

**LEGISLAZIONE
IN MATERIA DI
SERVIZI SOCIO-SANITARI**

Avv. Luca Leone

(marzo 2005)

servizi pubblici > servizi alla
persona e alla comunità

(servizi sociali in senso lato) > servizi
socio-sanitari

LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E I SERVIZI SOCIO-SANITARI IN GENERALE

la dimensione organizzativa dei servizi sociali è oggi, salvo per la previdenza sociale e in parte la sanità, prettamente locale (in particolare regionale e comunale), in relazione alle peculiari esigenze di vicinanza del centro erogatore del servizio rispetto agli utenti beneficiari

L'IMPIANTO NORMATIVO FONDAMENTALE DEI SERVIZI SOCIALI

- artt. 2 (solidarietà sociale), 3 (uguaglianza formale e sostanziale), 32 (diritto alla salute) e 38 (assistenza, sicurezza e previdenza sociale) della Costituzione
- d.p.r. 24 luglio 1977 n. 616: codificazione dei servizi sociali nell'ordinamento regionale
- titolo IV del d.lgs. 31 marzo 1998 n. 112: "servizi alla persona e alla comunità", tra i quali la "sanità" (capo I) e i "servizi sociali" (capo II)
- d.lgs. 18 agosto 2000 n. 267 (t.u. degli enti locali)
- legge 8 novembre 2000 n. 328 (l.q. per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

la legge di riforma dell'assistenza (l.q. 328/2000) e l'appena successiva revisione del titolo V della Costituzione (legge cost. 3/2001) hanno modificato il quadro normativo generale in materia di interventi e servizi sociali...

art. 117 Cost.

- **prima** della legge cost. 3/2001:
potestà legislativa concorrente delle Regioni a statuto ordinario in materia di "beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera"
- **dopo** la legge cost. 3/2001:
potestà legislativa esclusiva dello Stato per la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale";
potestà legislativa delle regioni a statuto ordinario di tipo concorrente per quanto attiene la "tutela della salute" e di tipo esclusivo per tutto il resto

art. 118 Cost.

- **prima** della legge cost. 3/2001:
funzioni amministrative attribuite alle Regioni nelle materie di potestà legislativa concorrente, oltre quelle eventualmente delegate dallo Stato
- **dopo** la legge cost. 3/2001:
funzioni amministrative in linea generale attribuite ai Comuni (principio di sussidiarietà verticale e orizzontale)

CARATTERI ED ORIGINI DEL WELFARE STATE

- in Inghilterra la *Poor Law* nel 1601, sostituita dal *National Assistance Act* solo nel 1948
- nella Francia rivoluzionaria del settecento nascono l'elenco dei poveri, il medico condotto e la levatrice condotta
- nell'Ottocento le politiche sociali si legano allo scopo pubblico di garantire un ambito concreto di libertà per tutti i cittadini, ma alla fine del secolo l'assistenza pubblica è ancora considerata una forma di sicurezza e di polizia sociale

NASCONO I DIRITTI SOCIALI

nelle moderne Costituzioni occidentali le prestazioni nelle quali si concreta l'attività sociale dello Stato vengono elevate al rango di "**diritti sociali**" segnando il passaggio da democrazia politica a democrazia sociale

anche **in Italia**, con l'entrata in vigore della Costituzione, l'ordinamento socio-assistenziale è transitato dall'impostazione caritativa di stampo ottocentesco, fondata sull'assoluta discrezionalità delle prestazioni da parte delle strutture (pubbliche) preposte, a...

un vero e proprio **sistema di sicurezza sociale**, caratterizzato dall'obbligatorietà degli interventi (fatte salve le limitazioni imposte dalla politica di spesa) e dal conseguente riconoscimento, in capo al cittadino-utente, di un vero e proprio **diritto soggettivo all'assistenza sociale**

DEFINIZIONI DI SERVIZI SOCIALI

- “prestazioni sociali la cui previsione legislativa risponde agli obiettivi di fondo voluti dalla Costituzione in tema di promozione del benessere fisico e psichico della persona” (Ferrari, *I servizi sociali*, Milano, 1986, p. 273)
- “servizi pubblici che, per la loro oggettiva caratteristica o per volontà di coloro che ne sono responsabili, esprimono in misura predominante la finalizzazione all’eliminazione delle condizioni di svantaggio e di abbandono delle persone meno favorite non meno che alla realizzazione della personalità di ciascuno” (Caputi Iambregghi, *I servizi sociali*, in AA.VV., *Diritto amministrativo*, Bologna, 2001, p. 1024)

DEFINIZIONI DI SERVIZI SOCIALI

- “tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia” (art. 128 c. 2 d.lgs. 112/1998): **servizi sociali in senso stretto** (= interventi e servizi sociali di cui all’art. 1 c. 2 legge 328/2000)

LA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

La gestione economica dell'impresa

(pubblica o privata)

che deve produrre gli utili di gestione per rigenerare le proprie risorse finanziarie

è differente dalla

gestione efficiente del servizio

che deve soltanto svolgersi nel rispetto del principio di efficienza, tendendo cioè al massimo risultato possibile mediante l'utilizzo delle risorse date

LA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

Fase 1: l'instaurazione del servizio

di solito attraverso una **AZIENDA SPECIALE** (ente strumentale del Comune dotato di autonomia statutaria ed imprenditoriale) che può essere trasformata in SpA

oppure una **ISTITUZIONE** (organismo strumentale specifico per l'esercizio dei servizi sociali, non dotato di personalità giuridica bensì di autonomia gestionale, pur se soggetto al controllo del Comune)

LA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

Fase 2: l'ammissione dei beneficiari o utenti al servizio

presuppone la regola della accessibilità paritaria, libera, contestuale, cosicché la P.A. deve giustificare eventuali limitazioni (l'ammissione è un atto vincolato, per molti addirittura privo di carattere provvedimento)

terzo settore

concorso tra pubblico e privato nell'attività dei servizi sociali:

fondazioni, associazioni (tra le quali vi sono le associazioni di promozione sociale), comitati, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali (per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi oppure per lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate), fondazioni bancarie, enti ecclesiastici, società di mutuo soccorso, istituti di patronato e di assistenza sociale (confederazione ed associazioni di lavoratori con determinati requisiti)

ONLUS

è stata prevista (d.lgs. 460/1997) un'apposita e agevolata categoria fiscale *ad hoc* nell'ambito degli enti privati *no-profit* che operano in 11 settori diversi (tra i quali l'assistenza sociale e socio-sanitaria, l'assistenza sanitaria e la beneficenza): *le Organizzazioni non lucrative di utilità sociale*

welfare mix

specialità e molteplicità dei rapporti di convivenza tra pubblico e privato:

di fronte ad una maggiore richiesta di prestazioni sociali da parte dei cittadini e ad una invece sostanziale riduzione della qualità e quantità dell'erogazione pubblica diretta, la P.A. tende ad affidare lo svolgimento di funzioni pubbliche a soggetti terzi, attraverso un elaborato sistema di rete di fornitori di servizi e secondo un criterio di "complementarietà compensatoria" tra amministrazioni pubbliche e organismi *no-profit* (ONP)

ma possono sorgere problemi relativi ad un'eccessiva **frantumazione delle responsabilità** e alla **manca**za di un **quadro normativo unitario**:

è necessario quindi che le istituzioni pubbliche (che finanziano gli ONP) si riappropriino del ruolo di indirizzo ed orientamento dell'azione di governo, mentre le ONP devono sempre più assumere le caratteristiche di agenti di politiche e responsabilità pubbliche...

ridefinendo così le politiche sociali innovative nell'ottica di un maggiore rilievo della cooperazione sociale, alla quale spetta il ruolo di attivazione diretta dei servizi (welfare mix), e del volontariato, che deve assumere un ruolo di animazione territoriale, promozione della cittadinanza attiva e vitalizzazione delle relazioni di comunità

I SINGOLI SERVIZI SOCIALI

1. (per alcuni: disciplinata infatti a parte nel d.lgs. 112/1998, nel titolo V) polizia locale, urbana e rurale, le cui attività di polizia amministrativa sono state attribuite dal 1977 ai Comuni

2. istruzione e formazione professionale e artigiana (titolo IV capo IV del d.lgs. 112/1998): competenza regionale già nel precedente impianto costituzionale; cospicuo impegno finanziario dell'U.E., che ha costituito un apposito Fondo sociale Europeo per sostenere le iniziative formative, con priorità per le regioni arretrate

3. assistenza scolastica e diritto allo studio (art. 34 Cost.; titolo IV capo III del d.lgs. 112/1998): forti competenze comunali; vi rientra anche l'assistenza universitaria, con dirette attribuzioni date alle Regioni, che favoriscono l'istituzione di appositi enti per il diritto allo studio; dopo l'assolvimento dell'obbligo scolastico solo i capaci e i meritevoli possono però dirsi portatori di un diritto sociale alla propria piena realizzazione negli studi

4. attività socio-culturali (titolo IV capi V, VI e VII del d.lgs. 112/1998):

- gestione, valorizzazione e promozione dei beni culturali in chiave di una loro fruizione collettiva;
- sostegno e promozione di attività legate allo spettacolo;
- organizzazione e diffusione dell'attività sportiva

5. beneficenza pubblica (titolo IV capo II del d.lgs. 112/1998: tra i servizi sociali in senso stretto e ricondotta ad unità con l'assistenza dalla sentenza Corte Cost. 174/1981):

complesso di interventi esplicati in misura prevalente da organi ed enti locali e caratterizzati più dal ben volere del soggetto che eroga la beneficenza che dalle esigenze del beneficiario (si distinguono quindi per la discrezionalità delle prestazioni, in denaro o servizi, erogabili in favore di tutti coloro che per qualsiasi causa e a prescindere da particolari status o qualifiche versino in condizioni di bisogno, in rapporto alle disponibilità materiali dell'ente od organo emanante)

6. assistenza sociale (titolo IV capo II del d.lgs. 112/1998: tra i servizi sociali in senso stretto):

si basa sul principio di **solidarietà** (artt. 2 e 38 c. 1 Cost.), consiste nell'erogazione di sussidi di mantenimento e nell'aiuto sociale prestato con l'intervento di personale specializzato, per lo più in relazione alla condizione del cittadino inabile al lavoro e al contempo privo di mezzi di sussistenza; qui è la collettività pubblica a rendersi pienamente responsabile dell'intervento necessario per rimuovere una determinata condizione di difficoltà, legato quindi a situazioni particolari

7. previdenza sociale (art. 38 c. 2 Cost.): diversamente dall'assistenza (correlata alla semplice posizione di cittadino) è connessa alla posizione lavorativa e al gruppo professionale di appartenenza e, inoltre, tende a prevenire lo stato di indigenza, riconoscendo e costituendo in favore del lavoratore un vero e proprio diritto soggettivo al trattamento pensionistico con riferimento al suo collocamento a riposo: **pensione** "contributiva" fino al 1968, poi "**retributiva**" fino al 1992, poi forti correttivi

N.B. sono invece basate su principi solidaristici la **pensione "sociale"** (sui soli requisiti della cittadinanza, età e nullatenenza) e la **pensione di invalidità "civile"**, nell'ambito delle funzioni assistenziali svolte dall'INPS, tra i quali rientrano anche gli "ammortizzatori sociali" (ad esempio, la Cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria o l'indennità di mobilità)

8. servizio sanitario per la tutela della salute (art. 32 Cost.; titolo IV capo I del d.lgs. 112/1998):

- nel **1958** è istituito il Ministero della Sanità
- nel **1968** vengono regionalizzati gli enti ospedalieri

- con la legge **833/1978**, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si allarga il campo d'azione delle **Regioni**, prima limitato all'assistenza sanitaria e ospedaliera, estendendolo anche all'IGIENE E SANITÀ (misure e interventi non aventi carattere curativo) e alla prevenzione degli infortuni di qualsiasi genere, con il decentramento però dei compiti operativi ai Comuni (esercitati comunque attraverso le USL, i cui ambiti territoriali sono individuati dalle Regioni)

- nel **1988** cade il principio di gratuità delle cure sanitarie e dell'assistenza farmaceutica, con l'introduzione dei primi *tickets* su tali prestazioni, si introduce il criterio degli *standards* di operatività ed efficienza degli ospedali e del personale e viene approvato il primo piano nazionale sanitario
- nel **1989** vengono sostituiti i comitati di gestione degli ospedali, fortemente politicizzati, con degli amministratori unici con comprovate competenze tecniche (pur se di nomina della Giunta regionale)

- con il d.lgs. **502/1992** viene riformato il SSN: vi è una riorganizzazione delle Aziende Ospedaliere e delle **USL** costruita intorno al principio della separazione tra il momento programmatico (piano triennale nazionale sanitario del Consiglio dei Ministri e successiva pianificazione delle Regioni) e quello gestionale e...

la trasformazione della USL in **AZIENDA** e conseguente acquisizione della personalità giuridica e dell'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica: poteri di rappresentanza e di gestione al **direttore generale** (nominato dal Presidente della Regione), coadiuvato da altre figure da egli nominate, quali il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il coordinatore dei servizi sociali, poiché la AUSL può assumere la gestione di attività e servizi socio-assistenziali su delega dei Comuni (oggi quindi Unità Socio-sanitarie Locali, articolate in **Distretti**: strutture tecnico-funzionali distribuite sul territorio)

- il d.lgs. **229/1999**:

1. amplia il ruolo dei Comuni, introducendo la Conferenza per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, da istituire con legge regionale e di cui fa parte il Sindaco (ovvero i Sindaci);
2. fissa un tetto massimo di spesa sanitaria statale per ogni cittadino, integrabile dalle singole Regioni (eventualmente con il ricorso all'imposizione fiscale);
3. attribuisce alla Conferenza permanente per lo Stato, le Regioni e le province autonome il compito di autorizzare programmi di sperimentazione proposti dalle Regioni che prevedano forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato

DEFINIZIONE DI SERVIZI SOCIO-SANITARI

“tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione” (art. 3 *septies* d.lgs. 502/1992)

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:
“prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale” (art. 3 c. 1 d.p.c.m. 14 febbraio 2001), **di competenza delle AUSL**, inserite in progetti di durata medio/lunga ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:
"tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute" (art. 3 c. 2 d.p.c.m. 14 febbraio 2001), **di competenza dei Comuni**, che stabiliscono la misura della partecipazione di spesa dei cittadini

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria:

sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono per lo più alle aree materno/infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, sono **erogate dalle AUSL**, a carico del Fondo Sanitario, in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali

ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

con la **legge 8 novembre 2000 n. 328** (“legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) si ha finalmente una normativa generale anche in materia assistenziale, analogamente alla riforma operata dalla legge 833/1978 in ambito sanitario, con la quale essa deve coordinarsi, in particolare con riferimento all’attività delle ASL (in molte Regioni istituite come ULSS o USSL: Unità Socio Sanitaria Locale)

legge 8 novembre 2000 n. 328

con la realizzazione della legge quadro viene attivata un'innovativa politica sociale a livello nazionale, che si discosta dalla tradizionale concezione dei servizi sociali come subalterni rispetto ai servizi sanitari e che ha come obiettivo fondamentale

il benessere sociale

attraverso il riconoscimento del diritto alle prestazioni sulla base del principio di universalità delle stesse

legge 8 novembre 2000 n. 328

art. 1 c. 1:

“La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione”

legge 8 novembre 2000 n. 328

Viene previsto,
quale fondamentale strumento di
attuazione delle politiche sociali,
il sistema di servizi a rete,
che comporta una complessa
interazione tra tutti i soggetti coinvolti
sia pubblici che privati...

legge 8 novembre 2000 n. 328

...sulla base dei principi di sussidiarietà (verticale e orizzontale), cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali

legge 8 novembre 2000 n. 328

- viene conferita la principale responsabilità di programmazione ed organizzazione del sistema integrato allo Stato, alle Regioni e agli enti locali
- viene riconosciuto un ruolo attivo di progettazione e realizzazione, oltre che di gestione e di offerta dei servizi, ai soggetti privati (come le ONLUS)
- viene promossa la partecipazione attiva di organizzazioni sindacali, associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di benessere sociale

legge 8 novembre 2000 n. 328

art. 4:

“la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un **finanziamento plurimo** a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci”, gli enti locali, le Regioni e lo Stato

sistema di finanziamento

- Fondo nazionale per le politiche sociali

(istituito dal d.lgs. 112/1998 ai sensi dell'art. 59 c. 44 della legge 27 dicembre 1997 n. 449)

- Fondi regionali per le politiche sociali

(in Veneto istituito dall'art. 133 della legge regionale 13 aprile 2001 n. 11)

- Bilanci comunali

legge 8 novembre 2000 n. 328

priorità di accesso

al sistema integrato dei servizi sociali (art. 2)
in favore dei soggetti:

- in condizioni di povertà o con reddito limitato
- con incapacità totale o parziale derivante da inabilità fisica o psichica
- con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro
- sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali
- minori, specie se in condizioni di disagio familiare

organizzazione dei servizi socio-sanitari

è la **Regione** a determinare, in sede di programmazione, gli obblighi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie, secondo quanto indicato, oggi, dal d.p.c.m. 14 febbraio 2001 ("atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie")

organizzazione dei servizi socio-sanitari

Possono individuarsi tre modelli organizzativi ancora presenti in Italia (ricordando comunque che il Comune non è obbligato alla gestione diretta dei servizi di propria competenza, potendo creare un'apposita istituzione o un'azienda speciale oppure decidere per una gestione associata con altri comuni o, infine, delegare i propri compiti alle USL)...

1. Regioni che attribuiscono *in toto* la gestione dei servizi socio-assistenziali ai Comuni, prevedendo solo modalità di collegamento con i servizi USL (ad esempio la Sicilia)
2. Regioni che attribuiscono la gestione dei servizi socio-sanitari in parte ai Comuni ed in parte alle USL (ad esempio il **Veneto**, ove le USL svolgono funzioni che hanno una precisa attinenza con il settore sanitario, quali la prevenzione delle tossicodipendenze, il recupero e l'inserimento sociale dei tossicodipendenti ovvero l'assistenza ai portatori di handicap con riferimento ai particolari servizi e sussidi necessari per il recupero e l'inserimento degli stessi)
3. Regioni che assegnano la gestione dei servizi socio-assistenziali alle USL, riservando ai Comuni funzioni di indirizzo politico-sociale (ad esempio il Piemonte)

organizzazione dei servizi socio-sanitari

i singoli **Comuni** devono in ogni caso coordinarsi con gli interventi erogati dalle **USL** in campo socio-sanitario, al fine di superare il settorialismo che ha caratterizzato l'intervento assistenziale in passato e di garantire criteri di territorialità e globalità nelle prestazioni

organizzazione dei servizi socio-sanitari

al ruolo svolto dal **Comune**, singolo o associato, concorrono anche altri enti ed istituzioni pubbliche, cooperative o soggetti privati o cittadini volontari, singolarmente oppure in via associativa

legge 8 novembre 2000 n. 328

art. 11:

- i **Comuni** autorizzano i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o privata, sulla base del possesso dei requisiti stabiliti con legge regionale (che recepisce e integra in relazione alle esigenze locali i requisiti minimi nazionali determinati con d.m.)
- e provvedono all'accreditamento dei servizi e delle strutture, corrispondendo ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale

organizzazione dei servizi socio-sanitari

Gli interventi assistenziali del **Comune** possono generalmente raggrupparsi nelle 3 aree della:

- prevenzione delle cause e del disagio sociale (ad esempio l'educazione sanitaria e sociale di intesa con le USL)
- assistenza e sostegno al singolo o al nucleo familiare (ad esempio l'assistenza domiciliare o gli interventi rivolti all'inserimento sociale e lavorativo delle persone svantaggiate e in situazioni di bisogno, quali portatori di handicap, tossicodipendenti, carcerati etc.)
- sostituzione del nucleo familiare per periodi temporanei o anche stabilmente (ad esempio le comunità alloggio o le case di riposo)

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

La **programmazione** in ambito socio-sanitario nasce come esigenza collegata al dovere dello Stato di fornire l'assistenza sociale e sanitaria, in virtù dei nuovi diritti civili riconosciuti dalla Costituzione (mentre era estraneo il concetto di programmazione al precedente sistema della beneficenza pubblica), di fronte al problema di una disponibilità limitata di risorse per il raggiungimento degli obiettivi pubblici...

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

...da tale esigenza consegue:

- la necessità di individuare un livello minimo determinando i destinatari delle prestazioni e la misura dei singoli interventi
- la necessità di stabilire priorità e fasi per la realizzazione di detto livello minimo
- l'indispensabilità della programmazione come processo nel tempo per migliorare le condizioni generali

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

La programmazione si realizza mediante

l'emanazione di

norme ed atti amministrativi

che sono per loro natura

(salvo le leggi cornice)

“a tempo determinato”

anche se soltanto alcuni di essi sottostanno a precise regole di durata, scadenza e rinnovo

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

Fasi del **processo programmatico**:

- analisi dei bisogni (reali e indotti, oggettivi e soggettivi)
- specificazione degli obiettivi, pertinenti rispetto ai bisogni, di un programma d'interventi (obiettivi istituzionali, generali, intermedi, specifici)
- analisi delle risorse disponibili o attivabili e dei vincoli esistenti (in termini di infrastrutture, di mezzi finanziari e giuridici e di personale)

- formulazione del programma operativo degli interventi, specificando la qualità e la quantità delle prestazioni, l'organizzazione delle risorse in servizi efficienti, la predisposizione d'interventi di supporto, la sequenzialità, la flessibilità e la temporalizzazione degli interventi
- determinazione dei criteri per la verifica dei risultati
- verifica e valutazione dei risultati, alla base e secondo le indicazioni dell'attività riprogrammatoria, in un permanente rapporto di *feed back*

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

A seconda dell'ambito di riferimento spaziale, temporale e personale la pianificazione può assumere una valenza generale, un valenza strategica o una valenza operativa...

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

la pianificazione generale di settore
(in quanto differenziata ma collegata ad
altri settori, in prevalenza di natura
economica) si realizza attraverso i **piani
nazionali, regionali e zonali** e
costituisce una forma di
eteroprogrammazione "partecipata"

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

la pianificazione strategica

consiste nell'esaminare la situazione presente e gli sviluppi futuri, stabilendo obiettivi e una strategia per conseguirli e misurare i risultati: rappresenta un processo regolare e continuo e si risolve all'interno delle strutture compiute, costituendo quindi una forma di autoprogrammazione

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

la pianificazione operativa rappresenta il modo di agire normale dei servizi sociali, attraverso la programmazione delle proprie attività, realizzando le molte forme di progettazione individuale previste *ex lege* per far fronte alle esigenze di specifiche situazioni (cfr. i **progetti individuali** che, ai sensi dell'art. 14 legge 328/2000, i Comuni, d'intesa con le AUSL, predispongono su richiesta dell'interessato)

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

Il sistema di programmazione in ambito sociale (articoli 18 e 19 della legge quadro) si regge sul

**Piano nazionale triennale
degli interventi e servizi sociali**

(il 1°, relativo al periodo 2001-2003, approvato con d.p.r. 03/05/2001)...

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

...entro 120 giorni dalla cui emanazione le Regioni, attraverso forme d'intesa con i Comuni interessati, adottano il

Piano regionale degli interventi e servizi sociali

provvedendo all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

I Comuni (associati negli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete determinati dalle Regioni ex art. 8 l.q.) definiscono, nell'ambito delle risorse disponibili e sulla base delle indicazioni del piano regionale, il

Piano di zona

che stabilisce gli obiettivi strategici, le priorità di intervento, gli strumenti realizzativi e le risorse da attivare

LA PROGRAMMAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI

Ai sensi dell'art. 22 della legge quadro vengono definiti, attraverso la programmazione nazionale, regionale e zonale e nei limiti delle risorse destinate alla spesa sociale,

i livelli essenziali delle prestazioni

(oggi oggetto di potestà legislativa esclusiva dello Stato ai sensi del novellato art. 117 Cost.), che non sono elencati dettagliatamente in riferimento alle singole prestazioni, bensì configurati secondo un insieme di principi generali e in base ad una "griglia articolata su 3 dimensioni"...

livelli essenziali delle prestazioni

- 1) le aree di intervento, definite in relazione ai **bisogni** da soddisfare (non rappresenta un'area autonoma l'integrazione degli immigrati):
 - le responsabilità familiari
 - i diritti dei minori
 - le persone anziane
 - il contrasto della povertà
 - i disabili
 - la lotta contro la tossicodipendenza
 - le azioni di supporto alla riforma dei servizi

livelli essenziali delle prestazioni

2) le tipologie dei servizi e delle prestazioni, che possono essere programmati e realizzati per rispondere alle esigenze proprie delle suddette aree di bisogno e che devono comunque comprendere in ogni ambito territoriale (**prestazioni minime garantite**):

- il servizio sociale professionale e il segretariato sociale per l'informazione e la consulenza al singolo e ai nuclei familiari
- il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari
- l'assistenza domiciliare
- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali
- i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

livelli essenziali delle prestazioni

- 3) le direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi, che descrivono i criteri progettuali, di organizzazione e di funzionamento della rete con particolare attenzione alla creazione di sinergie e collaborazioni fra tutti i soggetti coinvolti, nella valorizzazione delle risorse e delle potenzialità disponibili

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- CAPUTI IAMBREGHI V., *I servizi sociali*, in MAZZAROLLI L. – PERICU G. – ROMANO A. – ROVERSI MONACO F.A. – SCOCA F.G. (a cura di), *Diritto amministrativo*, Monduzzi, Bologna, 2001, pp. 1019-1056.
- CORRÀ D., *I servizi socio-assistenziali dei Comuni*, Maggioli, Rimini, 2002
- CROCI A., *La legislazione sociale e l'organizzazione dei servizi*, Giappichelli, Torino, 2001
- DI STEFANO A. – FERRAUTI F. – MOINI G. – PACCHI C. – ANTONNELLIS D. – BERTI F., *Reengineering organizzativo*, CSE, Torino, 2001
- DONNA G. – NIEDDU S. – BIANCO M., *Management sanitario*, CSE, Torino, 2001
- FORATO G. – BISCEMI C., *L'operatore sociale*, Maggioli, Rimini, 2003
- FRANCI A. – CORSI M. (a cura di), *La qualità percepita nei servizi socio-sanitari*, Maggioli, Rimini, 2002
- MARI A., *La pianificazione dei servizi sociali*, in *Quaderni del Giornale amministrativo n. 7*, Ipsoa, Milano, 2003
- TRABUCCHI M. – BRIZIOLI E. – PESARESI F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani*, Il Mulino, Bologna, 2002