

SULLA VINCOLANTE NECESSITÀ DELLA PREDISPOSIZIONE DI PROGRAMMI ANNUALI PER LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI OBBLIGATORIE E FACOLTATIVE DEI COMUNI E DEI CONSORZI

MAURO PERINO, FRANCESCO SANTANERA

Da anni, con una ulteriore accentuazione in questo periodo di crisi economica, i Comuni (e le altre istituzioni) ripetono di non possedere le risorse occorrenti per l'attuazione dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in vigore dal 2003.

Se però si raccoglie la documentazione quasi sempre emerge che gli Amministratori (e spesso anche i funzionari) non hanno detto tutta la verità ed hanno omesso di considerare gli stanziamenti effettuati per attività di non primaria importanza (¹).

L'assegnazione delle risorse sulla base delle priorità

Come è ovvio non vi sono mai stati e non vi sono Comuni che non dispongono di alcuna risorsa. È altresì noto che l'assegnazione dei fondi disponibili a questo o quel settore dipende dalle scelte politiche prese in considerazione dai responsabili delle istituzioni (Consiglio, Giunta, ecc.) e che dette scelte sono fortemente – e in certi casi esclusivamente – definite sulla base delle pressioni esercitate dai futuri beneficiari.

(¹) Nel volantino distribuito nel corso del presidio svoltosi a Torino davanti alla sede del Consiglio regionale del Piemonte il 25 giugno 2013, il cui testo è stato riportato quasi integralmente sulla pagina 3 e 4 di copertina del n. 182, 2013 di questa rivista, venivano segnalati i seguenti finanziamenti non prioritari: «*1 200 milioni di euro persi per il ritiro dalla costituzione di parte civile nel processo sulle "quote latte", voluto dal Presidente della Giunta regionale; il "bonus bebè" (8 milioni di euro nel 2011 e 5,5 milioni per il 2012 e 2013) erogato anche ai benestanti; i contributi (ben 1,293 milioni di euro nel 2012) per la promozione di un centinaio di organizzazioni musicali regionali (cfr. LoSpiffero.com del 20 maggio 2013); i finanziamenti a pioggia delle centinaia di iniziative paesane, fiere per la nocciola delle Langhe, salone del gusto, ecc.; i rimborsi gonfiati a dismisura dei Consiglieri regionali (1,85 milioni di euro di spese contestate dalla Procura della Repubblica); i costi del palazzo di rappresentanza a Bruxelles; le 20mila copie della rivista patinata della Giunta regionale; la conferma di un contributo di 3,5 milioni di euro per la ricostruzione dell'inutile stadio Filadelfia di Torino*».

Inoltre venivano elencate come segue le economie praticabili e le ulteriori risorse acquisibili dalla Regione Piemonte: «*1. Richiesta del rimborso delle spese vive sostenute dalle Aziende ospedaliere e dalle Asl per le prestazioni (interventi di emergenza, ricoveri, ecc.) forniti a coloro che per gravi colpe accertate dalla magistratura hanno procurato a loro stessi o a terzi lesioni a seguito di infortuni sul lavoro, malattie professionali, incidenti stradali, risse, ecc. Al riguardo il Csa chiede di conoscere gli importi richiesti e ottenuti dalle Aso e dalle Asl per le prestazioni sanitarie fornite ai lavoratori della Thyssen ospedalizzati e deceduti per il noto gravissimo infortunio sul lavoro. 2. Eliminazione degli invii ai servizi riabilitativi delle case di cura private convenzionate (retta euro 160 al giorno) delle persone con patologie non riabilitabili, ad esempio perché colpite da demenza senile. In alternativa attuazione delle necessarie iniziative per le prestazioni domiciliari (costo massimo per la sanità euro 25 al giorno) o per il ricovero presso le Rsa (spesa massima giornaliera per le Asl euro 50). 3. Massima limitazione possibile dei ricoveri degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile presso le case di cura private. 4. In alternativa al ricovero presso le case di cura private, predisposizione nelle Rsa di posti letto di deospedalizzazione protetta con lo scopo di fornire non solo le necessarie prestazioni residenziali para-ospedaliere, ma anche di assumere le iniziative per promuovere le cure a domicilio o presso le Rsa. 5. Nei casi di degenza presso le case di cura private a seguito della presentazione dell'opposizione alle dimissioni e della impossibilità delle Asl di provvedere al ricovero immediato presso le Rsa, introdurre l'obbligo per i ricoverati del pagamento della quota alberghiera alle medesime condizioni applicabili agli utenti delle Rsa in quanto si tratta di prestazione sostitutiva del ricovero presso dette strutture*».

È evidente che molto diverso è il peso politico degli utilizzatori diretti dei finanziamenti ed è indubbio che il potere delle persone non autosufficienti è, e sarà sempre, uguale a zero.

Dunque per questi nostri concittadini, che per continuare a vivere hanno l'immediata esigenza di interventi diagnostici e terapeutici, e che spesso soffrono di dolori anche atroci, c'è il tremendo rischio di non ricevere le indispensabili prestazioni alle quali hanno diritto tutte le persone malate, siano esse affette da patologie acute o da infermità croniche.

Altra conseguenza assai negativa riguarda gli oneri economici che, in assenza del versamento alle Rsa da parte delle Asl della quota sanitaria, il cui ammontare deve essere di almeno il 50% della retta totale, l'infermo ed i suoi familiari sono costretti a farsi carico di costi assai gravosi, in genere da 2.500 a oltre 3.000 euro al mese. Al riguardo va precisato che in base alle leggi vigenti i congiunti dei malati acuti e di quelli affetti da cronicità e da non autosufficienza non hanno alcun obbligo di intervenire sotto il profilo economico: lo fanno o perché ignorano i diritti vigenti o, più spesso, perché hanno ricevuto notizie fuorvianti ⁽²⁾.

Secondo il rapporto 2009 del *Ceis Sanità*, Università Tor Vergata di Roma, la presenza di anziani fa «salire notevolmente la probabilità (e quindi l'incidenza) di impoverimento o di andare incontro a spese catastrofiche».

Per fornire le prestazioni indispensabili per la vita delle persone non autosufficienti c'è la necessità che «nell'attribuzione dei finanziamenti relativi agli investimenti e alla gestione venga riconosciuta l'assoluta priorità delle attività che incidono sulla sopravvivenza delle persone non autosufficienti a causa di malattie o di handicap invalidanti o in gravi condizioni di disagio socio-economico, specie se con minori a carico». ⁽³⁾

Questa richiesta è analoga alle considerazioni svolte dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 94/2009 in cui aveva precisato che «la particolarità del Servizio sanitario nazionale (...) richiede al legislatore ordinario di bilanciare le esigenze: da un lato di garantire egualmente a tutti i cittadini, e salvaguardare, sull'intero territorio nazionale, il diritto fondamentale alla salute, nella misura più ampia possibile; dall'altro, di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi da realizzare in questo campo (tra le molte, sentenze n. 203 del 2008, n. 257 del 2007, n. 279 del 2006, n. 200 del 2005)».

⁽²⁾ Ancora una volta ricordiamo che, prima dell'entrata in vigore dell'articolo 25 della legge 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, in base ai quali l'anziano malato cronico non autosufficiente ricoverato in una Rsa deve corrispondere la quota alberghiera (il cui importo non può essere superiore al 50% della retta totale), «nel corso del 1999, due milioni di famiglie sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spese sostenute per la "cura" di un componente affetto da una malattia cronica», come era stato precisato dal documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", predisposto nell'ottobre 2000 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale. Secondo il rapporto 2009 del *Ceis Sanità*, Università Tor Vergata di Roma, la presenza di anziani fa «salire notevolmente la probabilità (e quindi l'incidenza) di impoverimento o di andare incontro a spese catastrofiche».

⁽³⁾ Si tratta della richiesta inserita al primo posto della Petizione popolare indirizzata al Presidente della Regione Piemonte, ai Sindaci, ai Presidenti delle Province, alle Comunità montane e dei Consorzi socio-assistenziali, ai Direttori generali delle Asl e delle Aso. Le prime firme della Petizione, promossa dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e da altre numerose organizzazioni, sono state consegnate al Presidente della Giunta della Regione Piemonte in data 19 novembre 2010; alla data del 2 luglio 2013 le firme raccolte e consegnate ammontano in totale a 17.977. Il testo e l'elenco dei promotori è riportato integralmente sul sito: www.fondazionepromozionesociale.it.

Anche il Difensore civico della Regione Piemonte, nella nota del 27 settembre 2009 inviata alla Direzione sanità dello stesso ente, ha fatto riferimento alla sopra citata sentenza asserendo giustamente che «*un corretto “bilanciamento” (...) mai deve omettere o trascurare o ritardare la doverosa tutela dei diritti fondamentali*» e puntualizzando che «*il ridetto “bilanciamento” richiede a carico dell’Amministrazione una sorta di onere di dimostrazione: nel senso di dimostrare di aver fatto tutto il possibile, senza ritardi, omissioni e in ossequio a principi di equità, oltre che di legalità e trasparenza*».

Minima soglia economica

Nella richiesta rivolta agli utenti di contribuire alle spese socio-sanitarie o socio-assistenziali sostenute per le prestazioni fornite, i Comuni dovrebbero tener conto delle loro esigenze vitali. Pertanto, come ha osservato il Difensore civico della Regione Piemonte nella lettera inviata il 14 novembre 2012 anche all’Assessore ai servizi sociali del Comune di Torino, vi è la necessità che le istituzioni provvedano alla «*individuazione di parametri di esenzione commisurati al criterio del “Minimo vitale” rivalutabile, quale soglia di natura economica al di sotto della quale si considera che l’individuo non disponga di risorse finanziarie per i più elementari e fondamentali bisogni del vivere quotidiano*».

Compiti istituzionali

L’insufficienza delle risorse economiche occorrenti per le obbligatorie prestazioni domiciliari ⁽⁴⁾, residenziali ⁽⁵⁾ sancite dai Lea non può continuare ad essere il facile pretesto delle Regioni ⁽⁶⁾, dei Comuni e dei Consorzi socio-assistenziali per negare gli interventi di loro competenza. Occorrono prove concrete, in modo che i cittadini e le organizzazioni interessate possano verificarne la veridicità.

Al riguardo è auspicabile che, nei ricorsi presentati da cittadini o da organizzazioni sociali a tutela dei diritti delle persone più deboli, le Autorità amministrative e giudiziarie non accettino più dichiarazioni in merito alle difficoltà economiche avanzate dagli enti erogatori senza che vengano fornite le relative documentazioni scritte e comprensibili.

Responsabilità degli amministratori e degli operatori

Sono evidenti e gravissime le responsabilità personali e sociali delle persone che operano nel settore pubblico, in primo luogo dei Ministri e degli Amministratori delle Regioni, dei Comuni e delle Asl, che violano fondamentali diritti umani e non rispettano le leggi vigenti

Inoltre sono purtroppo numerosi gli operatori socio-sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) che forniscono false informazioni agli anziani cronici non autosufficienti e ai loro

⁽⁴⁾ Cfr. la sentenza del Tar del Piemonte n. 326/2013.

⁽⁵⁾ Cfr. le Ordinanze del Tar del Piemonte n. 609/2012 e 141/2013.

⁽⁶⁾ In questo articolo non affrontiamo il problema nei riguardi delle Regioni sia per le oggettive difficoltà di valutare l’idoneità sociale degli stanziamenti, sia soprattutto perché confidiamo che vi siano altre persone o organizzazioni che analizzino la destinazione dei finanziamenti decisi dai Comuni.

congiunti, sostenendo che competerebbe ai parenti di detti soggetti provvedere, fra l'altro anche a loro spese, alla cura delle persone affette da patologie e/o da handicap gravemente invalidanti.

Poiché le leggi vigenti stabiliscono senza ombra di dubbio che il Servizio sanitario deve obbligatoriamente curare anche i malati inguaribili e non autosufficienti, si ricorda che l'articolo 28 della Costituzione stabilisce quanto segue: *«I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici»*.

Pertanto, nei casi in cui vengano comprovate le falsità delle informazioni fornite dagli operatori socio-sanitari del settore pubblico, è possibile avviare con successo iniziative volte al risarcimento dei danni subiti, ad esempio per il ricovero dell'anziano malato cronico non autosufficiente presso una struttura con oneri interamente a carico del paziente e/o dei suoi congiunti.

Ai sensi dell'articolo 2043 del Codice civile, analoghe iniziative possono essere avviate nei confronti degli operatori del settore privato sulla base di prove oggettive documentabili ⁽⁷⁾.

Programmazione e finanziamento dei servizi

Come si è osservato precedentemente, ove la decisione sull'assegnazione delle risorse non sia strettamente presidiata da una norma che le vincola ad un determinato utilizzo, sono gli Amministratori istituzionali che scelgono la destinazione dei fondi, del personale e quant'altro serve all'Ente per operare nell'ambito delle finalità generali alle quali è preposto.

Nell'ambito dei servizi socio-assistenziali comunali e degli Enti consortili, però, non solo tutte le attività rivestono una importanza vitale per gli assistiti ma ve ne sono alcune, come quelle di seguito elencate, che non possono essere negate né ridotte in quanto previste da norme nazionali e/o regionali:

- sostegno socio-economico dei nuclei e delle persone in gravi difficoltà al fine di evitare aggravamenti e, per quanto concerne i minori, per consentire la loro permanenza in famiglia;
- affidamenti familiari di minori a scopo educativo nei casi in cui non siano praticabili gli interventi di cui al punto precedente;
- iniziative volte all'accertamento delle situazioni di privazione di assistenza morale e materiale subite da minori da parte dei loro genitori ai fini delle attività riguardanti le dichiarazioni di adattabilità;
- attività socio-sanitarie rivolte ai soggetti con handicap, agli anziani malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile in attuazione dei Lea, Livelli essenziali di assistenza, per quanto concerne le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali di competenza dei Comuni singoli o

⁽⁷⁾ Segnaliamo altresì che la Corte di Cassazione, Sezione II, con la sentenza n. 89/182005 ha stabilito che *«al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa»*.

associati. Poiché i Lea sono costituzionalmente garantiti (articolo 117, 2° comma, lettera m) della Costituzione) le relative prestazioni sono obbligatorie. ⁽⁸⁾.

A fronte di un tale elenco, non dovrebbe sussistere alcun margine di discrezionalità politica nel far sì che il bilanciamento delle risorse sia effettivamente orientato alla tutela dei diritti fondamentali.

Purtroppo, come si è detto, accade invece spesso che prevalga la tutela degli interessi più capaci di rappresentarsi, a scapito di quelli che solo le leggi possono presidiare: e cioè di quelli delle persone più deboli, perché, da sempre, chi è forte può anche fare a meno delle leggi.

La violazione o l'elusione delle norme può essere compiuta sia dagli amministratori che dagli operatori ai diversi livelli e, dunque, è essenziale che i cittadini imparino a verificare che gli atti programmatori che il Testo unico impone agli Enti locali di adottare su base annuale e pluriennale, vengano effettivamente redatti e deliberati nei modi e nei tempi indicati dalle norme. In tal modo i cittadini interessati possono intervenire precocemente – anche in sede di giustizia amministrativa – per far sì che l'attività dei soggetti istituzionali preposti al settore socio-assistenziale non venga orientata in modo scorretto.

Gli atti obbligatori del bilancio annuale e pluriennale

Le scelte e gli obiettivi fissati dal Comune o dal Consorzio in attuazione dell'esercizio delle funzioni previste dalle norme nazionali e regionali devono infatti trovare adeguato e comprensibile sviluppo nella Relazione previsionale e programmatica che è il quadro di riferimento del bilancio annuale e di quello pluriennale

Essa considera lo stato generale dei servizi dell'Ente e deve indicarne il programma (o i programmi) con puntuale riferimento alle prestazioni obbligatorie ed a quelle facoltative, evidenziando tutte le risorse, sia di carattere ordinario che straordinario, da impiegare per realizzarlo.

La Relazione previsionale e programmatica triennale deve essere predisposta dal dirigente del settore comunale o dal direttore consortile, adottata dalla Giunta o dal Consiglio di

⁽⁸⁾ Nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri». Si vedano anche le ordinanze del Tar del Piemonte n. 381/2012 (le liste di attesa per l'accesso ai centri diurni per le persone con handicap intellettivo grave sono illegittime) e la n. 141/2013 in cui in Tar «ordina alla Regione Piemonte di apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani (malati cronici non autosufficienti, ndr.), così come imposto dalla normativa nazionale sui Lea, ai sensi dell'ordinanza n. 609 del 2012 di questo Tar». Si ricorda altresì che nella sentenza n. 326/2013 (negativa per altri aspetti) il Tar del Piemonte ha precisato che sono illegittime «le liste di attesa per la fruizione dei servizi di "educativa territoriale" per i disabili e di "assistenza domiciliare" per i disabili» poiché si tratta «di servizi che rientrano, a tutta evidenza, nelle definizioni di cui all'allegato 1.C., punti 8 e 9 (dedicati, nel quadro dei servizi socio-sanitari, all'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale del disabile, la quale deve comprendere anche prestazioni di riabilitazione)». Da notare che le norme sui Lea richiamate nella succitata sentenza n. 326/2013 sono identiche a quelle riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile: ne deriva pertanto che anche detti soggetti hanno il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle prestazioni di "assistenza domiciliare" socio-sanitaria.

Amministrazione ed approvata dal Consiglio comunale o dall'Assemblea consortile in caso di gestione associata delle funzioni socio-assistenziali. Lo stesso iter del bilancio di previsione annuale e pluriennale: strumenti per la gestione finanziaria che vanno predisposti, adottati ed approvati in coerenza con il documento programmatico del Comune o del Consorzio.

In buona sostanza, il dirigente o direttore – che deve operare nel rispetto del principio di legalità – non può esimersi dal predisporre il programma o i programmi di attività contenuti nella Relazione previsionale indicando agli Amministratori gli obblighi e le priorità di intervento previste per legge e quantificando puntualmente le risorse necessarie ad assicurare le prestazioni di livello essenziale alle quali i cittadini hanno diritto.

Per quanto ad essi compete, la Giunta o il Consiglio di amministrazione devono far propria la proposta o richiedere che venga riformulata, assumendosi le conseguenti responsabilità verso la parte tecnica da un lato e verso il Consiglio comunale o i Sindaci dei Comuni associati dall'altro, ai quali compete la scelta finale in ordine ai programmi da realizzare ed all'allocazione, insieme alle altre risorse, delle "quote comunali" necessarie a finanziarli.

La Relazione – che, come si è detto, rappresenta il quadro di riferimento del bilancio di previsione annuale e pluriennale, evidenziando tutte le risorse sia di carattere ordinario che straordinario necessarie allo svolgimento delle attività di istituto – viene poi obbligatoriamente tradotta in un fondamentale strumento finalizzato alla pianificazione annuale e pluriennale di dettaglio: il Piano esecutivo di gestione che il decreto legislativo 150/2009 ha voluto venisse unificato con il Piano dettagliato degli obiettivi e con il Piano della performance.

Si tratta di un documento programmatico triennale – da adottare da parte del Consiglio di amministrazione nella prima seduta successiva a quella di approvazione del bilancio di previsione – che contiene gli obiettivi operativi e gestionali assegnati ai servizi ed agli uffici socio-assistenziali e l'individuazione delle risorse necessarie per perseguirli (indicandone l'ammontare in entrata ed in spesa). Obiettivi che – in attuazione della normativa nazionale e regionale di settore – devono coincidere con gli interventi e le prestazioni di livello essenziale da assicurare ai cittadini aventi diritto (per il Piemonte essi sono puntualmente indicati dall'articolo 18 della legge regionale 1/2004).

Nel documento devono inoltre venire indicati i risultati attesi – con riferimento al complesso degli obiettivi ed in particolare agli aspetti fondamentali della gestione dell'Ente e della qualità dei servizi – e devono essere elencate, con riferimento agli obiettivi assegnati, tutte le azioni che le unità organizzative, attraverso gruppi o singoli operatori (nominativamente individuati) devono realizzare nell'anno e nel triennio. Per ogni azione vanno infine indicati gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance del servizio o dell'Ente assistenziale.

Per esemplificare riportiamo, di seguito, la scheda del documento di piano del Cisap⁹ relativa all'obiettivo *"Soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale e semi residenziale delle persone adulte e anziane non autosufficienti (articolo 18, comma 1, lettera c) della legge regionale 1/2004"*, declinato nell'azione *"Inserimenti residenziali anziani auto e non auto sufficienti"*

⁹ Consorzio intercomunale dei servizi alla persona, *"Piano esecutivo di gestione unificato con Piano dettagliato degli obiettivi e Piano della performance - Anni 2013-2015"*, allegato alla deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 14/2013 www.cisap.to.it.

37 Azione “Inserimenti residenziali di anziani auto e non autosufficienti”.

Gestione delle istruttorie sociali finalizzate agli inserimenti residenziali di anziani non autosufficienti in collaborazione con la segreteria distrettuale dell’Uvg a cui spetta l’attivazione dei servizi dopo la valutazione della Commissione, previa definizione delle partite economiche con utenti ed Asl. Operare per la piena attuazione degli accordi regionali e locali sui Lea in materia di interventi a favore di anziani non autosufficienti. Assicurare la presenza ai lavori della Commissione Uvg e del connesso Nucleo interdisciplinare anziani, che hanno sedute plurisettimanali al fine di rispettare i tempi di valutazione previsti del vigente Regolamento Uvg. Con riferimento all’azione, nel suo complesso, utilizzo ed aggiornamento delle cartelle Infor.

Ai fini della valutazione viene considerato l’impegno ad assicurare un numero di prese in carico pari al numero di situazioni per le quali l’intervento in oggetto viene attivato dai servizi consortili (per autosufficienti) e dalla competente Unità di valutazione (per i non autosufficienti), pure in previsione di una riduzione del personale addetto, che non verrà sostituito. Con riferimento al miglioramento della qualità, il risultato atteso è la tempestiva presa in carico, la fornitura delle prestazioni nei tempi previsti dai regolamenti, il costante adeguamento delle procedure operative al fine di migliorare l’efficacia degli interventi e di contenere le spese nei limiti dei budget assegnati.

Individuazione dei gruppi/individui preposti alla realizzazione dell’azione:

- **(Nota: i nomi degli Assistenti sociali addetti vengono, in questa sede, omissi):** Operare secondo le specifiche indicate nella descrizione dell’azione.

Risorse finanziarie			
Previsione entrata		Previsione spesa	
Capitolo	Importo	Capitolo	importo
302-18	426.650,00	408-01	15.000,00
302-04	43.600,00	407-01	399.000,00
311-06	32.400,00		
Risorse finanziarie 1^ variazione			
Previsione entrata		Previsione spesa	
/	/	/	/

Stato di attuazione:

Indicatori a rilevanza esterna	2012	Agosto 2013	2013
N. anziani autosufficienti inseriti in struttura	2		
• di cui residenti a Collegno	0		
• di cui residenti a Grugliasco	0		
N. anziani non auto inseriti in struttura	250 ¹⁰		
• di cui residenti a Collegno	140		
• di cui residenti a Grugliasco	108		
• di cui extra comunali	2		
N. anziani non auto inseriti con retta Cisap	90		
• di cui residenti a Collegno	55		
• di cui residenti a Grugliasco	31		
• di cui extra comunali	4		
Indicatori a rilevanza interna	2012	Agosto 2013	2013
% utilizzo cartella INFOR	100%		
N. cartelle aggiornate su totale gestite	100%		

Punteggio massimo 12 – Punteggio totalizzato __

Come si può vedere è previsto – per quanto attiene all’obbligo di legge di integrare la retta per gli anziani non autosufficienti – che si debba «assicurare un numero di prese in carico pari al numero di situazioni per le quali l’intervento in oggetto viene attivato (...) dalla competente Unità di valutazione». Inoltre, «con riferimento al miglioramento della qualità, il risultato atteso è la tempestiva presa in carico, la fornitura delle prestazioni nei tempi previsti dai regolamenti, il costante adeguamento delle procedure operative al fine di migliorare l’efficacia degli interventi e di contenere le spese nei limiti dei budget assegnati». Budget finanziario del quale viene effettuato il monitoraggio in corso d’anno, sulla base dell’andamento degli interventi, e che può venire integrato con nuove risorse, in sede di variazione di bilancio in corso d’anno, proprio per l’obbligatorietà degli stessi.

Dunque nei documenti di programmazione e di pianificazione di dettaglio descritti, tutti i livelli di responsabilità sono puntualmente rappresentati e, se ognuno dei soggetti chiamati in causa fa correttamente il proprio dovere, sia i cittadini che le Autorità amministrative e giudiziarie da essi eventualmente chiamate in causa potranno facilmente verificare – *documenti alla mano* – quali siano le reali difficoltà economiche e quali le misure adottate per superarle con l’intento di garantire gli accessi alle prestazioni obbligatorie.

La predisposizione della Relazione previsionale e programmatica dovrebbe essere anche l’occasione per la ridefinizione delle competenze del settore socio-assistenziale e per richiedere ai responsabili politici il trasferimento di quelle impropriamente esercitate (ad esempio gestione di asili nido, turismo cittadino ed extraurbano, sussidi ai disoccupati, sistemazione abitativa degli sfrattati, ecc.). ⁽¹¹⁾

L’esperienza a diverso titolo condotta nei settori sociale e sanitario insegna infatti che la qualità degli interventi è largamente determinata dalla possibilità di avvalersi, nell’ambito dei servizi, di Amministratori, dirigenti ed operatori professionali adeguatamente selezionati, formati e, possibilmente, dotati di un senso del dovere che, come si detto, consenta di resistere alle pressioni esercitate dai cittadini più forti per tutelare (come prevedono le leggi) i diritti riconosciuti a quelli meno, o per nulla, in grado di rappresentarsi.