

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 18

**Il ruolo di Regioni e Comuni: relazioni istituzionali verso il
federalismo**

*di
Anna Banchemo e Carlo Casari*

Luglio 2010

1. Introduzione

Il presente capitolo conclude la terza parte del progetto. Obiettivo di questa parte – come detto nell'introduzione – è individuare le principali ipotesi applicative del federalismo, con particolare riferimento ai livelli essenziali, e valutarne le conseguenze per l'assistenza continuativa.

Nei precedenti capitoli si è perseguito l'obiettivo confrontando le diverse opzioni per i livelli essenziali e, successivamente, ragionando sul sistema di monitoraggio. La disamina degli scenari applicativi del federalismo, però, sarebbe incompleta senza uno specifico approfondimento del ruolo che potranno svolgere le Regioni e i Comuni, e i soggetti che li rappresentano. Bisogna capire come si potranno collocare Regioni e Comuni nel nuovo assetto istituzionali e quali sono le principali sfide e opportunità legate al loro rapporto con lo Stato. Infatti, la relazione delle politiche statali - oggetto del presente progetto - con i Comuni e con le Regioni costituirà una delle determinanti del successo o fallimento del federalismo.

Questo capitolo propone le riflessioni di due autorevoli rappresentanti delle realtà delle Regioni e dei Comuni sul tema. Entrambi discutono criticamente l'esperienza del passato e forniscono indicazioni per il futuro.

2. Una prospettiva delle Regioni¹

2.1. I processi del decentramento amministrativo, i decreti di riordino del sistema sanitario, la legge 328/2000: i preliminari di una riforma costituzionale.

La situazione italiana che si presentava alla fine degli anni '90 era assai sbilanciata sul piano dei servizi offerti al cittadino: da una parte il sistema sanitario, che usciva da travagliati eventi, legati alle formule organizzativo-istituzionali (comitati di gestione delle USL) ed ad una elevata espansione della spesa, mentre sul versante previdenziale si doveva provvedere ad una prima necessaria riforma del sistema pensionistico. Sul piano dell'assetto istituzionale, i provvedimenti "Bassanini", dal 1995 al 1998 (in particolare il DLgs 112/98), completavano i processi del decentramento amministrativo; mancava solo la definizione dei diritti sociali, particolarmente per le fasce deboli, a cui si è giunti nell'ottobre 2000 con la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Sul piano delle politiche sociali, nel periodo intercorrente tra il DPR 616/77 e il DLGS 112/98, la maggioranza delle Regioni ha approvato leggi e piani per la disciplina dei servizi sociali. Tutto ciò non ha favorito l'omogeneità dell'offerta e dalle analisi condotte sugli interventi socio-assistenziali del nostro Paese, alla fine degli anni '90, si registravano pesanti squilibri tra Nord, Centro e Sud, evidenziando:

- disomogeneità delle prestazioni per tipologia, contenuti e modalità di accesso;
- servizi prevalentemente rivolti a categorie, non considerando le differenze di età, sesso, reddito e collocazione geografica fra persone, rendendo aleatorio il concetto di giustizia

¹

Questa parte è di Anna Banchero.

sociale e di diritto soggettivo costituzionale;

- interventi "predeterminati", e spesso autoreferenziali, non rispondenti alla rapida trasformazione della condizione individuale, familiare e di cittadinanza e ai rilevanti mutamenti demografici (si cita in particolare il processo di invecchiamento della popolazione e le nuove povertà);
- offerta di servizi che non arrivava a coprire nemmeno il 10 % della spesa, mentre oltre il 90 % era (ed è) riferito a trasferimenti economici, tendenti più a ratificare che a superare l'esclusione sociale;
- rilevanti differenziazioni tra i trattamenti economici riservati alle diverse invalidità, cecità e sordomutismo, tali da produrre disuguaglianza invece che equità;
- limitate risposte per le strategie di supporto alla famiglia, con la difficile conciliazione fra impegni di cura e impegni di lavoro e pesanti condizionamenti anche nelle decisioni procreative.

Nonostante i costi pubblici elevati cresceva anche la spesa a carico dei cittadini per acquistare assistenza privata (stimata nel 1998 in oltre 8 miliardi di euro/anno). Non si rilevava l'esistenza di interventi organici per la lungo-assistenza e le azioni condotte a favore dei non autosufficienti si ricomponevano in un "fai da te" affidato alle famiglie, perché anche le assicurazioni private dedicavano scarsa attenzione al problema della non autosufficienza.

Nonostante i pesanti interventi di contenimento della spesa pubblica voluti dai Governi Amato nella seconda metà degli anni novanta, non si è accettata la scelta di un mero contenimento della spesa assistenziale, che avrebbe ulteriormente limitato le risposte ai crescenti bisogni e quindi, l'impegno del legislatore è stato verso il "disegno di legge quadro sull'assistenza", per offrire almeno alcune garanzie di "livelli essenziali" che accompagnassero le trasformazioni del settore verso ipotesi organizzative derivate dal nuovo ordinamento delle autonomie locali, capaci di dar vita ad un circolo virtuoso tra pubblico, terzo settore e privato, a favore della crescente domanda sociale.

L'approccio con cui il Governo e il Parlamento italiano hanno affrontato il riordino delle politiche assistenziali con la legge 328/2000 è stato di carattere *storico-economico* individuando nel welfare strutture tipiche di organizzazione sociale, di redistribuzione del reddito e di mediazione dei conflitti sociali, ipotizzando di assicurare diritti soggettivi essenziali, particolarmente alle fasce deboli, facendo leva sulle realtà territoriali (sussidiarietà orizzontale) e sul rispetto dei diversi livelli di Governo, rispettando quello più vicino al cittadino (Comune) in una sussidiarietà verticale, che, anche in termini di spesa, valorizzava la connessione tra prestazioni monetarie e servizi locali, che purtroppo, nei fatti, si è poi dimostrata, difficilmente raggiungibile.

Si accompagnò ai processi riorganizzativi dell'assetto sanitario sociale anche una riforma del pubblico impiego con il Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29" *Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche revisione della disciplina in materia di pubblico impiego*".

Le parole chiave dell'epoca: sostenibilità del welfare, efficienza, efficacia, responsabilità, costi-benefici, lavoro per progetti, valutazione dei risultati, etc.

Il decreto legislativo 502/92 ed il successivo 517/93, hanno inteso riformare il sistema sanitario proprio nel senso sopra indicato: sostenibilità economica, produttività, risparmio, *esclusione dell'ingerenza politica* sul sistema salute. Le riforme, almeno sul piano della norma non

riguardano i principi ed i valori fondamentali dell'universalismo, della gratuità, della solidarietà, sanciti dalla l. n. 833/78, ma piuttosto l'assetto istituzionale ed organizzativo, gli strumenti per renderli effettivamente sostenibili.

Di fatto non sarà però così. L'esclusione da questi processi di riforma delle Amministrazioni locali, per obbedire all'imperativo di escludere *la politica* dal sistema, ha creato lacune sul ruolo delle amministrazioni locali difficile dal colmare, anche con l'avvento del decreto correttivo 229/99.

Cosa si deve registrare sul versante dei servizi, che la trasformazione dell'Unità sanitaria locale in Azienda, ha concretamente interrotto o fortemente limitato, quei processi di integrazione tra comparti, che sono inevitabili sul versante delle fragilità (dalla disabilità, alla non autosufficienza).

L'aziendalizzazione delle USL, fronteggiata con coraggio particolarmente dal Veneto che ha continuato ad adottare il sistema integrato con la Aziende Sociosanitarie, ha finito per "isolare" il servizio sanitario dalle Autonomie Locali, che occupano un ruolo forte nella fase preventiva e della riabilitazione: dagli stili di vita al recupero delle disabilità.

In quel periodo si è aperta una frattura nella comunicazione tra Sistema Sanitario e Comuni i cui risultati si riscontrano anche in oggi (si veda l'estrema eterogeneità di applicazione dell'integrazione sociosanitaria tra servizi sanitari a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario), l'oggetto principale della discussione politico amministrativa era quello dei livelli essenziali di assistenza, vediamo infatti, che un DPCM del 29 novembre 2001, emanato a seguito di un'intesa tra Stato/Regioni, disciplina i "*livelli essenziali di assistenza, sanitaria e sociosanitaria*" (LEA), non registra in sede di stesura alcuna partecipazione dei Comuni, anche se parte della materia (quella dei livelli integrati) li chiama in causa sul piano del concorso alla spesa; il risultato, è stato anche in questo caso, quello di un'applicazione altamente disomogenea nei territori italiani di tali livelli.

Eppure, gli strumenti di comunicazione tra istanze istituzionali non mancavano: Conferenza Stato/Regioni, Conferenza delle Autonomie e Conferenza Unificata. Organismi creati appositamente per trovare comunicazione, discussione e mediazione ma che, sostanzialmente, hanno funzionato in maniera molto limitata. Vediamoli nel dettaglio, anche per comprenderne la natura e rilevarne i limiti.

2.2. *Le Conferenze Stato-Regioni , Stato-Città e Unificata*

Ad accompagnare, guidare il complesso rapporto istituzionale centro/periferia, con il DPCM 12 ottobre 1983, viene istituita, quando sono trascorsi oltre dieci anni dalla nascita delle regioni la Conferenza Stato-Regioni, come raccordo istituzionale unitario per entrambi i livelli di Governo.

Si apre così un "tavolo paritetico" che consente alle regioni di confrontarsi con il Governo anche su politiche generali; nello stesso tempo il tavolo dimostra la sua utilità per il Governo che attraverso esso acquisisce pareri (e proposte) utili nell'esercizio dell'azione amministrativa nelle materie e politiche che coinvolgono le regioni. Un altro aspetto positivo è rappresentato da un'interlocuzione regionale che tende a presentarsi con posizioni unitarie che portano ad indubbi vantaggi sia per le relazioni che per il confronto tra Enti.

In realtà nei primi 5 anni (1983-88) la Conferenza si è riunita poco e su argomenti autonomamente decisi dal Presidente del Consiglio, anche perché continuava la prassi di riunioni settoriali fra singoli ministeri e assessori, con conseguente indebolimento della capacità di entrambi gli interlocutori istituzionali di confrontarsi su politiche e tematiche di carattere generale.

In seguito il legislatore modifica la situazione e con l'articolo 12 della legge n. 400 del 23 agosto 1988, vengono completamente riorganizzate le competenze della Conferenza. Va detto che l'impianto del 1988, pur con gli arricchimenti del tempo, è sostanzialmente valido ancor oggi e ha dato vita ad una fase dinamica che si è protratta fino agli anni 2000 e con una veste un po' differente, fino ai giorni nostri, dove le modifiche del Titolo V della Costituzione hanno avuto un peso anche sulla revisione dei rapporti interistituzionali.

Oggi, la Conferenza Stato-Regioni è un organo collegiale presieduto dal Presidente del Consiglio, salvo delega al Ministro per gli affari regionali, e di cui fanno parte i Presidenti delle regioni e delle province autonome. Hanno facoltà di intervenire i Ministri interessati agli argomenti all'ordine del giorno, ma non ne fanno formalmente parte. Nella prassi è frequente una tacita delega rispettivamente a sottosegretari e assessori. Il parere favorevole delle regioni (anche e soprattutto quando è frutto di modifiche concordate e assentite dal Governo o dal Ministro proponente) ha una positiva influenza sul provvedimento discusso che influisce anche sull'eventuale successivo iter parlamentare.

I principali strumenti usati dalla Conferenza per esprimersi sono tre: i pareri, le intese e gli accordi, il loro contenuto è differenziato e collegato alla importanza degli atti in esame.

I pareri sono lo strumento più usato e attengono ad una tipica *funzione consultiva* che le regioni svolgono in Conferenza in ordine ad atti di competenza statale. Di solito i pareri si usano da parte delle regioni per qualsiasi manifestazione di volontà in seno alla Conferenza. Le intese, sono invece un tipo di atto che si inserisce in un procedimento, autonomo e perfetto, salvo eccezioni previste dalla legge. Richiedono normalmente un "lungo lavoro" tra funzionari statali e regionali che preparano, in base al mandato ricevuto, la bozza dell'intesa, da ratificare in sede di Conferenza.

Un esempio di intesa sono i LEA, il riparto del Fondo Sanitario e la proposta del Governo di Piano Sanitario Nazionale; anche nelle politiche sociali esiste l'intesa per il riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali, ma in questo caso si tratta di un'intesa in Conferenza Unificata cioè anche con i Comuni e in maniera analoga, era prevista l'intesa sui LIVEAS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) dalla finanziaria 2003 all'articolo 46.

Non va sottovalutata per l'intesa la collaborazione ed il raccordo che avviene tra le parti della Conferenza: lo Stato con i suoi Ministeri e le Regioni, spesso si giunge ad una vera "contrattazione" che porta, nella maggior parte dei casi, ad un testo l'atto preso in esame è quindi spesso modificato dall'amministrazione centrale proponente in modo da rendere evidente la mediazione che avviene tra i due livelli istituzionali: lo Stato e le Regioni. Qualche volta, però, l'intesa non si trova ed allora o lo Stato modifica il provvedimento, o lo ritira, o in qualche altro caso (es: leggi finanziarie), i provvedimenti nazionali vanno avanti anche con il parere contrario delle regioni.

Il terzo strumento, quello dell'accordo, è stato sperimentato per lungo tempo, nell'attività di indirizzo e coordinamento agli inizi degli anni novanta, quando ha subito un'interruzione da parte della Corte costituzionale. La suprema Corte, infatti accogliendo ricorsi di molte regioni, lo ha reso sostanzialmente inapplicabile, chiedendo alle parti di trovare nuovi strumenti di raccordo. Le nuove

modalità trovate mutano l'accordo da coordinamento statale con una sorta di auto-coordinamento regionale condiviso con lo Stato, in maniera da costituire un documento che può essere portato a conoscenza dei terzi. Tipico esempio di "accordo" è il ripiano dei deficit sanitari. Gli accordi costituiscono la base per decretazione e provvedimenti legislativi.

Si aggiungono poi le proposte come atti più collegati alla sfera dell'iniziativa politica per stimolare processi istituzionali che coinvolgono Stato e Regioni ed infine le deliberazioni come atti di amministrazione attiva per assumere e sancire decisioni.

In sintesi si può concludere che la Conferenza non è solo un luogo dove le regioni portano pareri, dove vengono sancite intese o accordi tra Stato e regioni, ecc.), ma un vero e proprio "organo" non appartenente all'apparato statale o regionale ma con un'autorevolezza riconosciuta anche dalla stessa Corte costituzionale.

Per dialogare in sede di Conferenza le Regioni hanno costituito nel gennaio del 1981 il coordinamento politico dei Presidenti definito Conferenza dei Presidenti. Il coordinamento risponde a diverse esigenze:

- organizzare un permanente confronto interregionale;
- rapportarsi con lo Stato (Governo, Parlamento ecc.) tramite posizioni unitarie o almeno concordate;
- volontà di dare voce e far pesare quello che viene definito "sistema delle regioni", anche nel processo di costruzione dell'Unione europea.

Nel 1983 la Conferenza dei Presidenti ha istituito il Cinsedo (Centro interregionale di studi e documentazione), con sede a Roma, quale organismo con funzioni di supporto organizzativo, di studio, informazione e documentazione per la Conferenza. Il Cinsedo svolge tutt'oggi questo compito.

La Conferenza dei Presidenti, tramite il Cinsedo organizza le proprie attività e quelle di raccordo con la Conferenza Stato-Regioni attraverso Gruppi di lavoro, coordinati da un Assessore. Dal 2005, i gruppi sono stati trasformati in Commissioni, anch'esse coordinate da un Assessore (per le materie servizi sociali e sanità abbiamo la Commissione Politiche Sociali e la Commissione Salute).

2.2.1 Le Conferenze Stato –città e Unificata

Come si può evidenziare, la Conferenza Stato –regioni *non contempla* il ruolo delle Autonomie Locali che è stato riconosciuto con DPCM 2 luglio 1996 tramite l'istituzione della Conferenza Stato-città ed autonomie locali. Anche questa Conferenza è un organo collegiale con funzioni consultive e decisionali e una sede di confronto permanente e di raccordo tra lo Stato e gli enti locali, che ignora comunque l'organizzazione regionale, questo è un grande vuoto, che si registrerà soprattutto nell'ambito dei servizi alla persona (sanità e servizi sociali).

La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'Interno o dal Ministro per gli affari regionali nelle materie di rispettiva competenza. Ne fanno parte, altresì, i Ministri dell'economia e delle finanze,

dello sviluppo economico, delle infrastrutture, dei trasporti, della salute, i presidenti di ANCI, UPI, UNCEM nonché, su designazione delle rispettive associazioni, sei presidenti di provincia e quattordici sindaci, di cui cinque sindaci di città che siano aree metropolitane.

I compiti della Conferenza Stato - città ed autonomie locali, consistono prevalentemente nelle seguenti attività:

- favorire il coordinamento nei rapporti tra lo Stato e le Autonomie locali;
- promuovere e stimolare attività relative alla organizzazione di manifestazioni che coinvolgono più comuni o province da celebrare in ambito nazionale;
- esprimere pareri e sancisce intese sugli atti amministrativi previsti dalle disposizioni legislative;
- favorire l'approvazione di accordi o contratti di programma ai sensi dell'art. 12, comma 6-bis della legge 23 dicembre 1992, n. 498;
- promuovere l'informazione e le iniziative per il miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici locali;
- acquisire le designazioni dei rappresentanti degli enti locali, nei casi previsti dalla legge.

Inoltre, la Conferenza è sede di esame in materia di ordinamento, finanza, personale e servizi pubblici degli enti locali e di ogni altra questione che venga sottoposta, anche su richiesta dei Presidenti dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM, al parere della Conferenza, dal Presidente del Consiglio o dal Presidente delegato.

Come si può osservare questa Conferenza era ed è un “organismo” a sé stante, rispetto la Conferenza Stato-regioni, molto scarsi sono i collegamenti tra le due Conferenze, quindi, forse, anche per l'evidenza di questo vuoto, il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ha istituito la Conferenza Unificata che raggruppa i soggetti della Stato-regioni e quelli della Stato-città ed autonomie locali. Anch'essa è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali; ne fanno parte altresì il Ministro dell'Economia e della Programmazione economica, il Ministro delle Finanze, il Ministro dei Lavori Pubblici, il Ministro della Sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, Comunità ed Enti montani - UNCEM.

Sono inclusi nella Conferenza Unificata anche quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

La Conferenza Stato - città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisa la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM. La Conferenza unificata è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri che presiede anche le sedute, può anche delegare il Ministro per gli Affari Regionali o quelli dell'Interno.

La Conferenza Unificata assume deliberazioni, promuove o sancisce intese ed accordi, esprime pareri, designa rappresentanti nei gruppi di lavoro in relazione alle materie ed ai compiti di interesse comune alle regioni, alle province, ai comuni e alle comunità montane.

In particolare la **Conferenza unificata**:

- esprime pareri sul disegno di legge finanziaria, sui disegni di legge collegati e sul documento di programmazione economica e finanziaria, sugli schemi di decreto legislativo adottati in base all'articolo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59;
- promuove e sancisce intese tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane ;
- promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;
- acquisisce le designazioni dei rappresentanti delle autonomie locali indicati, rispettivamente, dai presidenti delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, dall'ANCI, dall'UPI e dall'UNCCEM nei casi previsti dalla legge;
- assicura lo scambio di dati e informazioni tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane nei casi di sua competenza, anche attraverso l'approvazione di protocolli di intesa tra le amministrazioni centrali e locali;
- è consultata sulle linee generali delle politiche del personale pubblico e sui processi di riorganizzazione e mobilità del personale connessi al conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed agli enti locali;
- esprime gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri può sottoporre alla Conferenza unificata, anche su richiesta delle autonomie regionali e locali, ogni altro oggetto di preminente interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane.

Alle funzioni attribuite alle Conferenze dal D.lgs 281 del 1997, si aggiungono anche quelle, previste dalla legge 131 del 2003 e dalla legge 11 del 2005.

2.2.2 Osservazioni sulla “governance” tra istituzioni

Le precedenti considerazioni illustrano come gli strumenti di partecipazione delle Autonomie locali e delle regioni siano stati individuati in maniera ricca e dettagliata.... I problemi di fondo, registrati per tali strumenti sono rappresentati da:

- una comunicazione prevalentemente “duale” tra Stato/Regioni da una parte e Stato/Città/ autonomie dall'altra;
- la mancanza di una “vera governance” tra gli Enti del sistema istituzionale, introdotta solo il terzo modello: la Conferenza Unificata, ha messo insieme i diversi livelli di

Governo e ciò significa che spesso le *grandi scelte* non sono state frutto di un lavoro congiunto, come peraltro è avvenuto per il LEA sociosanitari.

2.3. Le Modifiche costituzionali: La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 " Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione"

Un altro evento fondamentale che ha sancito il primo vero cambiamento dell'assetto statale voluto dalla Carta Costituzione del 1947 è stata la legge costituzionale 18 ottobre 2001 , n. 3 che modifica il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni, ridisciplinando in modo integralmente innovativo l'articolo 117 della Costituzione.

I nuovi principi costituzionali che regolano il quadro delle competenze sono così sintetizzabili:

- a) allo Stato sono riservate in via esclusiva (*competenza esclusiva dello Stato*) alcune competenze puntualmente declinate all'articolo 117, secondo comma, della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa statale, dal primo comma dello stesso articolo 117;
- b) alle Regioni, ribaltando il precedente principio di distribuzione delle competenze legislative, sono attribuiti due tipi di competenze:

- quelle, indicate all'art. 117, terzo comma della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti in leggi dello Stato, (*competenza regionale concorrente*);
- quelle, stabilite all'articolo 117, quarto comma, da svolgere in via " esclusiva a cui si aggiungono *competenze di carattere residuale* da svilupparsi nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa dallo stesso articolo 117.

Per le Autonomie locali dopo le riforme Bassanini, l'allocazione delle funzioni amministrative è stata riscritta dal nuovo articolo 118 della Costituzione: al principio di "parallelismo" si è sostituito quello di "sussidiarietà" verticale.

In pratica, ad un regime che prevedeva che le Regioni potessero avvalersi degli Enti locali con discrezionalità rimessa al legislatore statale e regionale, con l'introduzione del principio di sussidiarietà, il criterio di attribuzione delle competenze, postulava che la generalità delle funzioni amministrative spettasse al Comune, salvo quelle che non potevano essere "adeguatamente" esercitate e che avrebbero dovuto, quindi, essere progressivamente riallocate alle Province e alle Regioni.

Non è però così lineare la riforma del Titolo V, perché l'articolo 117, secondo comma, lettera p), demanda al legislatore statale la definizione delle funzioni "fondamentali" di Comuni, Province e Città metropolitane mentre l'articolo 118, sottolinea al primo comma l'attribuzione delle funzioni amministrative ai Comuni, salvo quelle che debbano essere conferite, al fine di assicurarne l'esercizio unitario, a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

Infine, l'articolo 121, è rimasto in vigore anche dopo la riforma n. 3/2001, assegna al Presidente della Giunta regionale la direzione delle funzioni amministrative delegate dallo Stato alla Regione, lasciando intendere che possano ancora esistere funzioni amministrative proprie dello Stato, ma che questo ritenga di delegarle alle Regioni

Come si può osservare non vi è piena chiarezza terminologica e concettuale nei confronti delle competenze a carico delle Autonomie locali (competenze "attribuite" o di seguito "conferite"). Ciò che ne è derivato è che l'incertezza del testo costituzionale ha lasciato spazio al legislatore statale e alla Corte Costituzionale di ulteriori interpretazioni della norma senza incoraggiare il ricorso a procedure concertative tra i diversi livelli istituzionali.

Il problema evidenziato ha fatto sì che Comuni, e altri enti locali, in materia di esercizio di funzioni amministrative, nonostante quanto affermato dal primo comma dell'articolo 118, siano stati e siano in balia della "discrezionalità", o dell'arbitrio, del legislatore statale e regionale, riportando gli stessi Comuni alla situazione *ante* riforma, nella quale la garanzia costituzionale della propria sfera di autonomia era assicurata (o diminuita, o negata) dalla legge statale.

Gli Enti locali non dispongono purtroppo di strumenti per contestare la legittimità di trasferimenti inadeguati di funzioni, anche laddove si sono trovati di fronte a trasferimenti che non hanno coinciso con l'effettiva attribuzione di mezzi e risorse (si veda, ad esempio, la materia relativa l'invalidità civile).

Le *disarmonie* giuridiche indicate non sono state risolte nemmeno dalla legge "La Loggia" del 5 giugno 2003, n. 131" *"Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3"* che attribuisce all'articolo 4 primo comma, al Presidente del Consiglio il coordinamento dell'azione di Governo con il sistema delle autonomie e con le Regioni promuovendo la loro collaborazione. Mentre l'articolo 7 riprende i compiti dello Stato e delle regioni nel conferimento di competenze a Province, Città metropolitane, regioni e Stato, orientandoli ai "principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. Nello stesso tempo si "raccomanda" a Stato, Regioni, Città metropolitane, Province, Comuni e Comunità montane di favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

Nell'articolo c'è anche un invito ai Comuni di esercitare le funzioni amministrative associata, anche mediante le Comunità montane e le Unioni dei Comuni, per dare impulso all'associazionismo intercomunale.

Va sottolineato che, la legge sottolinea più volte la necessità di procedere in seno alla Conferenza Unificata per gli "affari" riguardanti l'intero sistema istituzionale.

Al di là delle disarmonie citate, il maggior "vuoto" derivato dalla *scarsa governance tra Enti non statali*, si è registrato, ed ancor oggi è tale, nei livelli essenziali di assistenza, introdotti dalla lettera m) dell'articolo 117, ovviamente non per quelli sanitari, dove anche di fronte ad un mancato coinvolgimento dei Comuni, l'individuazione dei livelli esiste, mentre nei livelli essenziali delle prestazioni sociali (da più parti, anche se informalmente, denominati LIVEAS), dove più tavoli di lavoro creati in Unificata, non hanno trovato alcuna soluzione, forse perché lo Stato, non ha fatto sentire *sufficientemente* la sua presenza, presumibilmente a causa delle mancate disponibilità economiche per la materia.

In sintesi, quella pur limitata governance introdotta dalla legge 131/2003, dove il punto più qualificante per una politica a favore della non autosufficienza poteva essere rappresentato dai livelli

essenziali, non è mai stata agita, anche fronte al già citato articolo 46 della finanziaria 2003, che dava spazio per i LIVEAS ad un'intesa plurima tra Enti, in Conferenza Unificata.

L'unico riferimento ai livelli essenziali per le persone non autosufficienti lo troviamo nei decreti di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2008 e 2009, approvati in Conferenza Unificata, laddove si individuano come impieghi prioritari dello stesso:

- a) i Punti unici di accesso;
- b) la presa in carico personalizzata con il Piano di assistenza individuale;
- c) l'incremento dell'assistenza domiciliare.

Per concludere, su questa parte che riguarda il “come eravamo” va sottolineato che le diverse Conferenze sono state più vicine a “camere di compensazione” dei divari con lo Stato che veri organismi di dialogo e di governance tra i diversi livelli di governo. Si sono costruite opportunità per il confronto, ma lo stesso non ha travalicato i problemi del momento, non si è riusciti ad individuare momenti di crescita comune adottando ad esempio *sperimentazioni istituzionali* che potessero davvero sostanziare quella “leale collaborazione” o sussidiarietà verticale, tanto attesa dalle modifiche del Titolo V e dalla stessa legge 328/2000.

E' da sottolineare come, spesso le Conferenze abbiano assunto “ruoli notarili”, di ratifica dei provvedimenti o di opposizione e si siano talvolta riunite, più come procedura formale che come sede di confronto e concertazione, senza costruire processi di cambiamento e portando i dissensi e le dissonanze tra Stato, regioni e autonomie più alla Corte Costituzionale che a processi di mediazione tra le diverse posizioni (Si veda la recente esperienza del Piano casa, dei Fondi FAS e quella della decretazione di urgenza).

Le obiezioni sollevate, non vogliono però limitarsi ad una critica di eventi trascorsi, ma devono essere utili per affrontare la fase attuale rappresentata dal Federalismo, dove, ancora una volta, Regioni e Autonomie possono intraprendere strade “convergenti”, ma separate.

2.4. Il Federalismo fiscale: la legge 5 maggio 2009, n. 42 “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione”

Il Federalismo fiscale è legge. I suoi principi fondamentali sono - da una parte - il coordinamento dei centri di spesa con i centri di prelievo, che comporterà automaticamente maggiore responsabilità da parte degli Enti nel gestire le risorse, dall'altra parte, la sostituzione della spesa storica, basata sulla continuità dei livelli di spesa, con i “costi standard”. La riforma federalista dovrà essere compatibile con il patto di stabilità e crescita, nessun adempimento dovrà comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Per diventare operativo, il federalismo fiscale, necessita di una serie di provvedimenti che dovranno essere approvati nell'arco di un settennio: 2 anni per l'attuazione e 5 di regime transitorio. La legge 42/2009, per accompagnare il processo federale prevede l'istituzione di una commissione paritetica propedeutica alla definizione dei contenuti dei decreti attuativi che dovranno essere predisposti entro 2 anni dall'entrata in vigore della stessa.

E' prevista anche una commissione per il coordinamento della finanza pubblica da istituire con uno dei citati decreti. La commissione avrà carattere permanente e opererà in seno alla Conferenza Unificata.

La legge federale prevede la possibilità di istituire Città metropolitane nelle aree dei comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria. La proposta spetta, in via principale, al comune capoluogo assieme alla Provincia e dovrà ricevere il via libera della Regione, entro 90 giorni. E', poi, indetto un referendum tra tutti i cittadini della provincia. Una volta costituite, le Città metropolitane, la Provincia di riferimento cesserà di esistere.

A verificare, l'attuazione del federalismo fiscale, sarà una commissione Bicamerale, composta da 15 senatori e 15 deputati. Il presidente viene nominato dai presidenti di Camera e Senato. I pareri espressi non saranno vincolanti, ma sulla base dell'attività svolta, la Commissione avrà, la possibilità di formulare osservazioni e di fornire al Governo elementi utili alla predisposizione dei decreti legislativi attuativi della riforma. Per assicurare il raccordo della Commissione con le autonomie territoriali, verrà affiancata da un comitato di rappresentanti locali, formato da 12 membri, dei quali 6 in rappresentanza delle Regioni, 2 delle Province e 4 dei Comuni.

Presso il Ministero dell'Economia è invece costituita la Commissione paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, che ha il compito di affiancare il Governo nella redazione dei decreti attuativi della riforma. E' un organo tecnico, composto da 30 componenti, per metà, esperti dello Stato e per l'altra metà, da specialisti provenienti dalle amministrazioni locali. Trasmette, a richiesta, informazioni e dati alle Camere, ai Consigli regionali e delle province autonome.

La legge 42/2009 prevede anche un altro Organismo: la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica che sarà istituita in seno alla Conferenza Unificata, con rappresentanti locali e statali, e avrà il compito di monitorare i flussi perequativi, di verificare l'utilizzo dei fondi per gli interventi speciali e di definire gli obiettivi di finanza pubblica per comparto, nel rispetto del patto di stabilità interno. Le determinazioni assunte dalla Conferenza sono trasmesse alle Camere.

Le spese delle amministrazioni locali, in particolare, per quelle relative a sanità, assistenza e per le prestazioni e i servizi riguardanti il diritto allo studio e le funzioni amministrative in materia di istruzione svolte dalle Regioni. Dovranno fare riferimento ai costi standard , per eliminare il meccanismo della *spesa storica*. Per ciascun servizio erogato dagli enti territoriali, si individuerà un costo standard, cui tutti dovranno uniformarsi durante un periodo transitorio di 5 anni.

La legge statale, ha il compito di disciplinare la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni. Fino all'effettiva individuazione delle funzioni fondamentali, il fabbisogno di Comuni e Province sarà finanziato assumendo che l'80% delle spese si riferisca alle funzioni fondamentali, mentre il residuo 20% alle altre funzioni. attraverso accordi da concludere in sede di Conferenza Unificata.

Il costo standard è costruito “ nel rispetto delle condizioni di efficienza e di appropriatezza del servizio. Il costo standard sarà finanziati da tributi regionali e dalla compartecipazione ad Irpef e Iva, oltre a quote del fondo perequativo e all'Irap, fino alla sua definitiva sostituzione con altri tributi. Salta, quindi, la riserva di aliquota Irpef per le Regioni, sostituita per il finanziamento delle funzioni essenziali, dalle compartecipazioni ai tributi erariali e al gettito Iva. Sono soppressi, i trasferimenti statali ad eccezione dei contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento dei mutui contratti dalle regioni. Tali fonti dovranno garantire il finanziamento integrale in una sola

Regione (cosiddetta benchmark). Per le altre interverrà il fondo perequativo. Scopo del Fondo è sostenere le Regioni con minor capacità fiscale per abitanti, garantendo l'integrale copertura delle spese corrispondenti ai fabbisogni standard per i livelli essenziali delle prestazioni.

Le Regioni (e i Comuni) dovranno uniformarsi ai costi standard durante un periodo transitorio individuato in 5 anni. L'obiettivo è quello di ridurre, gradualmente, la “pressione fiscale”; i decreti attuativi, dovranno infatti individuare i limiti massimi della pressione fiscale nonché il suo riparto tra i diversi livelli di governo. Ogni anno, in sede di Finanziaria, il Governo dovrà indicare lo stato dell'arte del passaggio ai costi e ai fabbisogni standard e stabilire, eventualmente, azioni correttive per le amministrazioni in difficoltà. Una particolare attenzione è riservata ai piccoli comuni, ai territori montani e alle isole minori.

Esistono anche Fondi perequativi locali: uno a favore dei Comuni, e l'altro delle Province e delle Città metropolitane, che, anche se finanziati dallo Stato, saranno inseriti nei bilanci regionali. Tali risorse interverranno per “soccorrere” gli enti locali per le attività svolte. La ripartizione delle somme, per le funzioni fondamentali, avverrà in base a due tipi di indicatori di fabbisogno: uno finanziario (spesa corrente) e altri relativi alle infrastrutture (spesa in conto capitale). Alla Regione, comunque, il compito di trasferire agli enti locali, entro 20 giorni dall'accredito, i fondi stanziati in bilancio. Nel caso ciò non si realizzi, provvederà direttamente lo Stato.

Per le Amministrazioni virtuose, anche dal punto di vista ambientale e che incentivano l'occupazione e l'imprenditorialità femminile, sono previsti “premi” viceversa per quelle inadempienti sanzioni, con *stretta* sui trasferimenti finanziari e divieto di assunzione di nuovo personale, fino ad arrivare alla più forte “sanzione politica” dell'ineleggibilità automatica per coloro che avranno condotto l'ente amministrato in stato di dissesto finanziario.

In materia di tasse di scopo e tributi locali, i Comuni potranno introdurre una (o più) tasse di scopo per finanziare la realizzazione di opere pubbliche e di investimenti pluriennali nei servizi sociali o oneri derivanti dalla mobilità urbana o da particolari eventi turistici. Lo stesso potranno fare, per provvedere a specifiche finalità istituzionali, Province e Città metropolitane.

A conclusione delle considerazioni illustrate, si può osservare che anche la riforma federale individua binari paralleli tra Regioni e autonomie locali. In particolare, al di là dei grandi quesiti da chiarire con lo Stato rispetto all'uso “promiscuo” dei termini *costo standard* e *fabbisogno standard*, che sono ben differenti e non possono essere utilizzati in maniera alternativa, l'occasione della governance locale non si può perdere, né per trattare la materia dei livelli essenziali, né per quelli che saranno i criteri per individuare i costi standard e nemmeno per i trasferimenti perequativi che sono nei bilanci regionali, ma sono riservati alle amministrazioni locali. E' una prova impegnativa per la leale collaborazione e la sussidiarietà verticale tra gli Enti.

L'utilizzo della Conferenza Unificata potrà facilitare la concertazione delle autonomie (regioni, comuni, province, comunità montane e aree metropolitane) Si dovrà fare sistema, affinché finanziamenti e tecnologie siano utilizzate nella maniera più favorevole, efficace ed efficiente nei confronti dei cittadini e, non va dimenticato che anche il ruolo della cittadinanza attiva potrà essere di stimolo agli Amministratori locali più dei premi e delle sanzioni previste dalla legge sul federalismo.

3. Una prospettiva dei Comuni²

3.1. Premessa

Nell'affrontare il tema dei meccanismi di raccordo tra i diversi livelli di governo, Stato, Regioni, Autonomie Locali, sulle politiche per i servizi per la non autosufficienza, la capacità di gestire un corretto ed efficace lavoro istituzionale di squadra nell'ambito esteso dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta il banco di prova cruciale, in particolare nel cantiere in fase di costruzione che richiede un sistema di relazioni innovative indotte e collegate al federalismo.

Dati infatti i livelli delle competenze istituzionali, ripartite tra Stato, Regioni e Comuni in ambito socio-sanitario in generale e nello specifico per i servizi dedicati alla non autosufficienza, la capacità di intesa e di coordinamento tra i livelli istituzionali di governo delle rispettive competenze appare essenziale per la adeguata ed efficace implementazione dei servizi.

La programmazione, produzione e monitoraggio, ad esempio, di servizi quali i servizi residenziali o domiciliari per anziani non autosufficienti, in particolare dopo l'approvazione della riforma costituzionale del Titolo V, deve necessariamente confrontarsi sia con le competenze proprie dei Comuni in materia sociale che con le competenze regionali in materia di organizzazione e gestione sanitaria che infine con le competenze proprie dello Stato nella materia della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Analogamente, le riforme avviate per l'attuazione del federalismo, con particolare riferimento alla legge 42/2009 sul federalismo fiscale, propongono un nuovo ruolo centrale nel sistema di finanziamento regionale e comunale rispettivamente ai livelli essenziali delle prestazioni e alle funzioni fondamentali, tra cui le funzioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie assumono una indubbia importanza e rilevanza, la cui definizione certamente richiede con forza urgenti ambiti di specificazione e di confronto, sia per quanto riguarda i contenuti da attribuirvi che relativamente ai costi di produzione e ai fabbisogni necessari per farvi fronte in un contesto nuovo di sistema paese. Non giovano certamente in questa fase, in assenza di un quadro di attribuzione di proprie risorse regionali e locali adeguate o almeno compensative, le prospettive di riduzione delle risorse statali dedicate allo sviluppo della rete dei servizi sociali e socio-sanitari, con particolare riferimento al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza e al Fondo Nazionale Politiche Sociali, che hanno rappresentato fino ad ora un prezioso e insostituibile supporto, ancorchè parziale e certamente non sufficiente, alla implementazione di una rete di servizi di base in tutte le regioni italiane.

Questa sezione si dedica quindi a descrivere alcuni dei percorsi che nel nostro paese sono stati sperimentati in questa direzione, evidenziando i limiti strutturali delle realizzazioni conseguite e conseguentemente la necessità di una ripresa convinta dei lavori al fine di realizzare le condizioni istituzionali di base per una efficace realizzazione della rete dei servizi per la non autosufficienza.

In questo contesto si affrontano quindi esclusivamente le relazioni di ambito nazionale tra Stato, Regioni e Enti Locali, non evidenziando le relazioni di ambito regionale tra le singole Regioni e gli Enti Locali delle specifiche Regioni medesime, relazioni certamente di rilevanza crescente dopo la riforma del titolo V della Costituzione anche ai fini degli interventi relativi

²

Questa parte è di Carlo Casari

all'integrazione e ai servizi per la non autosufficienza, ma naturalmente da collocarsi nel quadro relativo delle competenze a questi attribuite .

3.2. L'integrazione socio-sanitaria

Si specifica innanzitutto che l'integrazione socio-sanitaria rappresenta, nel quadro normativo definito prima della riforma del Titolo V della Costituzione e tuttora in vigore, la modalità ordinaria di svolgimento relazionale dell'attività sociale, così come è stato correttamente e precisamente definito nell'art. 3/septies del d.lg. 502/1992, modificato dal d.lg. 229/1999 e analogamente delle attività sanitarie con ambiti e aspetti di rilevanza sociale

Si presentano quindi prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria.

E' in questo contesto di lavoro di sistema che il DPCM 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" definisce le prestazioni per tipologia e il relativo onere di finanziamento.

Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, erogate contestualmente ad un intervento sociale, per la promozione della salute, la prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie, definite all'art. 3 1° c. del DPCM 14.2.2001, sono di competenza delle ASL.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute e sono a carico dei Comuni, avvalendosi della partecipazione alla spesa dei cittadini utenti.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono prestazioni di particolare valenza terapeutica e intensità sanitaria nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza, HIV, patologie terminali, ecc. e sono a carico delle ASL.

E' elemento importante da sottolineare che l'atto di indirizzo in esame, acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stato sottoposto al parere della conferenza Stato-Città ed Autonomie Locali unificata con la Conferenza permanente, realizzando quindi un percorso partecipativo che ha coinvolto tutti gli ambiti istituzionali necessariamente interessati alle funzioni di programmazione, erogazione e monitoraggio dei servizi integrati.

Peraltro, questo percorso di ampia collaborazione interistituzionale non è purtroppo sempre stato perseguito negli atti successivi di integrazione socio-sanitaria realizzati, che ora descriviamo.

3.3. I livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria

La legge 405/2001 recante interventi urgenti in materia sanitaria, all'art. 6 prevede che con apposito DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, il governo provveda a definire i livelli essenziali di assistenza.

In applicazione della legge richiamata, il DPCM 29.11.2001 definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria ed anche i livelli essenziali socio-sanitari relativamente all'area dell'integrazione socio-sanitaria, di cui all'allegato 1C, sulla base di una classificazione prettamente

sanitaria delle prestazioni, in un contesto tipicamente sanitario, perdendo i collegamenti tra sociale e sanitario che erano previsti nella normativa precedentemente richiamata

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, che infatti viene classificata in macrolivelli quali l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera., l'assistenza socio-sanitaria viene collocata entro l'assistenza distrettuale, a sua volta distinta in assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale

Ciò ha comportato che una parte importante dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, quelle aventi una più spiccata rilevanza sanitaria, pur avendo una altrettanto evidente rilevanza sociale, siano stati normati dal DPCM 29.11.2001, scindendoli quindi dal restante corpo delle prestazioni sociali a rilievo sanitario, per la cui definizione si è poi rinviato ad un successivo intervento normativo e attuativo, peraltro finora non realizzato, che affrontiamo tra poco.

Senza entrare in questa sede nello specifico dei singoli livelli essenziali e nelle modifiche introdotte rispetto all'atto di indirizzo, preme qui sottolineare che a fianco della svolta sotto il profilo culturale, istituzionale e organizzativo di accorpamento del socio-sanitario al sanitario e conseguente separazione dal corpo dei restanti servizi sociali, vi è stato anche un contesto assai meno partecipativo rispetto alla precedente esperienza di integrazione dell'atto di indirizzo prima descritto, limitata in questo caso esclusivamente allo Stato e alle Regioni, con esclusione dei Comuni e conseguentemente con il coinvolgimento per la sottoposizione dell'atto all'intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e non quindi della Conferenza Unificata.

Il rafforzamento poi con atto normativo del DPCM del 29.11.2001 rispetto al DPCM del 14.2.2001 intervenuto con l'art. 54 comma 2 della finanziaria 2003 (L. n. 289/2002), nonché la previsione che detti livelli siano assicurati dal servizio sanitario nazionale, non modifica il fatto che le prestazioni socio-sanitarie coinvolgono direttamente i Comuni per le competenze istituzionalmente loro proprie in materia sociale e conseguentemente ha comportato un rafforzamento di una modalità di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria che nei fatti ha escluso un livello istituzionale fondamentale per la sua realizzazione da un tavolo di programmazione, gestione e monitoraggio fondamentale ai fini dell'implementazione e della verifica del sistema.

3.4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali

In ambito sociale, il concetto di livelli essenziali delle prestazioni sociali compare per la prima volta nella legge 328/2000, in particolare attribuendo allo Stato la competenza nel definirli (art. 9 comma 1), nonché definendone l'ambito con riferimento alle tipologie delle attività rispetto ai bisogni (art. 22, comma 2), ovvero rispetto alla rete di offerta (art. 22, comma 4)

Il piano sociale e sanitario 2001-2003 ha affrontato poi in termini molto generali l'aspetto dei livelli essenziali, senza definirne contenuti qualitativi e ambiti quantitativi di realizzazione e sostenibilità..

L'art. 46 della finanziaria 2003 (L. n. 289/2002), tenendo naturalmente conto della riforma del Titolo V della Costituzione, ha previsto che con apposito DPCM fosse normato l'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, previa intesa della Conferenza unificata Stato-Regioni-

Autonomie locali, comunque in una logica ancora di continuità sulla forte separatezza tra ambiti sociale e sanitario.

Questa previsione peraltro non è stata fruttuosa non essendosi prodotto alcun documento unitario e condiviso sulla definizione e sul finanziamento dei livelli essenziali medesimi.

Fu costituita infatti nel periodo 2002-2005 una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata, composta da rappresentanti dello Stato, nei diversi ministeri coinvolti dell'Economia e Finanze e del Lavoro e delle Politiche Sociali, delle Regioni, dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane.

Sulla base degli approfondimenti emersi comunque nell'ambito del lavoro tecnico svolto, l'Associazione Nazionale Comuni Italiani nell'aprile 2003, il tavolo delle Regioni nel luglio 2003 e infine il Ministero delle politiche Sociali nella primavera 2005 produssero tre distinti documenti caratterizzati progressivamente da forti elementi di convergenza sulla definizione, sulle funzioni e sulle modalità di implementazione dei Liveas come inizialmente erano definiti in acronimo, o Lep come dall'ultima proposta dello stato, sulla necessità di prevedere percorsi regionali specifici, a fronte della forte disomogeneità territoriale del sistema di welfare italiano, sulla gradualità in relazione alle risorse, sulla opportunità di lavorare in maniera integrata con il sanitario nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria anche prefigurando una nuova prospettiva definitoria dei lea socio-sanitari

Il punto su cui peraltro la commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali dalla legge 328/2000, nonché atto ad implementare servizi che per una parte importante del paese, in particolare nel mezzogiorno, non erano presenti in modo adeguato o non erano presenti affatto.

Ciò quindi determinò formalmente una sospensione a tempo indeterminato, ma che di fatto fu una conclusione definitiva, dei lavori della commissione e conseguentemente la mancata definizione, la mancata discussione in sede politica e quindi la mancata approvazione con atto normativo di un programma di introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

3.5. I livelli essenziali della non autosufficienza

Non vi sono stati apporti o contributi aggiuntivi o nuove proposte normative in materia di integrazione socio-sanitaria e di livelli essenziali delle prestazioni fino alla finanziaria 2007 (L. n. 296/2006) la quale all'art 1 commi 1264-5 ha previsto l'istituzione di un Fondo per le non autosufficienze al fine di poter garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, con atti o provvedimenti attuativi da emanare previa intesa con la Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali, come poi effettivamente si è realizzato per il riparto del Fondo.

In questa esperienza di lavoro è emersa da parte del Ministero della Solidarietà Sociale la necessità di elaborare una articolata normativa nella materia della non autosufficienza, nella forma del disegno di legge di delega al governo per la successiva emanazione di decreti delegati, che mettesse a fuoco contemporaneamente la valutazione della condizione di non autosufficienza, i

livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria per le persone non autosufficienti, l'implementazione graduale dei servizi in relazione alle risorse investite dallo Stato nel Fondo per le non autosufficienze.

L'approccio all'integrazione socio-sanitaria adottato nel disegno di legge prevedeva una delega al governo per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale congiuntamente ai livelli essenziali delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, lettera m), alle persone non autosufficienti, con l'obiettivo di favorire la loro permanenza all'interno del proprio domicilio o del nucleo familiare, previa intesa con la Conferenza unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali.

Si riprendeva in questo disegno di legge la logica dell'integrazione socio-sanitaria partecipata da tutti i livelli di governo coinvolti nei servizi per la non autosufficienza, che contestualmente avrebbero agito cooperando nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e dei livelli sociali a rilevanza sanitaria relativi alle persone non autosufficienti.

Il ddl peraltro è decaduto con il termine anticipato della legislatura e quindi non ha prodotto alcun impatto sul quadro normativo vigente sia per l'ambito della non autosufficienza, che dell'integrazione socio-sanitaria e dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, tuttora regolamentate e periodicamente aggiornate nel quadro del DPCM 29.11.2001.

3.6. Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria.

Sottolineare i punti critici emergenti dall'esperienza realizzata in questi ultimi dieci anni nel raccordo istituzionale con attenzione ai servizi per la non autosufficienza può quindi favorire, al termine di questo percorso espositivo, una possibile individuazione di percorsi attivi per una ripresa della discussione nel merito sul da farsi, resi inoltre necessari dal nuovo contesto delle relazioni istituzionali in corso di avvio anche a seguito del ruolo attribuito ai livelli essenziali e alle funzioni fondamentali nel sistema del federalismo fiscale.

Certamente i meccanismi di raccordo tra livelli istituzionali, anche e in particolare nel contesto del federalismo e con riferimento specifico alle Autonomie Locali, sono strettamente correlati alle politiche e agli obiettivi perseguiti nell'ambito delle politiche di welfare in ambito nazionale.

Le politiche di sviluppo e valorizzazione della rete dei servizi pubblici nel nostro paese, in considerazione delle competenze istituzionali proprie dei vari livelli di governo, non possono realizzarsi in assenza di un patto condiviso tra Stato, Regioni e Comuni, mentre al contrario politiche di welfare che operino mediante altri strumenti, quali ad esempio trasferimenti monetari con attivazione di relazioni dirette tra cittadini-utenti e livello di governo nazionale, non necessitano di una estesa piattaforma di lavoro interistituzionale.

Modalità di lavoro queste ultime che si sono comunque anche recentemente riscontrate, quali per esempio la carta acquisti ricaricabile per gli anziani e le famiglie indigenti (L. 133/2008) o la riorganizzazione delle funzioni amministrative in materia di invalidità civile (L. 102/2009).

In ogni caso le politiche rivolte al sostegno delle persone non autosufficienti, che pure possono oscillare con varia misura e intensità tra questi modelli-tipo di relazioni, date le caratteristiche della domanda di servizi e della condizione socio-sanitaria dell'utenza, non possono

non ricomprendere effettive politiche di sostegno e diffusione di servizi pubblici realizzati localmente con spiccati contenuti di forte integrazione socio-sanitaria

In questo contesto risulta quindi confermata l'esigenza, al fine almeno di rendere operativa quest'area di intervento, di un approfondimento su un nuovo approccio partecipato tra tutti i livelli istituzionali coinvolti nella programmazione, gestione e monitoraggio dei servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle persone non autosufficienti, individuando una sede istituzionale di confronto sistematico, quale può certamente essere la Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali mediante lo strumento dell'intesa o dell'accordo, con la susseguente definizione di analoghi percorsi partecipativi di tutte le esperienze coinvolte nelle sedi tecniche istituite o da istituire appositamente.

Per favorire questo percorso risultano infatti insoddisfacenti gli approcci realizzati all'integrazione socio-sanitaria, avendo fino ad ora prefigurato interventi classificatori dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie in un contesto esclusivamente sanitario che solo parzialmente può ricomprendere i servizi nel loro complesso.

E' evidenziabile infatti che interventi sociali di prevenzione alla salute o di sostegno sociale alle fasce fragili o di assistenza domiciliare sociale od economica alle persone anziane, attività attualmente non ricomprese nei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, hanno indubbia relazione con gli interventi socio-sanitari oggi classificati, definiti e monitorati in ambito esclusivamente sanitario.

Inoltre un contiguo e conseguente ambito di lavoro può essere focalizzato nella individuazione delle modalità di definizione congiunta e condivisa dei livelli essenziali sociali e socio-sanitari dei servizi rivolti alla non autosufficienza, nonché delle modalità del loro finanziamento.

Solo in questo contesto di vera cooperazione istituzionale credo siano infine conseguibili obiettivi di efficace miglioramento della appropriatezza dell'assistenza, della sinergia degli strumenti valutativi e organizzativi, di presa in carico integrata di persone particolarmente fragili quali sono le persone non autosufficienti, siano esse minori, adulte o anziane

Non può infine non evidenziarsi in questa considerazione conclusiva il nuovo quadro introdotto con l'approvazione della legge sul federalismo (L. n. 42/2009), la quale prevede l'introduzione, con particolare riferimento rispetto ai servizi ora in esame, di tributi propri per sostenere finanziariamente le Regioni e i Comuni rispettivamente nella realizzazione dei livelli essenziali di assistenza e delle funzioni fondamentali.

La legge richiamata precisa peraltro, all'art. 20, che la legge statale disciplini la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni, fermo restando che fino a nuova determinazione si considerano i livelli di assistenza e delle prestazioni vigenti, i quali in ambito sanitario e socio-sanitario sono i livelli definiti con il DPCM 29.11.2001 e che in ambito sociale sono assenti, con ciò prefigurando la possibilità del protrarsi circa la loro determinazione, per un tempo non definito, di una situazione transitoria che corrisponde a quella esistente.

Si propone, al contrario, con la approvazione della legge sul federalismo, di dare nuovo impulso ad una organica definizione anche normativa dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, per la cui realizzazione possa avvalersi di innovativi sistemi di relazione interistituzionale, ampi, diffusi e partecipati, essenziali per conseguire lo sviluppo dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti.

