, garantite le prestazioni necessarie. A tal fine gli Enti titolari delle funzioni sociali - così come le Aziende sanitarie locali, titolari delle funzioni sanitarie a rilievo

---

<sup>1</sup> Il territorio dei Comuni di Collegno e Grugliasco si estende su una superficie di 31,24 Km<sup>2</sup> collocata al confine ovest del Comune di Torino. I due comuni hanno una lunga tradizione di gestione associata dei servizi socio sanitari. Il primo consorzio viene formato nel 1978 e viene poi sciolto quando nel 1983 i servizi vengono conferiti all'USSL. Dal 1996 i comuni ritirano la delega alla neo nata Azienda sanitaria locale e formano il CISAP. Nell'ambito intercomunale di competenza del Consorzio risiedono, al 31.12.2004, 87.609 abitanti. Di questi 5.872 (il 6% circa) appartengono a nuclei familiari seguiti dal CISAP nel corso dell'anno.

<sup>2</sup> Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001 “*Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 – 2003*”, parte 1 “*Le radici delle nuove politiche sociali*”.

<sup>3</sup> Legge Regionale 8 gennaio 2004, n.1 “*Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento*”.

sociale e di quelle ad elevata integrazione sanitaria - devono provvedere alla puntuale quantificazione delle risorse finanziarie, umane e patrimoniali destinate alla realizzazione dei servizi preposti ad erogare le prestazioni di livello essenziale<sup>4</sup>.

Se è (relativamente) semplice vincolare le risorse consortili da destinare all'assolvimento dei *doveri istituzionali* nei confronti dei destinatari di prestazioni socio assistenziali di livello essenziale, meno agevole è ottenere che l'Azienda sanitaria di riferimento assolva ai propri obblighi per quanto attiene alle prestazioni afferenti all'area socio sanitaria<sup>5</sup>.

Il Consorzio è pertanto chiamato a svolgere una funzione promozionale nei confronti dell'Azienda sanitaria locale affinché, a livello distrettuale, venga garantito, agli aventi diritto, l'accesso alle prestazioni socio sanitarie di livello essenziale.

### **L'articolazione dell'assistenza socio sanitaria a favore dei soggetti con handicap.**

Un primo importante risultato delle azioni messe in atto dai Consorzi dell'area ovest di Torino è rappresentato dalla firma – avvenuta nel 2004 – di un accordo di programma con l'Azienda sanitaria locale n. 5<sup>6</sup> finalizzato all'applicazione, a livello territoriale, dei livelli essenziali di assistenza relativi all'articolazione delle cure domiciliari e dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei soggetti con handicap.

In attuazione dell'accordo si è provveduto alla revisione del modello organizzativo del Distretto sanitario n. 1 dell'A.S.L 5 (coincidente con l'ambito territoriale del C.I.S.A.P) al fine di assicurare - agli adulti ed anziani affetti da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza ed ai soggetti con handicap - il diritto di accesso ai servizi socio sanitari e, quindi, alla valutazione multidisciplinare del bisogno ed alla definizione di un progetto individualizzato di intervento che sia costantemente monitorato e valutato.

Lo strumento idoneo ad assicurare ai cittadini l'esercizio del *diritto di accesso* al complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria è stato individuato nello *sportello socio sanitario distrettuale* che viene gestito in forma integrata attraverso le strutture operative Consortili e del Distretto 1 A.SL. 5<sup>7</sup>

Lo sportello distrettuale consente di fornire una puntuale informazione sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto 1

---

<sup>4</sup> Con riferimento alle *"Funzioni delle Aziende sanitarie locali"* nell'articolo 7, comma 1, della L.R. 1/2004 si precisa infatti che queste ultime: *"assicurano, secondo la normativa vigente e secondo le modalità individuate nei piani attuativi aziendali, nei programmi delle attività territoriali e nei piani di zona, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria* garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei comuni". Coerentemente con tale impostazione l'articolo 9, comma 5, della legge regionale assegna alla competenza dei soggetti gestori dei servizi sociali: *"le attività sociali a rilievo sanitario"* con l'obbligo di garantirne *"l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL"*.

<sup>5</sup> Il riferimento è alle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria - di cui all'articolo 3 septies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i – che l'allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M. 29.11.2001 *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza "* ed il D.P.C.M. 10.02.2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie"* assegnano, rispettivamente, alla titolarità del S.S.N. ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite tramite i propri Enti gestori.

<sup>6</sup> Il testo dell'Accordo è disponibile sul sito del C.I.S.A.P: [www.cisap.to.it](http://www.cisap.to.it)

<sup>7</sup> Il gruppo degli operatori addetti allo sportello - composto da personale appartenente comparto sanitario ed al Consorzio – viene integrato con gli operatori (di cooperativa) che hanno maturato esperienza pluriennale nella gestione degli sportelli delle agenzie accreditate dal Consorzio per la fornitura dei servizi di assistenza domiciliare nell'area intercomunale.

dell'ASL 5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta e l'erogazione degli interventi. Lo sportello svolge inoltre una funzione di orientamento della domanda attraverso il sostegno del cittadino che manifesta l'esigenza di essere coadiuvato nell'assunzione di una decisione consapevole in merito al piano assistenziale da attivare per sé o per i congiunti in difficoltà.

Altro importante obiettivo realizzato è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e consortili) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione, sino alla definizione degli impegni economici). Al cittadino viene, in tal modo, offerta la possibilità di interloquire con un'unica struttura per quanto attiene allo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore del buono di servizio o dell'assegno di cura - da utilizzare per l'acquisto delle prestazioni domiciliari non erogate direttamente da operatori sanitari - e del valore dell'integrazione della retta da porre a carico dell'ASL/Utente/Consortio nei casi di attivazione di interventi semi residenziali/residenziali.

Agli operatori dello sportello distrettuale viene richiesto – in buona sostanza - di svolgere la funzione di “*case manager*” e di attivare e coordinare i “*care giver*” di cooperativa o assunti direttamente dalle famiglie attraverso l'assegno di cura. Devono inoltre offrire consulenza ai “*care giver* informali” (familiari) al fine di agevolarli nella fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale.

Lo sportello distrettuale opera in stretto raccordo con le *Unità di Valutazione Distrettuali* alle quali è richiesto di:

- ❖ individuare, attraverso la valutazione multi dimensionale, i bisogni sanitari e socio sanitari dei cittadini indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando – ove possibile – il mantenimento al domicilio delle persone che lo desiderino;
- ❖ garantire completa informazione – anche mediante documentazione scritta – alle persone ed alle famiglie sui loro diritti e relativamente alle procedure per fruire del complesso delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali erogabili dal Sistema Sanitario e Sociale della Regione Piemonte;
- ❖ predisporre e/o approvare il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I) identificando la fascia d'intensità assistenziale ed il livello di prestazioni adeguato;
- ❖ assicurare il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati.

Lo sportello del distretto è il riferimento unico per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione multidisciplinare. L'Unità preposta alle persone disabili effettua la valutazione della situazione psichica, fisica e sociale dei soggetti con handicap di ogni età con esclusione degli ultra sessantacinquenni - che rientrano nelle competenze dell'Unità di Valutazione Geriatrica – su richiesta dei soggetti stessi, degli esercenti la potestà genitoriale o degli eventuali tutori.

Come nel caso degli anziani cronici non autosufficienti, le richieste di valutazione e di intervento vengono formulate su apposito modulo nel quale sono elencate le prestazioni di livello essenziale alle quali è possibile accedere<sup>8</sup>. Nel modulo è inoltre previsto un apposito spazio per

---

<sup>8</sup> Le prestazioni essenziali socio sanitarie che l'Unità di Valutazione fornisce alle persone disabili, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'ASL n. 5 e gli Enti gestori ad essa afferenti, sono: *Affidamento intra ed etero familiare* con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%; *Cure domiciliari* con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza; *Assegno di cura* - purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali - con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%; *Assistenza educativa territoriale* con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003; *Inserimento in Centro di Addestramento Disabili* con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del

l'espressione del consenso ad eventuali processi di rivalutazione, richiesti dai soggetti coinvolti nel progetto individualizzato, fermo restando il diritto del cittadino ad opporsi a conclusioni della rivalutazione con le quali non concordasse.

A tutela del cittadino sottoposto a valutazione, è prevista la possibilità che ai lavori dell'équipe possa partecipare il medico di fiducia dallo stesso indicato che diviene, a tutti gli effetti, componente dell'Unità di Valutazione.

Con specifico riferimento alle persone con handicap è previsto che L'Unità di Valutazione individui, per ogni persona seguita, un referente del progetto assistenziale ed un referente sanitario che assume la responsabilità sul piano clinico – riabilitativo dell'intervento. L'esito della valutazione viene comunicato all'interessato in forma scritta ed all'interessato viene data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

L'obiettivo che si intende perseguire con il nuovo modello organizzativo è di integrare gli interventi socio sanitari offerti in ambito distrettuale, al fine di perseguire efficacemente la completezza e la continuità assistenziale, assicurando l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali di assistenza alle persone in condizioni di non autosufficienza o con problematiche connesse all'handicap.

Coerentemente con tale impostazione, ad ogni persona valutata viene data facoltà di richiedere uno o più interventi - tra quelli indicati nell'Accordo di Programma tra Azienda sanitaria ed Enti gestori - e non obbligatoriamente il ricovero in struttura. Inoltre - dal momento della presa in carico con l'intervento ritenuto più idoneo in sede di valutazione - viene garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione, prevedendo di rispondere agli aggravamenti con la proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione.

#### **Le prestazioni essenziali erogate alle persone con handicap.**

Nel corso del 2004 il C.I.S.A.P ha fornito assistenza a 368 persone con handicap (275 adulti e 93 minori) con una spesa di 1.722.000 euro che rappresenta il 31% degli impieghi finanziari per la realizzazione del programma complessivo annuale. Alla spesa consortile (una media annua pro capite quantificata in circa 4.700 euro) va aggiunta quella sostenuta direttamente dall'Azienda sanitaria. Gli interventi erogati a livello domiciliare e territoriale hanno coinvolto 313 persone. I disabili ospitati in strutture residenziali sono stati 55.

#### *Informazione e consulenza per favorire la fruizione dei servizi.*

Tra le prestazioni essenziali destinate a soggetti con handicap che secondo l'articolo 19, comma 2, della L.R 1/2004 *“costituiscono la risposta minima ed omogenea che i comuni tramite gli enti gestori sono tenuti a garantire su tutto il territorio piemontese”* assume grande importanza la fornitura dell'informazione e della consulenza necessarie a favorire la fruizione dei servizi. A livello consortile l'attività viene svolta attraverso le sedi territoriali di servizio sociale, lo “sportello sociale” attivato in accordo con la Provincia di Torino e – come si è detto - attraverso lo “sportello socio sanitario distrettuale”, presso il quale è operativo un “centro di informazione e consulenza per disabili e famiglie” gestito in partnership dal Consorzio, dall'Azienda sanitaria e dalle Cooperative sociali accreditate.

#### *Superamento delle carenze del reddito familiare e contrasto alla povertà.*

---

23.12.2003; *Inserimento in Centri Diurni* con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003; *Inserimenti in Comunità residenziali* convenzionate con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003; *Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza* con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Le persone con handicap in situazioni di indigenza possono accedere ai servizi preposti a fornire sostegno economico. Di tali interventi (erogazione di contributi economici, fornitura di buoni pasto e di tessere di esenzione dal pagamento dei ticket sanitari) hanno beneficiato, nel 2004, 43 adulti disabili e 7 minori.

*Mantenimento a domicilio delle persone e sviluppo della loro autonomia.*

Di fondamentale importanza è la fornitura di servizi di assistenza domiciliare sociale e socio sanitaria. Nel corso del 2004 i disabili adulti in carico con interventi svolti presso il domicilio sono stati 52 ed i minori 12.

Le richieste di prestazioni domiciliari afferenti all'area socio sanitaria vengono soddisfatte con la fornitura di interventi domiciliari, svolti dalle cooperative sociali accreditate, oppure attraverso l'erogazione di un assegno di cura finalizzato alla regolare assunzione di un assistente personale da parte dell'utente o dei suoi familiari.

Nell'ambito degli interventi domiciliari rivolti specificamente ai minori con handicap il Consorzio ha inoltre attivato, da alcuni anni, il progetto "Verso casa" che si rivolge ai bambini con handicap diagnosticato alla nascita ed alle loro famiglie e prevede l'accompagnamento del nucleo, dall'ospedale a casa, ed il sostegno psicologico, educativo ed assistenziale sino al compimento del terzo anno di vita del bambino. Il progetto è realizzato attraverso l'azione integrata dei servizi ospedalieri e di quelli sociali e sanitari territoriali. Nei prossimi anni si opererà per il graduale "abbattimento" della barriera dei tre anni, al fine di mantenere costante la presa in carico nel corso del successivo percorso di vita del bambino e della sua famiglia. Nel 2004 le famiglie coinvolte nel progetto sono state 19 per complessivi 20 minori presi in carico.

Per favorire la piena integrazione delle persone con handicap permanente e grave limitazione dell'autonomia personale il C.I.S.A.P ha attivato sin dal 2000 – in applicazione della legge 162/98<sup>9</sup> - il progetto "S.A.V.I Servizio di Aiuto alla Vita Indipendente". Si tratta di una attività rivolta a persone con handicap fisico di età compresa tra i 18 ed i 64 anni che – in alternativa alla fruizione dei normali servizi di assistenza domiciliare – optano per una "assistenza personale autogestita"<sup>10</sup>. A tal fine elaborano un proprio "progetto di vita indipendente" che comprende un programma assistenziale per il quale richiedono il finanziamento. Il consorzio "negozia" l'entità del contributo economico con gli interessati e provvede alla periodica erogazione, attingendo ad un fondo annuale composto da uno stanziamento consortile e da un contributo regionale finalizzato alla promozione dell'assistenza autogestita. La persona con handicap è libera di scegliere il proprio assistente personale ed è tenuta a regolarizzare il rapporto di lavoro, assumendosi ogni onere assicurativo e previdenziale. La persona che sceglie questo percorso si impegna a fornire al Consorzio tutta la documentazione necessaria ad effettuare gli opportuni controlli.

---

<sup>9</sup> Nel maggio 1998 il Parlamento approva la legge n 162, che modifica e aggiorna alcune parti della legge n°104 del 1992. A seguito delle integrazioni apportate all'articolo 39 della legge quadro sull'handicap "Le regioni *possono provvedere*, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, *nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio:..... a disciplinare*, allo scopo di *garantire il diritto ad una vita indipendente* alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, *le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati* per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia (l – ter)".

<sup>10</sup> L'esperienza è descritta nell'articolo di Gianni Pellis "L'assistenza personale autogestita: una realtà innovativa per le persone con handicap", in *Prospettive Assistenziali* n°137, 2002 e nel volume "*Handicap grave – autonomia e vita indipendente*" edito dal Gruppo Solidarietà. Moie di Maiolati Spontini (AN).

Accanto agli interventi finalizzati ad assicurare l'assistenza a livello domiciliare ed agli interventi di supporto all'autonomia svolti in ambito scolastico da parte dei Comuni, sono previsti specifici interventi educativi rivolti ai soggetti disabili che – a causa delle condizioni di gravità – non possono accedere all'inserimento lavorativo. Per le persone – in genere giovani – che necessitano di tali interventi la competente Unità di Valutazione concorda con gli utenti e con le famiglie specifici progetti individuali che si articolano a livello territoriale attraverso l'inserimento, non finalizzato all'assunzione, in contesti occupazionali e/o socializzanti (18 persone in carico nel 2004) oppure nell'ambito di strutture diurne.

Specifiche attività educative in ambito intra ed extra scolastico vengono inoltre svolte a beneficio dei disabili sensoriali in carico al Consorzio (12 nel 2004).

Il Consorzio e l'Azienda sanitaria riconoscono il volontariato intra familiare. Alle famiglie che continuano a farsi carico di un congiunto ultra diciottenne in situazione di particolare gravità e frequentante i centri diurni viene fornito un contributo mensile a titolo di riconoscimento del carico (in termini di fatica e di spesa) che grava sul nucleo<sup>11</sup>.

*Soddisfacimento delle esigenze di tutela semi residenziale e residenziale delle persone non autonome e non autosufficienti.*

I soggetti con handicap intellettuale ultra diciottenni in carico al Consorzio attualmente inseriti in centri diurni sono 74 (68 sul territorio e 7 in centri esterni). Le persone ospitate nelle diverse strutture residenziali vengono quantificate in 55 unità.

La rete dei servizi semi residenziali e residenziali territoriali è articolata in Centri Diurni e Comunità Alloggio differenziati per tipologia e modalità di funzionamento sulla base delle esigenze e delle caratteristiche dell'utenza. Entro la fine del 2006 tutte le strutture opereranno a regime ed il Consorzio potrà disporre di:

- 90 posti presso i 5 presidi diurni per soggetti più gravi (1 centro ogni 18.000 abitanti) e di 10 posti presso un "Centro di produttività sociale" destinato a persone che – nonostante il buon grado di autonomia - non possono accedere all'inserimento lavorativo;
- 30 posti in 3 presidi residenziali per soggetti più gravi (1 comunità da 8 posti più 2 di pronto intervento ogni 30.000 abitanti) e di 16 posti in 3 gruppi appartamento per persone con maggiore autonomia (1 gruppo da 4/6 posti ogni 30.000 abitanti).

I Centri Diurni per soggetti con handicap intellettivi gravi erogano il servizio per otto ore al giorno per cinque giorni la settimana ed è previsto che almeno un centro assicuri l'attività anche nel periodo delle ferie estive<sup>12</sup>.

Ai soggetti con handicap inseriti nelle strutture residenziali viene garantito l'accompagnamento in caso di ricovero in ospedale e tutta l'assistenza personale necessaria, evitando ogni richiesta

---

<sup>11</sup> Sulle modalità e sui criteri di erogazione dei contributi finalizzati al sostegno dell'affidamento intra familiare si veda: "Proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare", in *Prospettive Assistenziali*, n.123, 1998; "Seconda proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare rivolto ai congiunti colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza" in *Prospettive Assistenziali*, n.124, 1998; "Approvata la prima delibera sul volontariato intrafamiliare", in *Prospettive Assistenziali*, n.133, 2001; Mauro Perino "Volontariato intrafamiliare: dalla sperimentazione alla regolamentazione definitiva", in *Prospettive Assistenziali*, n.144, 2003; Mauro Perino "Esperienze di affidamento intra familiare di disabili intellettivi adulti" in *Appunti sulle politiche sociali*, n. 2, 2002.

<sup>12</sup> Sui Centri Diurni del Consorzio si veda: Elena Galetto, Bruno Cravero "I Centri Diurni per disabili nella realtà del CISAP" in *Appunti sulle politiche sociali*, n. 3, 2002 .

di “assistenza aggiuntiva” ai familiari, sia durante il ricovero ospedaliero che in regime di permanenza presso le comunità o i gruppi appartamento.

Le strutture diurne, così come le comunità alloggio, sono di proprietà comunale ed i servizi sono assegnati in “concessione” a cooperative sociali. La “concessione di pubblico servizio” è infatti lo strumento di cui la legge si serve per delegare a privati l’esercizio di servizi di esclusiva pertinenza, relativamente alla titolarità, delle Pubbliche Amministrazioni<sup>13</sup>.

In tal modo il Consorzio ha cercato di coniugare, in modo corretto, il principio di sussidiarietà - che prevede il coinvolgimento del Terzo Settore nella programmazione e nella gestione dei servizi - con la necessità di affermare che la titolarità – e quindi la responsabilità – dei servizi preposti ad erogare prestazioni di livello essenziale deve rimanere pubblica.

I contratti di concessione prevedono che le cooperative assicurino uno standard numerico di personale educativo ed assistenziale maggiorato del 25% rispetto agli standard minimi regionali previsti dalla D.G.R. n. 230/1997. A tutto il personale deve inoltre essere applicato il contratto collettivo nazionale delle cooperative sociali.

Nelle more di una (quanto mai opportuna) revisione degli standard regionali, il Consorzio si fa interamente carico della maggior spesa derivante dall’utilizzo di un più adeguato contingente di personale. L’Azienda sanitaria partecipa pertanto al pagamento delle rette solamente sino al massimale derivante dall’applicazione degli standard minimi regionali. In cambio l’Azienda si è impegnata ad assicurare il finanziamento degli interventi necessari ad evitare il formarsi di liste d’attesa.

Al fine di effettuare le opportune verifiche sul funzionamento dei servizi è previsto che i contratti di concessione indichino – oltre alle clausole necessarie a tutelare l’utenza – anche le modalità di controllo che il Consorzio adotta relativamente al personale (numero, qualifica ed orari, documentazione attestante il possesso dei requisiti di studio e professionali, attestazioni comprovanti il regolare versamento degli oneri contributivi, ecc.)

Ad ulteriore garanzia dell’utenza, oltre alla vigilanza sulle strutture effettuata dalla Commissione Aziendale ASL /Consorzio – che opera sulla base delle vigenti disposizioni regionali – è data facoltà alle associazioni degli utenti di accedere liberamente ai presidi per effettuare ogni opportuna verifica sulle reali condizioni di permanenza degli assistiti<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Il dettato dell’articolo 113 del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267: “*Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali*” – prevedendo la concessione tra le varie forme di gestione dei servizi pubblici locali – dà facoltà ai comuni – attraverso il *rilascio della concessione* – di trasferire ad un soggetto privato *non la titolarità del servizio, che rimane comunque all’ente pubblico, ma il suo esercizio doveroso*. La concessione consente dunque di garantire, all’Ente gestore, penetranti poteri di intervento, specie in merito ai criteri gestionali generali, nei confronti dei soggetti privati chiamati ad espletare i servizi. Altro elemento importante che caratterizza l’istituto è che il concessionario *assume su di sé il rischio della gestione* dell’opera o del servizio e si remunera mediante la riscossione di un prezzo. Prezzo che viene determinato secondo criteri fissati, dall’amministrazione concedente, in sede di espletamento delle procedure di *selezione ad evidenza pubblica* per l’affidamento dei servizi. Infine occorre sottolineare una ulteriore prerogativa della concessione: la possibilità di collegare gestione dei servizi ed esecuzione di lavori. Nel senso che laddove la gestione di un’opera sia strumentale alla sua costruzione - in quanto consente il reperimento dei mezzi finanziari per realizzarla – è configurabile la fattispecie della “*concessione di costruzione ed esercizio*”, mentre nel caso in cui l’espletamento di lavori pubblici sia strumentale – sotto il profilo della manutenzione e dell’implementazione – alla gestione di un servizio pubblico, il cui funzionamento è già assicurato da un’opera esistente, è configurabile la “*concessione di servizi*”.

<sup>14</sup> Il testo del “*Regolamento sull’accesso a strutture diurne e residenziali da parte delle associazioni dell’utenza e dei movimenti di base con facoltà di osservazione e verifica della gestione*” è disponibile sul sito del CISAP: [www.cisap.to.it](http://www.cisap.to.it)