

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

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

**Anna Banchemo e Carlo Casari**

Agenzia Sanitaria Regionale Liguria – Comune di  
Modena

# **Una prospettiva delle Regioni**

Anna Banchero  
Agenzia Sanitaria Regionale  
Liguria

# Indice

1. Premessa
2. I processi di decentramento amministrativo, i decreti di riordino del sistema sanitario, la legge 328/2000: I preliminari di una riforma costituzionale
3. Le Conferenze Stato Regioni e Stato Città
4. La Conferenza Unificata
5. La legge costituzionale 2001
6. La legge 5 maggio 2009: Il Federalismo fiscale

# Premessa

## ***premessa***

- **Questa parte del volume analizza la praticabilità del Federalismo come regolato dalla legge 42/09 analizzando le istanze istituzionali oggi in atto per la comunicazione STATO, REGIONI E AUTONOMIE LOCALI**
- **La relazione tra politiche nazionali e politiche locali costituisce la premessa per un Federalismo concreto e solidale, dove la lealtà istituzionale non mortifichi le esperienze e le iniziative messe in atto a livello decentrato**

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

## I processi di decentramento amministrativo e la legge 328/2000

- I provvedimenti Bassanini completano il decentramento amministrativo avviato dal DPR 616/77
- La situazione italiana, è molto variegata: servizi sociali categoriali, elevata spesa per i trasferimenti economici, scarsi i servizi alla persona, scarso supporto alle famiglie
- La legge 328/2000: introduce, nel rispetto delle Autonomie Locali, un quadro a cui fare riferimento per un sistema integrato di servizi e prestazioni economiche (in particolare riordino degli emolumenti per l'invalidità civile, peraltro mai avvenuto!)
- L'aspetto di maggior rilievo dei provvedimenti Bassanini e della legge 328/2000, è la *governance tra enti* e il rispetto della sussidiarietà orizzontale e verticale

# **Le Conferenze Stato-Regioni e Stato-Città**



## La Conferenza Stato–Regioni

- Un modo per concretizzare la “governance” tra livello istituzionale centrale e le regioni è la Conferenza Stato-Regioni, organo collegiale presieduto dal Presidente del Consiglio a cui partecipano tutte le Regioni e le 2 Province Autonome
- La Conferenza si riunisce per i provvedimenti che riguardano il Governo, ma che hanno ricaduta sulle autonomie regionali
- Per valutare i provvedimenti proposti dal Governo la Conferenza adotta: pareri, intese o accordi; questi ultimi hanno un più elevato valore cogente sia per il livello centrale che per quello regionale
- La Conferenza ha istituito un Centro di documentazione denominato CINSEDO che coordina le attività istruttorie e deliberative delle Regioni, in seno alla Conferenza

# La Conferenza Stato Città

- La Conferenza Stato-Città è istituita nel 1996 per la regolazione di rapporti tra Stato e Autonomie Locali, non sono presenti le Regioni;
- Questo fa sì che la *governance* sia monca perché manca una parte di istituzioni
- Anche la Conferenza Stato Città tratta i rapporti tra Governo Centrale e Autonomie

# La Conferenza Unificata

- Dopo la Conferenza Stato-Città si decide che devono sedere ad un tavolo tutte le Istituzioni e viene così costituita la Conferenza Unificata
- Anche questa Conferenza si esprime su leggi e provvedimenti dello Stato, per giungere ad un interesse comune a favore dei cittadini: sembra la realizzazione della *"governance"*, ma di fatto non è così: la Conferenza assume via, via, un ruolo quasi *"notarile"*
- Di fatto, molti provvedimenti, come il *"Livelli Essenziali in Sanità"*, non sono esaminati dall'Unificata e quindi si mantiene il divario tra Regioni e Autonomie Locali

# **La legge Costituzionale n. 3 del 2001: le modifiche al Titolo V**

# La Legge costituzionale 3/2001

- **Disciplina il riparto delle competenze tra Stato e Regioni e Autonomie Locali nel rispetto della “leale collaborazione”**
- **Fissa tra i compiti dello Stato quello di individuare “i Livelli Essenziali delle Prestazioni: LEA per il Servizio Sanitario, LIVEAS per le prestazioni sociali**
- **I LEA sono fissati nel 2001 con il DPCM 29.11.2001, mentre i LIVEAS non sono mai stati individuati**
- **La legge costituzionale conferma *sussidarietà e governance***

# **Il Federalismo Fiscale: la legge 5 maggio 2009, n. 42**

# II Federalismo fiscale

- Introduce il principio che ogni livello di Governo deve operare in pareggio di bilancio utilizzando i proventi derivati della tassazione.
- Mette la parola fine alla spesa storica perché istituisce per le spese pubbliche il "costo standard"
- Il *costo standard* da solo può rappresentare solo un numero, determinante è la fissazione del *fabbisogno standard*: molte sono le scuole di pensiero sui costi standard, indispensabile è il rapporto tra costi e fabbisogni
- Per arginare le differenze iniziali di entrata fiscale delle regioni e degli enti locali, è istituito il fondo di perequazione
- L'attuazione completa del Federalismo avverrà in un quinquennio, ma i suoi effetti possono non essere positivi in mancanza di livelli essenziali, diffusi in tutto il territorio nazionale



# **Una prospettiva dei Comuni**

Carlo Casari  
Comune di Modena



# Indice

1. Premessa
2. L'integrazione socio-sanitaria
3. I livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria
4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali
5. I livelli essenziali della non autosufficienza
6. Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria

# Premessa

## ***premessa (I)***

- La capacità di gestire un corretto ed efficace lavoro istituzionale di squadra tra Stato, Regioni e Comuni nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta il banco di prova cruciale per la realizzazione di un sistema integrato di interventi sociali e sanitari per le persone non autosufficienti.
- Non giovano certamente in questa fase le prospettive di incertezza e riduzione sulle risorse statali dedicate allo sviluppo della rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

# **L'integrazione sociale e sanitaria**

# L'integrazione sociale e sanitaria (I)

- L'integrazione socio-sanitaria rappresenta la modalità ordinaria di svolgimento relazionale dell'attività assistenziale sociale, così come è stato definito nel d.lg. 502/1992, modificato dal d.lg. 229/1999 e analogamente delle attività sanitarie con ambiti di rilevanza sociale
- Il successivo DPCM 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" classifica le prestazioni in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria.
- E' importante sottolineare che l'atto di indirizzo è stato sottoposto al parere della Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali, coinvolgendo tutti gli ambiti istituzionali necessariamente interessati alle funzioni di programmazione, erogazione e monitoraggio dei servizi integrati.
- Questo percorso di ampia collaborazione interistituzionale non è stato perseguito negli atti seguenti di integrazione socio-sanitaria realizzati.

# **I livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria**

# I livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria (I)

- Il successivo DPCM 29.11.2001 definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria ed anche i livelli relativamente all'area dell'integrazione socio-sanitaria (allegato 1C), con una classificazione prettamente sanitaria delle prestazioni, perdendo il collegamento tra sociale e sanitario presente nella normativa precedente.
- Ciò ha comportato che una parte importante dei livelli essenziali delle prestazioni sociali siano stati normati dal DPCM 29.11.2001, scindendoli quindi dal restante corpo delle prestazioni sociali a rilievo sanitario.
- Si sottolinea quindi che, 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
- Ciò ha comportato un rafforzamento di una modalità di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria che nei fatti ha escluso i Comuni da un tavolo di programmazione, gestione e monitoraggio del sistema.

# **I livelli essenziali delle prestazioni sociali**



# I livelli essenziali delle prestazioni sociali (I)

- In ambito sociale, i livelli essenziali delle prestazioni sociali sono introdotti nella legge 328/2000, attribuendo allo Stato la competenza nel definirli, precisandone l'ambito con riferimento alle tipologie delle attività rispetto ai bisogni, ovvero rispetto alla rete di offerta .
- Il piano sociale e sanitario 2001-2003 ha affrontato il tema livelli essenziali, senza definirne contenuti qualitativi e ambiti quantitativi di realizzazione e sostenibilità.
- La finanziaria 2003, ha quindi 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.

# I livelli essenziali delle prestazioni sociali (II)

- Fu costituita quindi 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.
- Il punto su cui la commissione si incagliò fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali dalla legge 328/2000.
- Ciò quindi determinò una sospensione a tempo indeterminato, che di fatto fu una conclusione definitiva, dei lavori della commissione.

# **I livelli essenziali della non autosufficienza**

# I livelli essenziali della non autosufficienza (I)

- La finanziaria 2007 ha previsto l'istituzione di un Fondo per le non autosufficienze per garantire i livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, previa intesa con la Conferenza Unificata Stato-Regioni-Autonomie Locali.
- Il Ministero della Solidarietà Sociale elaborò un disegno di legge di delega al governo per la emanazione di decreti delegati, di valutazione della condizione di non autosufficienza, sui livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, per l'avvio dei servizi in relazione alle risorse investite dallo Stato nel Fondo per le non autosufficienze.
- Si riprendeva 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

# **Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanita- ria**

# Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria (I)

- I meccanismi di raccordo tra livelli istituzionali sono strettamente correlati alle politiche e agli obiettivi perseguiti nell'ambito delle politiche di welfare in ambito nazionale .
- Le politiche di sviluppo della rete dei servizi socio-sanitari pubblici nel nostro paese non possono realizzarsi in assenza di un patto condiviso tra Stato, Regioni e Comuni, mentre politiche di welfare che operino mediante altri strumenti, quali ad esempio trasferimenti monetari possono non necessitare di una estesa piattaforma di lavoro interistituzionale
- In ogni caso le politiche rivolte al sostegno delle persone non autosufficienti, non possono non ricomprendere effettive politiche di sostegno e diffusione di servizi pubblici realizzati localmente con spiccati contenuti di forte integrazione socio-sanitaria.

## Verso quali meccanismi di integrazione socio-sanitaria (II)

- Per favorire questo percorso risulta infatti necessario superare la classificazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie in un contesto esclusivamente sanitario che solo parzialmente può ricomprendere i servizi nel loro complesso.
- Solo con una vera cooperazione istituzionale si può migliorare la appropriatezza dell'assistenza, la sinergia tra strumenti valutativi e organizzativi, la presa in carico integrata di persone fragili e non autosufficienti, siano esse minori, adulte o anziane .
- Infine la legge sul federalismo fiscale prevede che la legge statale determini i livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni e che in sua assenza si considerino i livelli di assistenza e delle prestazioni vigenti, con ciò consentendo il protrarsi della situazione esistente.
- Si propone quindi di dare nuovo impulso ad una organica definizione normativa dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, sulla base di innovativi relazioni interistituzionale.