

BOZZA**Oggetto: Disposizioni regionali relative alle forme gestionali dei servizi sociali****Quadro normativo: modalità organizzative**

L'art. 6 della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento) evidenzia che "i Comuni sono titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale" ed, ai sensi dell'art. 7, le Aziende sanitarie locali (ASL) assicurano le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei comuni.

L'art. 9 della citata l. r 1/2004 individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e servizi sociali di competenza dei comuni, i quali adottano le modalità associative ritenute più funzionali alla realizzazione di un sistema di welfare adeguato alle esigenze geomorfologiche e socio-economiche delle singole zone e alle peculiarità dei bisogni delle medesime.

Ai sensi del successivo comma 5 "le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile, e dell'età evolutiva, nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono obbligatoriamente gestite in forma associata... o dai comuni capoluogo di provincia o dalle ASL delegate". Lo stesso comma dispone altresì che i soggetti gestori assicurino le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL.

L'art. 8 della stessa legge individua, "al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari", nei distretti sanitari o multipli di essi, gli ambiti territoriali ottimali per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali

A sua volta, l'art. 22 della legge regionale del 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale) ribadisce che "la coincidenza fra gli ambiti territoriali dei distretti ... e quelli degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali costituisce la forma idonea per la gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie" e l'art. 19 della stessa legge prevede che i distretti sanitari abbiano una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti.

Ferma restando l'obbligatorietà di cui sopra, le modalità organizzative previste dalla citata normativa, nella Regione Piemonte sono, dunque, oltre ai consorzi:

la delega in forma associata all'ASL,

la gestione tramite comunità montane,

le convenzioni tra comuni e tra comuni e comunità montane,

la gestione diretta da parte di comuni capoluogo di provincia;

la gestione diretta dei singoli comuni per le attività non integrate socio-sanitarie (comma 5 art 9 l.r. 1/2004).

L'art. 2, comma 186, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge finanziaria per l'anno 2010) dispone che i comuni, per il coordinamento della finanza pubblica e per il contenimento della spesa, debbano adottare, tra le altre misure, anche "la soppressione dei consorzi di funzioni tra enti locali" .

Successivamente, il decreto legge 25 gennaio 2010, n. 2 (Interventi urgenti concernenti enti locali e regioni), convertito dalla legge 26 marzo 2010, n. 42, stabilisce che la suddetta soppressione si applichi "dal 2011, e per tutti gli anni a seguire, ai singoli enti per i quali ha luogo il primo rinnovo del rispettivo consiglio, con efficacia dalla data del medesimo rinnovo".

Da ultimo il decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 dispone che le funzioni fondamentali dei comuni, previste dall'articolo 21, comma 3, della legge n. 42 del 2009 -tra le quali sono ricomprese le funzioni socio-assistenziali- devono essere obbligatoriamente esercitate in forma associata, attraverso convenzione o unione da parte dei comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, ovvero 3.000 per i comuni appartenenti o già appartenuti alle comunità montane.

In base al citato decreto spetta alla Regione l'individuazione, con propria legge, previa concertazione con i comuni interessati nell'ambito del consiglio delle autonomie locali, della "dimensione territoriale ottimale e omogenea per area geografica per lo svolgimento, in forma obbligatoriamente associata da parte dei comuni con dimensione territoriale inferiore a quella ottimale, delle funzioni fondamentali ...secondo i principi di economicità, di efficienza e di riduzione delle spese".

Lo stesso decreto stabilisce inoltre che sono esclusi dall'obbligo della gestione associata i comuni capoluogo di provincia e che i comuni devono avviare l'esercizio delle funzioni fondamentali in forma associata entro il termine indicato dalla legge regionale, o in caso mancata emanazione della stessa, entro il termine da individuarsi con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Per quanto concerne i consorzi tra comuni, il citato articolo 2 della l. 191/2009, implicitamente introduce una differenziazione tra consorzi di "funzioni" e consorzi di "servizi":

- per l'esercizio associato di funzioni (tra le quali sono ricomprese, come sopra precisato, quelle sociali) tale forma non è più consentita e i consorzi di funzioni già costituiti sono soppressi ;
- per l'erogazione di servizi, i comuni (non solo al di sotto dei 5.000 o dei 3.000 abitanti) possono creare un consorzio di servizi, previa costituzione di una forma associativa (unione o convenzione) per lo svolgimento della funzione: il consorzio agisce come mero strumento operativo. A tali enti si applicano le norme previste per le aziende speciali (art. 31, comma 8, del T.U. enti locali).

Ferma restando l'obbligatorietà della gestione associata da parte dei comuni delle attività integrate socio-sanitarie e delle altre attività previste dall'art. 9 della l.r. 1/2004, in base alle nuove disposizioni nazionali e alle disposizioni regionali vigenti, i Comuni, nella loro autonomia, possono attualmente adottare per l'esercizio dei servizi sociali e sociali a rilievo sanitario le seguenti modalità organizzative:

- le convenzioni tra comuni, in base alle disposizioni dell'art. 30 del d.lgs. 267/2000;

- le unioni di comuni, in base alle disposizioni dell'art. 32 del d.lgs. 267/2000;

-la gestione tramite comunità montane, in base alle disposizioni dell'art. 27 del d.lgs. 267/2000;

-la gestione in forma associata tramite delega alle aziende sanitarie locali, ai sensi dell' art. 9 della l.r. 1/2004 e dell' art. 3. comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, previa costituzione di una forma associativa (unione o convenzione) per l'esercizio della funzione "Servizi sociali";

-i consorzi di servizi o l'azienda speciale, previa costituzione di una forma associativa (unione o convenzione) per l'esercizio della funzione;

- la gestione diretta dei capoluoghi di provincia;

-la gestione da parte di singoli comuni (con popolazione superiore a 5000 o 3000 abitanti) delle attività, che possono essere svolte in forma non associata (comma 5 art 9 l.r. 1/2004).

Quadro normativo: compatibilità economiche

La citata legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione" prevede, oltre alle indicazioni riportate in materia di funzioni comunali, il superamento del criterio della spesa storica, introducendo sistemi di trasferimento delle risorse basati su fabbisogni e costi standard per i livelli essenziali delle prestazioni.

I suddetti fabbisogni e costi standard costituiscono quindi il riferimento a cui rapportare il finanziamento integrale della spesa relativa al settore sociale, diversamente regolando l'attuale sistema di finanziamento statale e regionale delle politiche sociali, e obbligando ad una ridefinizione del ruolo della Regione nel finanziamento del sistema complessivo di welfare.

Il citato decreto legge 78/2010, convertito con modificazioni dalla legge 122/2010, richiede, a sua volta, alle Regioni e agli enti locali un pesante intervento finanziario per sostenere il sistema di Welfare in ragione della riduzione progressiva e costante dei trasferimenti statali, già operativa a partire dall'anno 2011 e per gli anni a seguire.

In questo contesto si colloca la recente approvazione del Decreto Legislativo n. 68/2011 "Autonomia d'entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", che introduce a

partire dall'anno 2013 l'autonomia d'entrata delle Regioni, la conseguente soppressione di trasferimenti statali, nonché che il gettito sia privo di vincolo di destinazione e che alimenti il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni.

Infatti all'art. 13 del citato D.Lgs 68/2011 "Livelli essenziali delle prestazioni e obiettivi di servizio" viene individuato un percorso concertato tra Stato e Regioni per la definizione con legge dei Livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni, che devono essere garantiti a livello nazionale nelle materie diverse dalla sanità.

A questo riguardo il legislatore prevede che i livelli essenziali siano definiti in relazione a macroaree di intervento, come quella relativa ai Servizi sociali omogenea al proprio interno per tipologia di servizi offerti, ove vengono definiti costi e fabbisogni standard, nonché le metodologie di monitoraggio e valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti indipendentemente dal livello di governo erogatore dei servizi.

In questa situazione di graduale revisione e riorganizzazione della spesa pubblica, regionale e locale, le politiche di programmazione e gestione dei servizi sociali trovano pertanto nella riorganizzazione delle forme associative per l'esercizio della funzione servizi sociali, uno strumento perché il sistema di welfare regionale continui a garantire, da un lato, l'accesso più agevolato possibile al cittadino nel suo abituale contesto di vita, e, dall'altro, il mantenimento della qualità dei servizi coniugato con una riduzione dei costi di funzionamento e con economie di scala non più rinviabili, per la garanzia degli attuali livelli di servizio ai cittadini.

Proposta

Le forme organizzative previste dal d.l. 78/2010 per l'esercizio in forma obbligatoriamente associata delle funzioni indicate dalla l. 42/2009 sono la convenzione e l'unione tra Comuni.

Un modello per la gestione delle attività socio-assistenziali tramite convenzione era stato approvato con la deliberazione Giunta regionale 13 maggio 1996, n. 128-8788 e attualmente viene ancora applicato, con gli opportuni aggiornamenti, da parte di alcuni Comuni piemontesi.

Alla Regione nell'ambito delle previsioni dell'art. 2 comma 2 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. *"Spettano in particolare la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende..."*

Ora, premesso che la valutazione delle diverse realtà e la scelta della forma gestionale più consona ai singoli territori rientra nell'autonomia decisionale dei comuni, la Giunta regionale ritiene opportuno, nell'ambito dell'attuale quadro normativo sopra ricordato e delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto alla programmazione locale e alla definizione dell'assetto istituzionale territoriale, proporre un **modello** per la delega da parte dei comuni dei servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria alle aziende sanitarie locali, contenuto nell'Allegato A) al presente provvedimento e lo **schema tipo** di Statuto per la costituzione di unioni tra comuni, che tiene conto delle

specificità della gestione della funzione e dei servizi socio-assistenziali, contenuto nell'Allegato B) al presente provvedimento.

La gestione delle attività integrate socio-sanitarie.

L'art. 19 della L.R. 18/2007 prevede che *"I distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, costituiscono l'articolazione territoriale delle ASL e l'ambito ottimale per l'integrazione delle attività socio-sanitarie"*.

E' pertanto evidente che in un quadro di gestione ottimale di tali servizi, che riguardano persone anziane e/o gravemente disabili i Comuni debbano nella previsione della modifica della propria forma associativa, alla luce dell'attuazione delle disposizioni di cui alla L.191/2009, tenere conto delle indicazioni normative regionali in materia di servizi socio-sanitari integrati, sopra citate, e prevedere che le organizzazioni di servizio per l'esercizio della funzione Servizi Sociali consentano di soddisfare i seguenti requisiti:

- una unitarietà della programmazione dei servizi socio-sanitari e della gestione dell'attività socio sanitaria residenziale, semi residenziale e domiciliare,
- una lettura congiunta dei bisogni della comunità sociale,
- una gestione del budget dedicato in modo unitario,
- il coinvolgimento in qualità di partner di tutti i soggetti attivi della rete integrata degli interventi e servizi sociali,
- la riorganizzazione dei punti di accesso ai servizi individuandone e promuovendone una distribuzione sul territorio del Distretto;
- la creazione di un sistema informativo integrato, che tenga conto delle informazioni dell'area sociale e di quella sanitaria.

per le motivazioni in premessa illustrate,

vista la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
visto il decreto legge 31 maggio 2010 n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;
vista la legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1;
vista la legge regionale del 6 agosto 2007, n. 18;
visto il d.lgs 502/1992 e s.m.i.;
vista la legge regionale 28 luglio 2008, n. 23;

acquisito il parere della Conferenza Permanente Regione – Autonomie locali in data...

la Giunta regionale, unanime,

per le motivazioni in premessa illustrate

DELIBERA

1. di approvare il modello per la delega da parte dei comuni dei servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria alle aziende sanitarie locali di cui allegato A) , facente parte integrante del presente provvedimento;

2. di approvare, per la costituzione di unioni tra comuni, lo schema tipo di Statuto di cui all' allegato B), facente parte integrante del presente provvedimento

La presente deliberazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art 5 della l.r. 22/2010.