

PUBBLICATO SULLA RIVISTA “OGGI DOMANI ANZIANI” N. 2/2011

**I LIVELLI ESSENZIALI IN UN CONSORZIO INTERCOMUNALE DI
SERVIZI SOCIO-SANITARI**

*MAURO PERINO**

Premessa.

Secondo l'impostazione voluta dai Comuni di Collegno e Grugliasco, l'attività del Consorzio intercomunale dei servizi alla persona – CISAP¹ 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. 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.

Sulla questione della tutela del diritto all'assistenza sociale ed all'assistenza socio-sanitaria si è focalizzata l'attenzione di chi auspicava – ed è il caso del Consorzio – che con la tanto attesa riforma del settore, allora in discussione in Parlamento, venissero affrontate, in modo definitivo, due questioni tra loro connesse: quella della reale esigibilità di tali diritti costituzionali da parte dei cittadini e quella (annosa) della difficoltà a coniugare il diritto alle prestazioni con le risorse disponibili. Sin dalla prima fase di attività del Consorzio è infatti apparso chiaro che l'estensione dell'area d'utenza comportava una implementazione del sistema in una congiuntura espansiva dei servizi e la conseguente necessità di investire risorse per il loro sviluppo.

La riforma del titolo V° della Costituzione – intervenuta dopo l'approvazione della legge 328/2000 – ha assegnato alle Regioni la competenza legislativa esclusiva in materia di assistenza sociale. Con la legge di riforma costituzionale vengono inoltre sostanzialmente trasferite al *welfare municipale* le responsabilità gestionali e finanziarie del *welfare di Stato* accentuando, in tal modo, i processi di differenziazione dei livelli delle prestazioni fornite dalle Regioni e dai Comuni ad esse appartenenti.

In attesa che lo Stato – avvalendosi della propria competenza legislativa esclusiva – provveda a determinare i livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale – più definiti e cogenti di quelli genericamente elencati all'articolo 22 della legge 328/2000 – occorre che il legislatore regionale si faccia carico di approntare gli strumenti normativi atti ad assicurare la concreta e piena esigibilità di tali prestazioni. Analogamente è necessario che si proceda per le prestazioni “sociali e rilevanza sanitaria” di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i.

* Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

¹ Il territorio dei Comuni consorziati di Collegno e Grugliasco si estende su una superficie di 31,24 Km² collocata al confine ovest del Comune di Torino. La popolazione è di circa 88 mila abitanti.

Inoltre, posto che sia le prestazioni socio-assistenziali che quelle socio-sanitarie sono esigibili in base al dettato costituzionale, è doveroso che l'erogazione delle stesse non venga subordinata alle risorse. Giova infatti ricordare che *“Il diritto soggettivo si differenzia dal semplice interesse o dalla semplice aspettativa per il fatto di essere esigibile, cioè per l'esistenza nell'ordinamento di mezzi che ne garantiscano l'attuazione”*².

Purtroppo la legge 328/2000 – ponendo il limite delle risorse finanziarie e patrimoniali disponibili alla programmazione ed organizzazione del sistema integrato – non assicura la piena esigibilità del diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale da parte dei cittadini individuati dall'articolo 38 della Costituzione ma si limita ad assumere il criterio della priorità di accesso per *“i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali”*³.

La Regione Piemonte – con l'approvazione della legge 8 gennaio 2004 n. 1, *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”* – compie però un ulteriore passo avanti. L'articolo 22 della legge afferma infatti che *“La Regione identifica nel bisogno il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali e 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 previa valutazione dell'ente medesimo secondo i criteri di priorità di cui al comma 3”*.

Nonostante la mancata definizione degli standard delle prestazioni da garantire (l'articolo 18 si limita infatti ad *elenca* le prestazioni di livello essenziale) viene dunque richiesto che gli Enti gestori del Piemonte si impegnino ad assicurare, alle persone in condizione di maggiore debolezza, il diritto all'assistenza, non solamente in via prioritaria, ma in regime di certezza per quanto attiene ai criteri di accesso. La programmazione locale ed il quadro regolamentare devono pertanto prevedere che agli aventi diritto vengano, in ogni caso, garantite le prestazioni necessarie, provvedendo alla puntuale quantificazione delle risorse finanziarie, umane e patrimoniali destinate alla realizzazione dei servizi preposti ad erogare le prestazioni di livello essenziale.

Ottemperando a quanto disposto dalla legge regionale l'Assemblea consortile ha provveduto, con la deliberazione n. 2 del 22 febbraio 2006, alla *“Individuazione dei destinatari degli interventi e dei servizi sociali consortili e definizione dei loro diritti”*. Nel provvedimento – del quale si espongono i contenuti nelle pagine successive – vengono puntualmente indicate le prestazioni socio assistenziali e socio-sanitarie che il Consorzio si impegna ad assicurare ai cittadini dell'ambito intercomunale. L'Assemblea dei Sindaci assume inoltre l'impegno a destinare ai servizi consortili le risorse necessarie a garantirne l'erogazione.

² “ Livio Pepino “La salute: fortuna o diritto?” in Animazione sociale n. 12 dicembre 2001.

³ Articolo 2, comma 3, della legge 328/2000

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

La questione di fondo che il provvedimento consortile affronta è rappresentata dalla necessità di definire in modo puntuale il rapporto che deve intercorrere tra diritti esigibili dai più deboli ed opportunità da offrire alla cittadinanza in generale. Ciò consente di operare in maniera correttamente selettiva anche sul piano dell'allocazione delle risorse: agli interventi ed ai servizi destinati alle persone che necessitano di assistenza sociale vanno assegnate le risorse (finanziarie, umane e strumentali) necessarie. Al resto dei potenziali fruitori è destinato "il di più". In sintesi viene affermato il concetto che il diritto all'assistenza sociale non può avere carattere di universalità.

La cosa non deve scandalizzare, perché il diritto all'assistenza sociale ha caratteristiche diverse dal complesso dei diritti afferenti alla "sicurezza sociale". Il primo deve avere carattere selettivo, gli altri – il diritto alla salute, il diritto al lavoro ed il diritto all'istruzione – devono essere obbligatoriamente rivolti a tutta la cittadinanza.

Come ben chiariva il DPR 616/1977 *"le funzioni amministrative relative alla beneficenza pubblica concernono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore di singoli o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale"*⁴.

L'articolo 23 del decreto forniva inoltre ulteriori specificazioni individuando alcune attività – comprese tra le funzioni indicate nell'articolo 22 – rivolte a ben precise "categorie" di cittadini: assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei detenuti e delle vittime del delitto; assistenza post penitenziaria (ex detenuti); interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza amministrativa e civile; interventi di protezione sociale di cui agli articoli 8 e seguenti della legge n.75/1958 (assistenza e rieducazione delle donne uscenti dalle case di prostituzione).

Ciò che appare evidente è che i servizi socio assistenziali – oggi impropriamente definiti servizi sociali – rappresentano un "sotto insieme" del complesso dei servizi preposti ad assicurare l'effettività dei diritti afferenti al sistema di sicurezza sociale. Si tratta dunque di servizi che hanno una specificità che deve essere preservata, pena la lesione dei diritti dei più deboli perpetuata attraverso la strumentalizzazione di concetti importanti quali – ad esempio – la prevenzione del bisogno assistenziale, la non discriminazione, la connessione tra condizione sociale e stato di salute.

Con riferimento a quest'ultimo importante tema – anch'esso affrontato dalla deliberazione consortile – il Piano sanitario nazionale 2003-2005 individuava, tra gli obiettivi generali di salute assegnati al sistema sanitario, quello relativo alla *"La salute*

⁴ Decreto del Presidente della repubblica 24 luglio 1977, n. 616 "Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 328"

nel sociale” rivolto ai poveri ed emarginati; ai minori in generale ed a quelli vittime di maltrattamento ed abuso in particolare; alle persone con problemi di salute mentale; ai tossicodipendenti; alle persone detenute; agli immigrati. A fronte di tale “popolazione obiettivo” non sorprende la precisazione, contenuta nel documento, che “Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria”.

I “doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale” – sanciti dall’articolo 2 della nostra Costituzione – devono dunque tradursi in diritti esigibili alle prestazioni, in particolare per le fasce più deboli della popolazione. Anche perché – in materia di integrazione socio sanitaria – le “questioni di principio” hanno una immediata ricaduta in termini di sostanza. Non è infatti indifferente – per il cittadino – se una determinata prestazione compete istituzionalmente al sistema sanitario o a quello socio assistenziale. Nel primo caso si può parlare di *diritto soggettivo* a beneficiare di prestazioni erogate nell’ambito di livelli essenziali di assistenza definiti (così è, ad esempio, per il ricovero in RSA di anziani non autosufficienti), mentre, nel secondo, non sono a tutt’oggi previste prestazioni esigibili su base nazionale: fatta salva la vigenza degli articoli 154 e 155 del regio decreto n. 773 che individuano nel Comune il soggetto tenuto a disporre il ricovero in istituto (unica prestazione alla quale hanno diritto i cittadini italiani inabili al lavoro e privi di mezzi) per i minori, i soggetti con handicap e gli anziani in gravi difficoltà socio economiche.

Per quanto attiene alla esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali di assistenza è dunque importante rilevare che la legge della Regione Piemonte 8 gennaio 2004 n. 1 recepisce quanto disposto dalla normativa nazionale in materia socio-sanitaria. Con riferimento alle “Funzioni delle Aziende sanitarie locali” nell’articolo 7, comma 1, 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, 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”*.

La normativa della Regione Piemonte sancisce quindi che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria si sostanziano nella messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale – necessarie per la realizzazione dei percorsi integrati socio sanitari – e nell’assolvimento della funzione di sostegno economico nei confronti degli utenti che – a causa del basso livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri degli interventi. Il complesso delle prestazioni assistenziali e riabilitative viene pertanto compreso – come del resto prevede l’articolo 3 *septies* del decreto legislativo 502/1992 – tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e tra quelle ad elevata integrazione. Da ciò deriva la competenza delle Aziende sanitarie locali ad assicurare l’erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, attraverso modalità organizzative che

consentano la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.⁵

Dunque, per sintetizzare, si può affermare che: 1) sono esigibili per legge i diritti alle prestazioni sanitarie⁶ e a quelle socio-sanitarie pur con contribuzione da parte degli utenti; 2) qualora detti utenti non siano in condizione di pagare il dovuto, spetta ai Comuni integrare la spesa attingendo ai fondi propri, a quelli regionali ed alle quote del Fondo nazionale per le politiche sociali e del Fondo per le non autosufficienze che – tramite le Regioni – vengono ripartiti tra gli Enti gestori dei servizi sociali.

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-sanitaria⁷. 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 sanitarie e socio-sanitarie di livello essenziale. A tal fine il Consorzio provvede a fornire ai cittadini ogni informazione utile per accedere alle suddette prestazioni (anche attraverso la produzione di opuscoli sui diritti degli utenti) ed appoggia e sostiene, in via formale, ogni richiesta di intervento rivolta dai cittadini all'Azienda sanitaria (lettere di rifiuto di dimissioni improprie dagli ospedali, richieste di “assegni di cura” o di ricovero in strutture).

Le funzioni delegate al consorzio.

Al Consorzio – in quanto ente delegato – è richiesto di esercitare le funzioni comunali concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale di cui all'art. 6, commi 1 e 2, della legge regionale 1/2004 e, nell'ambito di queste, di:

⁵ Così come stabilito dal DPCM 29.11.2001 che, all'allegato 1. C, definisce *i livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria*. Giova inoltre ricordare che il decreto ha assunto forza di legge dello Stato con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003 nel quale si precisa che “*Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del Decreto del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001*”.

⁶ Legge 4 agosto 1955 n. 692: l'assistenza deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia; decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956: l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio; legge 12 febbraio 1968 n. 132, art. 29: le Regioni devono programmare i posti letto ospedalieri necessari a soddisfare le esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungo degenti; legge 13 maggio 1978 n. 180: le USL devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; legge 23 dicembre 1978 n. 833: le USL sono obbligate a provvedere alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie.

⁷ 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.

- programmare e realizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali a rete, stabilendone le forme di organizzazione e di coordinamento, i criteri gestionali e le modalità operative ed erogare i relativi servizi secondo i principi individuati dalla legge regionale 1/2004 al fine di realizzare un sistema di interventi omogeneamente distribuiti sul territorio;
- supportare – per quanto di competenza – i Sindaci nell’esercizio delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute per i loro cittadini in applicazione di quanto disposto dal decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni;
- esercitare le funzioni in materia di servizi sociali già di competenza delle province, ai sensi dell’articolo 8, comma 5, della legge 328/2000 e secondo quanto previsto dall’articolo 5 della legge regionale 1/2004;
- esercitare le funzioni amministrative relative all’organizzazione e gestione delle attività formative di base, riqualificazione e formazione permanente per gli operatori dei servizi sociali, individuate nei piani di zona di cui all’articolo 17 della legge regionale 1/2004;
- esercitare le funzioni amministrative relative all’autorizzazione, alla vigilanza e all’accreditamento dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale o semi residenziale;
- elaborare ed adottare, mediante accordo di programma, i piani di zona relativi agli ambiti territoriali di competenza, garantendo, nella realizzazione del sistema dei servizi sociali, l’integrazione e la collaborazione di tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla programmazione, alla gestione e allo sviluppo dei servizi;
- promuovere lo sviluppo di interventi di auto aiuto e favorire la reciprocità tra i cittadini nell’ambito della vita comunitaria;
- coordinare programmi, attività e progetti dei vari soggetti che operano nell’ambito territoriale di competenza per la realizzazione di interventi sociali integrati;
- adottare ed aggiornare la carta dei servizi di cui all’articolo 24 della legge regionale 1/2004;
- garantire ai cittadini l’informazione sui servizi attivati, l’accesso ai medesimi e il diritto di partecipazione alla verifica della qualità dei servizi erogati.

L’esercizio doveroso delle funzioni ed i soggetti aventi diritto.

Il perseguimento della tutela del diritto all’assistenza sociale da parte del Consorzio comporta l’assunzione dell’esercizio *doveroso* delle funzioni delegate a beneficio dei destinatari degli interventi per renderne effettivi i diritti. Ma al fine di evitare divaricazioni tra diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili è necessario procedere alla preventiva definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di difficoltà che, rientrando nell’area della tutela del diritto all’assistenza sociale, richiedono interventi assistenziali garantiti e livelli di servizi atti a tutelare

efficacemente le posizioni soggettive ed a rendere esigibili i diritti riconosciuti. Tali condizioni vengono puntualmente individuate, dall'Assemblea consortile, come segue:

- ❑ i *minori* in tutto o in parte privi delle indispensabili cure familiari, siano essi nati nel o fuori del matrimonio;
- ❑ le *persone con handicap intellettivi* totalmente o gravemente prive di autonomia che necessitino di sostegno per la permanenza in famiglia o di inserimento in comunità alloggio;
- ❑ i *soggetti colpiti da altri handicap*, anche plurimi, che necessitano di aiuti specifici per poter acquistare la massima autonomia possibile nel rispetto del diritto all'autodeterminazione;
- ❑ gli *anziani* che non sono in grado di provvedere alle proprie esigenze di vita;
- ❑ le *gestanti e madri* in grave difficoltà personale alle quali va altresì fornita la necessaria consulenza per il loro reinserimento e per il responsabile riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati;
- ❑ le *persone che vogliono uscire dalla schiavitù della prostituzione*;
- ❑ i *soggetti senza fissa dimora*;
- ❑ gli *altri individui che necessitano di prestazioni specifiche* se si vuole evitare la loro emarginazione.

Le prestazioni essenziali di assistenza sociale e socio-sanitaria.

I cittadini che si trovano nelle sopra elencate condizioni hanno diritto di accedere ai servizi e alle prestazioni di cui all'art. 18 della legge regionale 1/2004 ed a misure ed interventi socio assistenziali e sociali a rilevanza sanitaria volti:

- ❑ all'informazione ed alla consulenza corrette e complete alle persone e alle famiglie per la fruizione dei servizi;
- ❑ al superamento delle carenze del reddito familiare e di contrasto della povertà;
- ❑ a favorire il mantenimento al domicilio delle persone e lo sviluppo della loro autonomia;
- ❑ al superamento degli stati di disagio sociale derivanti da forme di dipendenza;
- ❑ al sostegno e alla promozione dell'infanzia, della adolescenza e delle responsabilità familiari e alla tutela dei diritti del minore e della donna in difficoltà;
- ❑ alla piena integrazione delle persone disabili e al soddisfacimento delle loro esigenze di tutela residenziale e semi residenziale in quanto persone non autonome e/o non autosufficienti;

- al soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semi residenziale delle persone adulte o anziane non autonome e non autosufficienti (fatte naturalmente salve le competenze sanitarie).

Il Consorzio assicura inoltre ogni altro intervento, qualificato quale prestazione sociale o sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli di assistenza, secondo la legislazione vigente. In particolare vengono individuate le seguenti prestazioni essenziali che il Consorzio è impegnato a fornire alle persone rientranti nell'area della tutela del diritto all'assistenza sociale e socio-sanitaria:

- Segretariato sociale: gli operatori addetti forniscono informazioni sui servizi erogati dal Consorzio ed orientano il cittadino all'utilizzo dei servizi sociali, educativi e sanitari del territorio.
- Assistenza sociale professionale: l'assistente sociale accoglie il cittadino in difficoltà con il quale concorda un progetto di intervento finalizzato a sostenerlo attraverso l'erogazione delle prestazioni necessarie. Nel progetto – a richiesta dell'interessato – viene coinvolto anche il nucleo di appartenenza dell'utente.
- Assistenza economica ed esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria: il servizio eroga sussidi economici – continuativi, temporanei o straordinari - ed esenzioni dal pagamento dei ticket sanitari in favore di persone singole o di famiglie con redditi insufficienti a garantire condizioni minime di sussistenza.
- Assistenza domiciliare e personale autogestita: attraverso un apposito “sportello socio sanitario distrettuale” vengono forniti servizi di aiuto alla persona ed alle famiglie per cittadini in condizioni di autonomia ridotta o compromessa. In alternativa all'utilizzo di prestazioni fornite attraverso le cooperative – concessionarie del servizio – al cittadino è offerta la possibilità di fruire di contributi finalizzati all'assunzione diretta degli assistenti familiari o personali.
- Assistenza educativa individuale e di strada: il servizio educativo individuale viene attivato direttamente dal consorzio – anche a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria – ed è finalizzato al sostegno dei minori appartenenti a famiglie con gravi carenze nell'esercizio delle funzioni genitoriali o in condizioni di particolare difficoltà. L'educativa di strada è rivolta a gruppi di giovanissimi e di giovani che tendono ad avere comportamenti di tipo marginale o deviante.
- Interventi per minori ed incapaci in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria: l'attività è finalizzata alla tutela dei minori – su mandato dell'Autorità Giudiziaria competente – ed al sostegno delle persone adulte incapaci nei cui confronti venga disposta una amministrazione di sostegno o sia promosso un procedimento di inabilitazione o di interdizione.
- Affidamenti educativi diurni e residenziali di minori e adozioni: l'affidamento è un servizio di sostegno alla famiglia con gravi difficoltà sociali ed educative e viene prestato, volontariamente, da un'altra famiglia per il periodo di tempo strettamente necessario a superare la situazione problematica. L'affidamento può essere a parenti o a terzi (adulti non legati da rapporti di parentela con l'affidato) e può essere

“diurno” – quando limitato a poche ore durante la giornata – o “residenziale” quando il minore va a vivere, temporaneamente, presso la famiglia affidataria. L’adozione è un provvedimento disposto dal Tribunale per i minorenni in favore di minori in stato di abbandono e che sono stati dichiarati adottabili.

- Affidamenti intra - familiari, di vicinato e residenziali di persone anziane o disabili: il Consorzio riconosce 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 o di una persona ultra sessantacinquenne in condizioni di non autosufficienza, viene fornito un contributo mensile, a titolo di rimborso forfetario delle spese vive sostenute, comprese quelle derivanti dalla necessità di provvedere a brevi sostituzioni dei familiari nelle funzioni di aiuto alla persona.
- Inserimenti in centri diurni e in strutture residenziali: il Consorzio e l’Azienda sanitaria provvedono – nell’ambito delle rispettive competenze e sulla base di specifici accordi – all’inserimento in centri diurni, in gruppi appartamento ed in comunità alloggio dei disabili intellettivi, sulla base di un apposito progetto assistenziale individuale predisposto dalla competente Unità di Valutazione. In modo analogo si procede per gli adulti e gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti che richiedono l’inserimento in centri diurni o in residenze sanitarie assistenziali. Il Consorzio provvede inoltre direttamente all’inserimento in attività educative diurne e in comunità dei minori per i quali tali interventi si rendano necessari.

Gli standard assistenziali e gli operatori addetti.

Il Consorzio eroga i servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria mediante personale dipendente o attraverso le cooperative sociali alle quali vengono assegnate, in regime di concessione, specifiche attività (assistenza domiciliare ed educativa, centri diurni, gruppi appartamento, comunità alloggio). 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 Amministrazioni⁸.

In tal modo il Consorzio ha cercato di coniugare 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 gli standard numerici di personale assistenziale ed educativo concordati tra il Consorzio e le associazioni rappresentative degli utenti. A tutto il personale operante nei servizi deve essere inoltre

⁸ 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.

applicato il contratto collettivo nazionale delle cooperative sociali. 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.)

Una particolare attenzione è dedicata alle strutture residenziali per minori e per persone adulte con handicap. Il modello adottato è quello dei gruppi appartamento da 4/6 posti e delle comunità alloggio da 8/10 posti. Tutte le strutture sono inserite nel vivo del contesto sociale in modo da evitare, o almeno di ridurre, i nefasti effetti dell’emarginazione e da consentire, per quanto possibile, un continuo interscambio con la popolazione. Ai soggetti con handicap inseriti nelle strutture residenziali viene garantito l’accompagnamento in caso di ricovero in ospedale e tutta l’assistenza personale necessaria. I Centri Diurni per soggetti con handicap intellettivi gravi erogano il servizio per otto ore al giorno e per cinque giorni la settimana ed è previsto che almeno un centro assicuri l’attività anche nel periodo delle ferie estive.

Ad ulteriore garanzia dell’utenza, oltre alla vigilanza istituzionale sulle strutture effettuata dalla Commissione Aziendale ASL/Consorzio, è data facoltà alle associazioni degli utenti di accedere liberamente ai presidi per effettuare ogni opportuna verifica sulle reali condizioni di permanenza degli assistiti. Tutto il personale impiegato nei servizi – dal Consorzio così come dalla cooperative – appartiene ai profili professionali previsti dalla vigente normativa in materia di servizi sociali.

Norme a tutela degli aventi diritto.

Le prestazioni essenziali di assistenza sociale vengono erogate sulla base di specifici regolamenti consortili che stabiliscono i diritti ed i doveri da rispettare nel rapporto tra il cittadino e gli operatori addetti ed in particolare:

- ❑ *requisiti e criteri di accesso* alla prestazione e tempi di erogazione (chi ha diritto ed a che cosa, entro quanto tempo);
- ❑ eventuale concorso al *costo dei servizi* in base al reddito (quanto si deve pagare e per quali prestazioni);
- ❑ *partecipazione* del cittadino nella scelta delle prestazioni che gli necessitano (chi fa che cosa, come e per quanto tempo);
- ❑ *verifica* con il cittadino dei risultati attesi (come e quanto è migliorata la situazione problematica);
- ❑ *vincoli al rispetto delle regole* stabilite e forme di controllo (finalizzate ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai servizi).

A tutela dei diritti dei cittadini ogni regolamento del Consorzio deve prevedere che, nei procedimenti ad istanza di parte, il responsabile del procedimento, prima della formale

adozione di un provvedimento negativo, comunichi tempestivamente agli istanti i motivi che ostano all'accoglimento della domanda. I cittadini richiedenti, entro il termine di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, hanno diritto di presentare per iscritto le loro osservazioni, eventualmente corredate da documenti. La comunicazione interrompe i termini per concludere il procedimento che iniziano nuovamente a decorrere dalla data di presentazione delle osservazioni o, in mancanza, dalla scadenza del termine dei dieci giorni. Dell'eventuale mancato accoglimento di tali osservazioni è data ragione nella motivazione del provvedimento finale.⁹

Inoltre è previsto che al cittadino richiedente sia data la possibilità di ricorrere, in caso di diniego alla richiesta di servizi o prestazioni, al Presidente del Consorzio entro trenta giorni dalla comunicazione scritta che deve essere obbligatoriamente inviata all'interessato. Nella comunicazione deve essere altresì indicato il provvedimento adottato e fornita ogni indicazione utile alla presentazione del ricorso. Il Presidente provvede a fornire risposta scritta entro i termini previsti dalle leggi vigenti e dai regolamenti del Consorzio.

Una ulteriore tutela dei diritti dei cittadini è rappresentata dalla possibilità di formulare osservazioni e reclami. Questi vengono raccolti dalle segreterie delle sedi del Consorzio e trasmesse alle direzioni dei servizi interessati che effettuano le opportune verifiche. Il direttore provvede a correggere l'errore segnalato; all'eventuale variazione della procedura adottata ai fine di non ripeterlo; a fornire risposta scritta al cittadino che ha inoltrato il reclamo entro un massimo di quindici giorni dalla ricezione.

Oneri economici delle prestazioni.

L'Assemblea Consortile provvede annualmente – in sede di approvazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale – a destinare le risorse finanziarie, umane e patrimoniali necessarie ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ai soggetti aventi diritto.

Per quanto attiene alla contribuzione al costo delle prestazioni, eventualmente posta a carico degli aventi diritto, il Consorzio opera in ossequio alle vigenti disposizioni ed in particolare:

- all'articolo 433 e seguenti del codice civile ed all'articolo 2, comma 6, del decreto legislativo 109/1998 come modificato dal decreto legislativo 130/2000 che prevedono che gli alimenti possano essere richiesti esclusivamente dai congiunti interessati o dai loro tutori;
- all'articolo 3, comma 2 *ter*, del decreto legislativo 109/1998 come modificato dal decreto legislativo 130/2000, in base al quale nessun contributo economico può essere richiesto ai parenti, compresi quelli conviventi, degli ultra sessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dalle competenti Unità di Valutazione e delle persone con handicap grave. Ad essi viene dunque richiesto di contribuire esclusivamente

⁹ Così come previsto dall'articolo 6, comma 1, della legge 11 febbraio 2005, n. 15 "Modifiche ed integrazioni alla legge 7 agosto 1990, n. 241, concernenti norme generali sull'azione amministrativa"

sulla base delle loro personali risorse economiche (reddito e patrimonio) senza alcun onere per i congiunti.

Fatto salvo il rispetto delle norme sopra citate, l'eventuale concorso al costo dei servizi in base al reddito degli aventi diritto viene determinato secondo i criteri e le modalità previste dai regolamenti consortili relativi alle specifiche prestazioni di livello essenziale.

Osservazioni conclusive

Con l'adozione del provvedimento deliberativo illustrato in quest'articolo i Sindaci – direttamente responsabili dell'esercizio delle funzioni sociali assegnate ai Comuni – hanno emanato le disposizioni occorrenti affinché i cittadini in condizione di bisogno possano rivendicare il diritto alle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie e presentare ricorso nei casi in cui gli interventi non vengano forniti o vengano erogati in misura non adeguata alle esigenze. Nello stesso tempo i dirigenti e gli operatori del Consorzio sono posti in grado di conoscere gli interventi che devono essere assicurati ai cittadini.

Tutti questi elementi costituiscono – come l'esperienza successiva all'approvazione della deliberazione dimostra – la base imprescindibile per impostare una programmazione concreta, fondata cioè sulle decisioni assunte dal livello politico a favore della popolazione destinataria degli interventi. Decisioni che comportano l'impegno della Regione e dei Comuni a garantire risorse finanziarie tali da assicurare – come prevede l'articolo 35, comma 2, della legge regionale 1/2004 – *“il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio”*.

L'impatto del provvedimento sulla popolazione dell'ambito consortile consente di affermare l'importanza del riconoscimento, a favore dei soggetti deboli, di diritti effettivamente esigibili da parte della Regione Piemonte e dei Comuni consorziati per le rispettive competenze. Nell'attuale fase di drastica riduzione delle risorse destinate al sistema dei servizi è però necessario che anche lo Stato adempia, finalmente, ai propri obblighi provvedendo – come previsto dall'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione – alla *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* ed al relativo finanziamento.